

Bekerja, baik atau buruk bagi kesehatan anak?

Dina Mardiyanti¹, Dwini Handayani²

^{1,2}Magister Perencanaan Ekonomi dan Kebijakan Pembangunan

¹Email: dinamardiyanti.1@gmail.com

Abstrak

Pekerja anak merupakan permasalahan yang belum terselesaikan sampai saat ini. Mereka merupakan komunitas anak yang cukup besar dengan berbagai masalah kompleks yang belum dapat diatasi hingga kini. Masa kanak-kanak seharusnya diisi dengan belajar dan bermain agar proses tumbuh kembang berlangsung optimal. Namun pada sebagian anak, mereka terpaksa harus bekerja dan dihadapkan pada berbagai risiko yang dapat membahayakan kesehatan dan tumbuh kembang mereka. Cukup banyak bahaya yang harus mereka hadapi. Berkurangnya partisipasi mereka dalam pendidikan karena harus bekerja, risiko mengalami kecelakaan lalu lintas, polusi udara, jam kerja panjang, paparan terhadap perilaku sosial yang tidak baik, secara fisik, maupun emosional; merupakan potensi dampak negatif. Penelitian ini bertujuan meneliti pengaruh bekerja terhadap kesehatan anak. Data yang dipakai adalah data IFLS tahun 2014. Ada dua model yang dikembangkan dalam penelitian ini, model pertama dengan sampel anak bekerja dan dan tidak bekerja, didapat hasil yang mempengaruhi kesehatan anak adalah variabel jam kerja dan pendapatan. Model kedua dengan sampel anak yang bekerja, didapat hasil yang mempengaruhi kesehatan anak yang bekerja adalah variabel umur, pendidikan ibu, tempat tinggal dan pendapatan.

Kata kunci: Kesehatan anak; pekerja anak; ifls

Working, good or bad for children's health?

Abstract

Child labor is a problem that has not been resolved. They are a fairly large community of children with a variety of complex problems that have not been overcome until now. Childhood should be filled with learning and playing so that the growth can be optimal. But in some children, they are forced to work and are faced with various risks that can endanger their health. There are quite a lot of dangers they have to face. Reduced participation in education because they have to work, the risk of accidents, air pollution, long working hours, exposure and social behavior, physically or emotionally; is a potential negative impact. This study aims to examine the effect of work on children's health. The data used is 2014 IFLS data. There are two models developed in this study, the first model with samples of working and not working children, the results that affect children's health are variable working hours and income. The second model with a sample of working children, the results that affect the health of working children are age, maternal education, place of residence and income.

Keywords: *Child health; child labor; ifls*

PENDAHULUAN

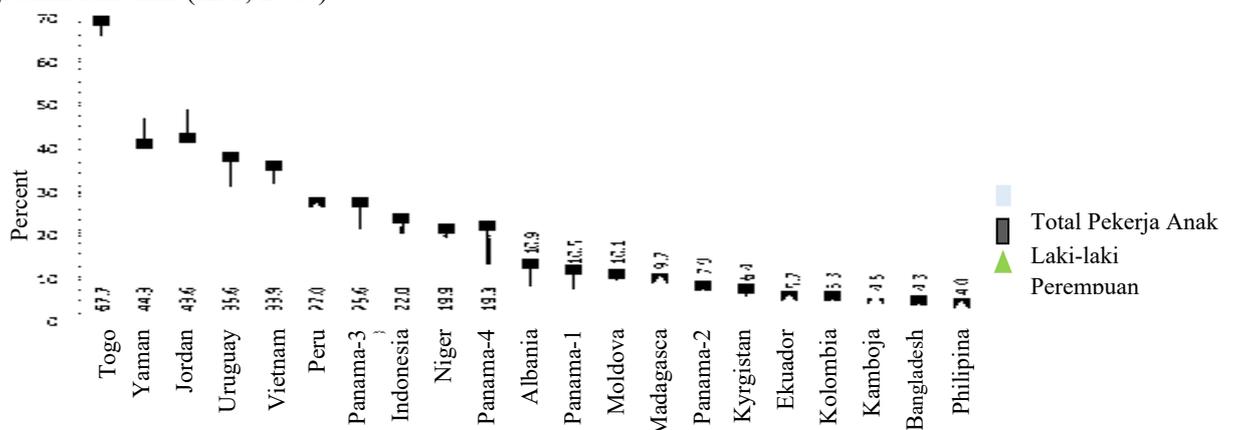
Pekerja anak adalah masalah sosial yang telah menjadi isu dan agenda global bangsa-bangsa di dunia. Pemanfaatan tenaga kerja anak telah berlangsung di banyak negara di seluruh dunia. Walaupun tren global pekerja anak dalam beberapa tahun terakhir menunjukkan penurunan, namun jumlah anak yang terjerat dalam eksploitasi tenaga kerja anak masih tetap besar, yaitu sebanyak 265 juta anak, atau hampir 17% dari populasi anak-anak di seluruh dunia (ILO, 2013).

Maraknya jumlah pekerja anak di berbagai sektor pekerjaan juga disebabkan tingginya tingkat permintaan terhadap pekerja anak. Pekerja anak biasanya diminati karena anak-anak cenderung lebih patuh, dibandingkan orang dewasa anak-anak lebih mudah didisiplinkan, mereka tidak berani mengeluh dan biaya untuk tenaga kerja anak pun cukup murah. Pada banyak kasus, sementara anak-anak bekerja di luar, orangtua mereka justru tidak bekerja, hanya berdiam diri di rumah (Baihaqi, 1998).

Hasil Survey Pekerja Anak yang dilakukan ILO pada tahun 2009 di Indonesia menunjukkan anak yang bekerja jumlahnya masih cukup banyak. Dari jumlah anak berusia 5-17 tahun yang ada di Indonesia, yaitu sebanyak 58,8 juta, diperkirakan ada sekitar 6,9% atau 4,05 juta anak-anak yang bekerja (BPS, 2009). Angka tersebut menunjukkan bahwa jumlah anak yang bekerja cukup banyak sehingga perlu mendapat perhatian khusus

Pekerja anak menghadapi risiko serta lingkungan yang bisa mengakibatkan dampak serius terhadap perkembangan dan kesehatan mereka. Angka mortalitas akibat kerja dan kecelakaan saat bekerja pada anak-anak melampaui pekerja dewasa (Graitcer, 1998). Pekerja anak juga kehilangan hak-hak yang seharusnya diperoleh pada usia mereka, seperti hak pendidikan, bersosialisasi, hak bermain, serta berisiko untuk mengalami perlakuan yang salah, baik secara fisik, emosional maupun seksual. Hal ini dapat menjadi ancaman bagi pencapaian optimal tumbuh kembang anak tersebut (Irwanto et al, 1995; Forastieri, 1997).

Hasil survey nasional pekerja anak di beberapa negara mengenai masalah kesehatan pada anak-anak akibat bekerja terlihat pada gambar 1.2. Dari gambar tersebut, dibandingkan dengan beberapa negara lainnya, masalah kesehatan pada pekerja anak di Indonesia cukup tinggi, Indonesia menempati urutan kedelapan dalam persentase jumlah pekerja anak yang menghadapi masalah dalam kesehatan. Sekitar 22% pekerja anak di Indonesia melaporkan telah mengalami penyakit atau cedera karena pekerjaan mereka selama setahun terakhir. Anak laki-laki di Indonesia cenderung mengalami masalah kesehatan lebih tinggi dibandingkan dengan anak perempuan, hal itu menunjukkan bahwa rumah tangga mungkin lebih cenderung menetapkan pekerjaan yang dengan risiko kesehatan yang lebih besar bagi anak laki-laki (ILO, 2018).



Gambar 1. Persentase pekerja anak usia 5-17 tahun yang mengalami masalah kesehatan

Konsekuensi berbahaya dari pekerja anak sebagian ditentukan oleh intensitas kerja, sebab hal tersebut akan mempengaruhi alokasi waktu dalam kegiatan lain, seperti bermain atau belajar. Oleh karena itu, untuk memahami pekerja anak, sangat penting untuk memahami alokasi waktu. Dari data World Bank tahun 2015 mengenai rata-rata jam kerja mingguan oleh anak-anak (usia 7-14) yang aktif

secara ekonomi didapat jam rata-rata yang dikerjakan oleh anak-anak sangat bervariasi antar negara, bahkan pada tingkat GDP per kapita yang sama. Rata-rata jam kerja mingguan pekerja anak di Indonesia masih terlihat cukup tinggi bila dibandingkan dengan beberapa negara berkembang yang ada di Asia dan Afrika lainnya, yaitu menempati urutan ke sembilan. Di Indonesia, anak-anak yang aktif secara ekonomi menghabiskan tiga kali lebih banyak waktu bekerja dibandingkan dengan anak-anak yang berada di Swaziland, atau empat kali lebih banyak waktu bekerja dibandingkan dengan anak-anak yang berada di Tunisia (World Bank, 2015).

Pengumpulan bukti mengenai dampak kesehatan bagi pekerja anak tidaklah mudah mengingat kompleksitas hubungan yang terkait. Sebagai contoh, dalam *Understanding Child Work Project* (2011) laporan dari 18 negara, tidak menunjukkan bukti korelasi yang konsisten antara persentase anak yang melaporkan masalah kesehatan terkait dengan aktivitas bekerja mereka. Pada 5 negara, pekerja anak melaporkan adanya masalah kesehatan, tapi 5 negara lain melaporkan bahwa pekerja anak justru kelompok anak paling sehat. Dalam 7 kasus, anak yang mengkombinasikan bekerja dan sekolah kemungkinan besar menderita penyakit. Tapi di 3 negara lain dimana anak-anak bersekolah dan tidak bekerja adalah kelompok paling tidak sehat.

Sementara itu, berdasarkan hasil beberapa survey nasional pekerja anak, tampak bahwa anak-anak yang bekerja hampir sama sehatnya dengan rekan-rekan mereka yang tidak bekerja. Di El Salvador, Malawi dan Senegal, anak-anak yang tidak bekerja melaporkan lebih banyak masalah kesehatan dibandingkan dengan anak-anak yang bekerja. Kebalikannya di Uganda dan Malawi, anak-anak yang tidak bekerja justru mengalami masalah kesehatan yang lebih tinggi dibanding dengan anak yang bekerja (World Bank, 2015).

Hasil survey pekerja anak di Indonesia tahun 2009 menunjukkan jumlah anak usia 5-14 tahun yang terpapar akibat kegiatan bekerja pada usia anak. Paparan bahan berbahaya menjadi kasus terbanyak pada anak yang bekerja, sebanyak 452.658 anak terkena paparan bahan berbahaya. Selanjutnya kasus anak yang terpapar oleh debu dan batu yang kemungkinan besar berakibat pada gangguan pernafasan mereka. Melihat masih banyaknya kasus anak yang terkena dampak negatif akibat bekerja pada usia anak, maka penting sekali untuk mempelajari aktivitas bekerja dan dampaknya pada kesehatan anak.

Pekerja anak mempunyai efek ambigu dalam kesehatan. Para pembuat kebijakan yang fokus dalam penurunan pekerja anak dinegara berkembang perlu memahami dengan baik tentang efek ini. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui sejauh mana pekerjaan yang dilakukan para pekerja anak mempengaruhi kesehatan dan tumbuh kembang mereka. Berdasarkan latar belakang di atas, permasalahan awal penelitian dirumuskan untuk menghitung pengaruh bekerja bagi kesehatan anak dan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan anak. Penelitian ini mencakup variabel-variabel yang mempengaruhi kesehatan anak, baik anak yang bekerja maupun anak yang tidak bekerja, pengaruh bekerja terhadap jumlah gejala sakit yang dialami anak yang bekerja. Individu yang dijadikan observasi anak usia 7 tahun sampai dengan usia kurang dari 15 tahun.

Tinjauan pustaka

Dampak bekerja pada usia anak terhadap kesehatan dan tumbuh kembang

Dampak positif dari bekerja pada usia anak adalah dengan bekerja mereka dapat meningkatkan pendapatan keluarga. Hal ini tentunya akan lebih menjamin pemenuhan kebutuhan hidup mereka, termasuk kebutuhan nutrisi dan kesehatan. Lingkungan kerja juga menyediakan berbagai stimulasi yang berguna bagi perkembangan kognitif dan psikososial anak (Pitt & Shah, 1985; Bequele & Myers, 1995). Berpartisipasi dalam meningkatkan pendapatan keluarga juga menimbulkan perasaan berguna dan dibutuhkan yang dapat memupuk self esteem anak (Bequele & Myers, 1995).

Dampak negatif dari bekerja pada usia anak diantaranya dampak pada tumbuh kembang. Pekerja anak seringkali tidak mendapatkan nutrisi yang diperlukan dan waktu istirahat yang kurang, padahal pertumbuhan dan perkembangan fisik memerlukan asupan kalori yang lebih banyak. Kekurangan nutrisi, perawakan pendek, dan gangguan perkembangan genitalia merupakan dampak bekerja pada tumbuh kembang fisik anak (O'Donnell et al, 2011; Pitt & Shah, 1985; Bequele, 1995; Ambadekar, 1999). Sebuah penelitian terhadap pekerja anak Indian menemukan adanya hambatan

pada pertumbuhan fisik dan genitalia anak (Woolf, 2002). Hal yang sama juga ditemukan pada sebuah penelitian terhadap 234 pekerja anak di India (Ambadekar, 1999).

Bekerja pada usia anak juga dapat mengganggu perkembangan kognitif anak. Keterlibatan anak dalam bekerja akan mengurangi kesempatan untuk mengembangkan diri melalui pendidikan (Irwanto & Sutrisno, 1995; Parker, 1997; O'Donnell et al., 2011; Woodhead, 1999). Anak yang bekerja cenderung lebih menekuni pekerjaannya dari pada sekolahnya sehingga prestasi sekolahnya terganggu (Suyanto & Mashud, 1999). Penelitian di Ghana dan Tanzania mendapatkan kemampuan membaca dan matematika rendah pada pekerja anak (O'Donnell et al., 2011).

Bekerja juga dapat menimbulkan masalah pada perkembangan psikososial anak. Pada beberapa lingkungan pekerjaan yang tidak baik, pekerja anak berisiko tinggi untuk mengalami perlakuan salah baik secara fisik, emosi, maupun seksual. Mereka dapat terpapar perilaku sosial yang kurang baik seperti merokok, penggunaan zat psikoaktif, berjudi, melakukan hubungan seks dengan pekerja seks, perkelahian serta tindakan kriminal (Forastieri, 1997; Irwanto, 1999; Dharmono, 1999) Banyak di antara mereka yang mengalami masalah psikologis akibat tekanan di lingkungan pekerjaan seperti depresi dan perilaku antisosial (Irwanto, 1995; Dharmono, 1999).

Kebijakan pemerintah terhadap pekerja anak

Pada Mei 2010, negara-negara anggota Organisasi Perburuhan Internasional (ILO) menghadiri Konferensi Global Pekerja Anak di Den Haag. Dalam konferensi yang bertema “Menuju Dunia Tanpa Pekerja Anak” tersebut, terjadi kesepakatan adanya Peta Jalan Global (*Global Roadmap*) yang bertujuan untuk mencapai Penghapusan Bentuk-Bentuk Pekerjaan Terburuk untuk Anak (PBPTA) pada 2016. Konferensi tersebut juga menghasilkan berbagai dokumen yang membahas strategi dan aksi yang harus dijalankan untuk mendorong kemajuan program Penghapusan BPTA. Pertemuan ini kemudian ditindak lanjuti dengan pertemuan tripartit ASEAN-ILO yang diadakan di Bangkok pada Juni 2010 menghasilkan draft Peta Jalan (*Roadmap*) ASEAN dengan topik “Penghapusan Bentuk-Bentuk Pekerjaan Terburuk untuk Anak pada Tahun 2016”.

Di tingkat Negara Indonesia, Peta Jalan Menuju Indonesia Bebas Pekerja Anak tahun 2022 disusun sebagai tindak lanjut yang menunjukkan pemerintah Indonesia serius untuk menghapus Bentuk-bentuk Pekerjaan Terburuk untuk Anak (BPTA). Peta jalan ini merupakan gerakan bersama yang dilaksanakan secara terkoordinasi dengan melibatkan semua pihak baik pemerintah pusat, provinsi dan kabupaten/kota, sektor swasta, serikat pekerja/serikat buruh, organisasi masyarakat sipil dan pemangku kepentingan lain dalam usaha penghapusan pekerja anak dan Bentuk-bentuk Pekerjaan Terburuk untuk Anak di Indonesia. Visi Peta Jalan ini adalah “Menuju Indonesia Bebas Pekerja Anak Tahun 2022”, yaitu upaya percepatan yang komprehensif dalam penghapusan pekerja anak di seluruh Indonesia. Visi ini kemudian dioperasionalkan dalam misi utama, yaitu : 1) Membangun komitmen yang kuat dari seluruh pemangku kepentingan untuk bersama-sama melakukan penghapusan pekerja anak dan Bentuk-bentuk Pekerjaan Terburuk untuk Anak (BPTA); (2) Pengarus-utamaan kebijakan penghapusan pekerja anak dan BPTA dalam kebijakan sektor prioritas, seperti wajib belajar, penanggulangan kemiskinan, jaminan sosial, dll; (3) Memperkuat kapasitas sumberdaya manusia para pemangku kepentingan dalam penghapusan pekerja anak dan BPTA baik di tingkat kebijakan maupun pelaksanaan; (4) Membangun gerakan nasional penghapusan pekerja anak dan BPTA yang melibatkan seluruh pemangku kepentingan di Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota.

Dampak dari kesehatan anak yang buruk

Kesehatan anak memiliki konsekuensi penting bagi fungsi sosial anak, pencapaian pendidikan, dan kualitas hidup (Adams et al, 2002). Dibandingkan anak-anak lainnya, anak-anak dalam kesehatan yang buruk mengalami lebih banyak ketidakhadiran di sekolah, lebih banyak pengalaman intimidasi di sekolah, dan lebih sedikit pertemanan (Herzer et al, 2009; Jackson et al, 2011; Lumeng et al, 2010). Pengalaman-pengalaman ini dapat semakin memperumit fungsi sosial dan menghambat pencapaian akademik, mengurangi *self-efficacy* dan harga diri (Turney, 2013).

Kondisi kesehatan anak dapat juga memiliki dampak jangka panjang. Anak-anak yang mengalami kesehatan yang buruk atau penyakit kronis lebih mungkin mengalami berbagai macam masalah kesehatan saat dewasa daripada anak-anak yang lainnya (Case et al, 2005; Haas, 2007; Smith,

2009). Kesehatan anak juga berkaitan dengan pencapaian pendidikan (Case et al, 2005; Haas, 2006) dan dimensi lain dari sosial ekonomi di masa dewasa (Almond, 2006; Case et al, 2010). Dengan demikian, kesehatan anak dapat menguntungkan atau merugikan, tergantung pada perjalanan hidupnya (Palloni et al, 2006).

Kesehatan anak memiliki dampak penting bagi fungsi sosial anak, pencapaian pendidikan, dan kualitas hidup (Adams et al, 2002). Anak-anak yang memiliki kesehatan buruk mengalami lebih banyak ketidakhadiran di sekolah, lebih banyak pengalaman intimidasi di sekolah, dan lebih sedikit pertemanan (Herzer et al, 2009; Jackson et al, 2011). Pengalaman-pengalaman ini dapat semakin memperumit fungsi sosial dan menghambat pencapaian akademik, mengurangi *self-efficacy* dan harga diri (Turney, 2013).

Determinan kesehatan anak

Status sosial ekonomi sebuah keluarga akan mempengaruhi kesehatan anak. Anak-anak sangat rentan terhadap status sosial ekonomi dan kemiskinan. Kemiskinan dan status sosial ekonomi rendah akan berisiko tinggi terhadap kematian pada masa bayi dan masa kanak-kanak. Kemiskinan juga akan berakibat buruk pada berat lahir bayi dan kesehatan mental anak (Spencer, 2003).

Struktur keluarga sangat mempengaruhi kesehatan anak. Struktur keluarga non-tradisional (misalnya, orang tua tunggal) dan ketidakstabilan keluarga (misalnya, perceraian) sering terbukti berhubungan negatif dengan kesehatan anak-anak dan kesejahteraan (Bzostek et al, 2011). Sementara itu, Richards et al (2013) menguji signifikansi kekuatan tawar gender dalam rumah tangga terhadap kesehatan dan gizi anak. Mereka menyimpulkan bahwa anak-anak umumnya mendapat manfaat ketika perempuan memiliki lebih banyak kekuatan dalam pengambilan keputusan. Ulasan mereka menunjukkan bahwa anak-anak di rumah tangga yang dikepalai perempuan sering memiliki kesehatan yang lebih baik daripada rumah tangga yang dikepalai laki-laki. Hal ini konsisten dengan temuan Schmeer (2013). Perempuan biasanya terlibat dalam urusan-urusan keseharian sebuah rumah tangga, sehingga perempuan tahu bagaimana cara mengelola rumah tangganya agar jauh dari penyakit.

Faktor lain yang besar pengaruhnya bagi kesehatan anak adalah status sosial ekonomi atau pendapatan dalam keluarga. Secara umum, kebanyakan penelitian menunjukkan bahwa anak-anak pada rumah tangga yang berpendapatan rendah lebih mungkin mengalami penyakit pernafasan, cedera, dan hasil kesehatan lainnya yang buruk (Rosenbaum, 1992; Brooks & Gunn, 1997; Séguin, 2005; Currie, 2007). Penjelasan untuk hubungan antara pendapatan dan kesehatan anak ini adalah bahwa keluarga dengan penghasilan tinggi mungkin dapat menyediakan anak-anak mereka lebih banyak barang, jasa, dan sumber daya yang dapat menguntungkan anak-anak mereka dan mencegah mereka mengalami kesehatan yang buruk (Brooks & Gunn, 1997). Sedangkan untuk yang keluarga berpendapatan rendah sangat sulit untuk menyediakan barang dan jasa, terutama nutrisi yang sehat, sehingga anak-anak mereka cenderung akan lebih mudah terkena penyakit.

Pendidikan ibu merupakan faktor selanjutnya yang dapat mempengaruhi kesehatan anak. Pendidikan ibu terbukti sangat terkait dengan tinggi rendahnya kasus infeksi saluran pernafasan pada masa kanak-kanak (Pawlinska & Chmara, 2007). Seorang ibu yang pendidikannya tinggi akan mempunyai informasi dan kesadaran yang tinggi akan pentingnya menjaga kesehatan, sehingga ibu tersebut akan menjaga anggota keluarganya dari hal-hal yang dapat membahayakan kesehatan.

Pekerjaan orangtua juga berpengaruh terhadap kesehatan anak. Orangtua yang menganggur berkaitan dengan peningkatan penyakit kronis, infeksi, dan gizi buruk, (Maddah, 2007; Pederson, 2005; Quihui, 2006). Orangtua yang tidak mempunyai penghasilan tidak akan dapat memenuhi kebutuhan gizi anggota keluarganya sehingga anggota keluarganya akan mudah terkena penyakit.

Faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan pekerja anak

Menurut Woodhead (2004) sifat dari pekerjaan akan menentukan jenis risiko yang dihasilkan dari pekerjaan tersebut. Pekerjaan dianggap positif jika ketika dilakukan tidak mempengaruhi kesehatan dan pertumbuhan fisik anak dan tidak mempengaruhi kinerja sekolahnya. Sedangkan pekerjaan dianggap negatif jika anak yang bekerja rentan terhadap berbagai jenis risiko fisik dan risiko kimia karena sifat pekerjaan mereka, dan jam kerja yang panjang.

Dalam meneliti pengaruh bekerja terhadap kesehatan pekerja anak, ada dua ukuran kesehatan yang digunakan, yaitu ukuran kesehatan obyektif dan ukuran kesehatan subjektif. Dalam penelitian ini ukuran kesehatan yang digunakan adalah ukuran kesehatan subjektif. Sejumlah penelitian meneliti pengaruh pekerja anak dengan penggunaan ukuran kesehatan obyektif, seperti berat badan-sesuai usia (O'Donnell et al., 2011), tinggi badan-sesuai usia (Kana & Seiichii, 2010), indeks massa tubuh (BMI) (Beegle, Dehejia, & Gatti, 2006) dan pertumbuhan tinggi (Beegle et al., 2006).

Anak yang terlibat dalam pekerjaan dapat terpapar berbagai bahaya, misalnya mesin/alat berbahaya, kejatuhan benda, pestisida, bahan kimia, majikan kasar, semua itu berpotensi merusak kesehatan mereka. Anak-anak yang bekerja sambil bersekolah maka tubuhnya akan terbebani dan karenanya dapat mengalami penurunan kesehatan. Namun sebaliknya, uang dapat melindungi kesehatan dan pekerja anak itu akan membawa manfaat bagi kesehatan anggota rumah tangga lainnya (Edmonds, 2006).

Hasil tersebut seharusnya tidak ditafsirkan sebagai bukti bahwa pekerjaan bagi anak-anak tidak merugikan untuk kesehatan mereka. Ada beberapa alasan, pertama, hasil survey tersebut bisa jadi didorong oleh bias seleksi, yaitu anak-anak yang lebih sehat mungkin relatif lebih mungkin dipilih untuk bekerja. Efek "pekerja yang sehat" ini mungkin menyamarkan dampak negatif dari bekerja pada kesehatan anak-anak, yang mengakibatkan anak-anak yang bekerja lebih tinggi kesehatannya dibandingkan anak-anak yang tidak bekerja. Kedua, adalah kemungkinan bias yang muncul dari keserentakan, seorang pekerja anak yang sedang mengalami sakit atau cedera pada saat survey tidak bisa bekerja. Ketiga, banyak efek kesehatan kerja yang muncul setelah jangka waktu panjang kemudian. Hal tersebut menunjukkan bahwa menguraikan hubungan antara pekerjaan dan kesehatan bukanlah hal yang mudah, terutama dalam ketiadaan informasi yang rinci tentang status kesehatan selama periode waktu yang panjang (ILO, 2018).

METODE

Berdasarkan uraian mengenai teori dan studi empiris sebelumnya, maka dibangunlah kerangka analisa faktor-faktor yang dapat mempengaruhi status kesehatan anak adalah umur, jenis kelamin, jam kerja, wilayah tinggal, pendapatan, pendidikan ibu. Factor-faktor tersebut akan mempengaruhi Status Kesehatan Anak dan Total Gejala Penyakit Pekerja Anak

Berdasarkan kerangka analisis penelitian ini maka dilakukan pemilihan dan pembentukan variabel dari kuesioner data IFLS 5. Variabel terikat yang digunakan dalam penelitian ini adalah status kesehatan anak pada tahun 2014 dan total gejala sakit yang dialami anak. Variabel bebas yang digunakan dalam penelitian ini adalah umur, jenis kelamin, jam kerja, wilayah tinggal, status bersekolah, pendidikan ibu, sektor pekerjaan, pendapatan rumah tangga. Definisi operasional variabel terikat dan variabel bebas dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Variabel penelitian, simbol, definisi operasional, dan skala pengukuran

No	Variabel	Simbol	Definisi Operasional	Kode Pertanyaan	Kategori
DEPENDEN					
	Kesehatan Pekerja Anak	Sehat	Tingkat Kesehatan Pekerja Anak	maa0a	0 = Buruk (sering mengalami sakit) 1 = Baik (dalam 4 minggu terakhir pernah mengalami sakit)
	Total gejala sakit	Tot_mor bit	Jumlah gejala sakit yang dialami anak	Maa01	Numerik
INDEPENDEN					
	Status Bekerja	<i>Kerja</i>	Bekerja/tidak	dla56a	1 = bekerja 0= tidak bekerja
	Umur	<i>Usia</i>	Umur saat pekerja anak diwawancara	Age	Numerik
	Jenis kelamin	<i>D laki</i>	Jenis kelamin pekerja	Sex	1 = berjenis kelamin laki-laki

		anak		0 = berjenis kelamin perempuan
Status Sekolah	<i>Sekolah</i>	Status bersekolah/tidak	dla07	1 = terdaftar di sekolah 0 = tidak terdaftar di sekolah
Pendidikan Ibu	<i>Dikibu</i>	Lamanya pendidikan yang ditempuh Ibu	dla70	Numerik
Perkotaan/ Pedesaan	<i>d_urban</i>	Wilayah tempat tinggal	dla70	0 = pedesaan 1 = perkotaan
Pendapatan Rumah tangga	<i>Pce</i>	Pengeluaran perkapita dalam sebuah rumah tangga	ks02, ks03, ks08, ks09	Log

Untuk menganalisis hubungan dampak dari bekerjanya anak terhadap kesehatan anak, kami menggunakan dua model. Model pertama menggunakan metode regresi probit. Model probit menganalisis hubungan antara satu variabel dependen berupa data kualitatif dikotomi yang bernilai 1 apabila terdapat karakteristik dan bernilai 0 yang menyatakan ketiadaan karakteristik. Variabel dependen pada model akan bernilai 1 apabila memiliki kesehatan baik dan bernilai 0 apabila memiliki kesehatan buruk. Pada data IFLS, kesehatan anak diukur menggunakan skala 1 sampai 4 dimana 1 berarti anak sehat sekali saat ini dan 4 anak tidak sehat saat ini. Kemudian, kesehatan yang berskala 1 dan 2 akan digolongkan sebagai anak yang sehat (bernilai 1) dan skala 3 dan 4 digolongkan sebagai anak yang memiliki kesehatan buruk (bernilai 0). Berdasarkan model tersebut, maka model pertama yang dikembangkan untuk penelitian ini sebagai berikut:

$$Sehat = \beta_0 + \beta_1 kerja + \beta_2 umur + \beta_3 d_laki + \beta_4 dikibu + \beta_5 d_urban + \beta_6 jam_kerja + \beta_7 lnpc$$

Untuk model kedua, digunakan metode regresi Ordinary Least Square (OLS). Pada analisis model ini, hanya anak yang menjadi pekerja yang diregresi dalam model. Variabel dependen pada model ini adalah jumlah gejala penyakit yang dialami anak selama 4 minggu terakhir. Penyakit yang diperhitungkan adalah sakit kepala, pilek, batuk, panas/demam, sakit perut, dan muntah/mual. Hal ini berarti apabila koefisien bernilai positif, maka jumlah gejala penyakit yang diderita anak semakin banyak dan kesehatan anak tersebut semakin buruk. Berdasarkan model tersebut, maka model kedua yang dikembangkan untuk penelitian ini adalah sebagai berikut:

$$Total\ gejala\ sakit = \beta_0 + \beta_1 kerja + \beta_2 umur + \beta_3 d_laki + \beta_4 dikibu + \beta_5 d_urban + \beta_6 jam_kerja + \beta_7 lnpc$$

dimana;

- Sehat = status kesehatan anak (1 = Sehat; 0 = Tidak Sehat)
- Total gejala sakit = jumlah gejala sakit yang diderita anak (buah)
- kerja = status bekerja anak (1 = Kerja; 0 = Tidak Kerja)
- umur = usia anak (Tahun)
- lnpc = *per capita expenditure* (pengeluaran perkapita) rumah tangga (Rupiah)
- dikibu = lamanya pendidikan yang ditempuh ibu (tahun)
- d_urban = status tempat tinggal (1 = kota; 0 = desa)
- d_laki = jenis kelamin anak (1 = laki-laki; 0 = perempuan).

Lamanya pendidikan ibu yang paling banyak adalah kelompok pendidikan selama 7-12 tahun yaitu 51,62%. Diikuti dengan kelompok ibu yang mengenyam pendidikan selama 0-6 tahun yaitu sebesar 2.610 atau sebesar 37,4%. Kelompok ibu yang menikmati pendidikan selama 13-19 tahun ada sebanyak 763 orang atau 10,94%.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kesehatan anak antara anak yang bekerja dan yang tidak bekerja

Analisis inferensial digunakan untuk melihat pengaruh bekerja terhadap kesehatan anak dengan menggunakan metode regresi probit. Dalam analisis inferensial, pengaruh masing-masing faktor dianalisis dengan dikontrol oleh faktor yang lain. Untuk variabel-variabel yang berpengaruh terhadap

kesehatan pekerja anak dianalisis berdasarkan interpretasi terhadap nilai estimasi parameter β yang merupakan *odds ratio*. Dikarenakan *odds ratio* tidak dapat diinterpretasi secara langsung, maka koefisien hanya menunjukkan arah dari pengaruh (positif atau negatif terhadap kesehatan anak). Sedangkan, nilai koefisien tidak dapat diinterpretasi.

Jam Kerja

Hasil output regresi diatas dapat diketahui bahwa jam kerja signifikan mempengaruhi kesehatan anak secara negatif. Besaran pengaruhnya dapat dilihat dari *nilai marginal effect* jam kerja sebesar -.0023403. Itu artinya jika jam kerja anak bertambah satu jam maka probabilitas anak sehat akan menurun sebesar 0,0023403 kalinya. Hal ini sesuai dengan penelitian terdahulu oleh Ray (2014) yang menemukan bahwa cedera tubuh dan sakit punggung akan meningkat dengan jumlah jam kerja. Seorang anak yang melakukan pekerjaan dalam jangka waktu lama akan menyebabkan tubuh anak mengalami kelelahan. Ketika anak menempuh jam kerja panjang, tubuhnya akan menerima beban yang lebih berat, kelelahan akan meningkat, sehingga tubuhnya akan lebih rentan mengalami masalah kesehatan. Masalah kesehatan yang dialaminya akan meningkat seiring dengan meningkatkan jumlah jam kerja yang ditempuh oleh pekerja anak.

Struktur jadwal kerja yang tidak mendukung (jam kerja panjang, sering terjadinya perubahan jam awal atau jam akhir kerja) dan kurangnya pengawasan dapat meningkatkan risiko cedera dan penyakit terkait pada anak yang bekerja. Karakteristik pada anak-anak yang masih kurang matang baik secara fisik maupun emosional, sehingga membuat anak yang bekerja cenderung susah untuk dapat menyeimbangkan antara sekolah dan pekerjaan. Pada usia anak-anak, mereka masih membutuhkan waktu untuk istirahat, istirahat ini berfungsi untuk mengoptimalkan tumbuh kembang fisik mereka, maka pada anak yang jam kerjanya semakin panjang waktu dia untuk beristirahat akan semakin sedikit dan hal ini tentunya akan mempengaruhi pertumbuhan dan kesehatan mereka.

Di Indonesia, bagi anak yang telah berumur antara tiga belas tahun sampai dengan lima belas tahun dapat melakukan pekerjaan ringan sepanjang tidak mengganggu perkembangan dan kesehatan fisik, mental dan sosial anak tersebut. Waktu kerja maksimum yang boleh diberlakukan oleh perusahaan terhadap pekerja anak adalah tiga jam. Hal ini ditujukan untuk melindungi anak dari eksploitasi tenaga untuk bekerja yang dapat membahayakan kesehatan anak tersebut.

Pendapatan

Pendapatan dalam penelitian ini digunakan pendekatan Pengeluaran per kapita (*Per Capita Expenditure*). Dari hasil output dalam penelitian ini didapatkan bahwa Pengeluaran per kapita (*Per Capita Expenditure*) signifikan secara positif mempengaruhi kesehatan anak. Nilai *marginal effect* menunjukkan jika pce naik sebesar satu maka probabilitas anak sehat akan meningkat sebesar 0,0218388.

Seorang anak yang tinggal dalam keluarga yang cukup pendapatannya, maka asupan kalornya akan lebih terjamin.. Kebalikannya anak yang tinggal pada keluarga yang berpenghasilan rendah, orangtua akan lebih berfokus pada pemenuhan masalah keuangan, perumahan sehingga kurang fokus pada pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit. Keluarga pun tidak dapat memenuhi kebutuhan gizinya dengan baik. Sehingga kesehatan anak yang tinggal dalam keluarga berkecukupan akan lebih baik dibandingkan dengan anak yang tinggal dalam keluarga yang pendapatannya kurang. Selain itu, anak yang berada dalam keluarga berpenghasilan rendah kebanyakan akan terjun ke dunia kerja demi membantu menopang kebutuhan keluarga, akibatnya beban tubuhnya akan bertambah berat dan waktu istirahat akan berkurang sehingga anak tersebut akan mengalami kesehatan yang buruk.

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Mansour (2013) terhadap pekerja anak di Yordania. Kemiskinan dan keadaan sosial ekonomi adalah alasan utama anak masuk dalam dunia kerja. Anak bekerja untuk membantu keluarga mereka yang tidak bisa keluar dari keterpurukan ekonomi. Anak yang bekerja tidak diberikan waktu untuk menjalani masa kecil mereka. Mereka pun juga kehilangan hak atas perawatan kesehatan mereka di rumah. Ini menunjukkan bahwa anak-anak yang bekerja berada dalam kondisi yang terpapar risiko fisik dan bahaya bahan kimia. Kondisi yang tidak sehat ini juga akan meningkatkan kerentanan anak-anak kemerosotan kesehatan mental dan melemahnya fisik. Oleh karena itu penting bagi pemerintah untuk mencegah rumah tangga yang

rentan menjadikan anak mereka sebagai pekerja anak dan menjadi penyangga terhadap guncangan negatif kondisi ekonomi keluarga mereka.

Total gejala sakit yang dialami anak yang bekerja

Hasil regresi model kedua didapatkan bahwa variabel-variabel yang berpengaruh secara signifikan terhadap total gejala sakit yang dimiliki anak yang bekerja adalah umur, wilayah desa/kota, pendapatan, dan pendidikan ibu. Untuk variabel jenis kelamin, pendapatan, jam kerja tidak menunjukkan pengaruh yang signifikan dalam penelitian ini.

Umur

Umur berpengaruh signifikan positif terhadap meningkatnya gejala penyakit yang diderita pekerja anak. Jika umur pekerja anak bertambah satu tahun maka total gejala sakit yang dimiliki bertambah sebesar 0,0303962. Semakin bertambahnya umur pekerja anak, biasanya pekerjaan yang dibebankan kepadanya akan semakin bertambah, sehingga tubuh anak akan mendapatkan beban yang bertambah ketika dia bertambah dewasa. Dengan demikian gejala sakit yang dialami pekerja anak tersebut akan bertambah seiring dengan bertambahnya umur. Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Lyon dan Rosati, 2004) bahwa penyakit akan meningkat ketika seorang pekerja anak bertambah usianya, karena dia akan menerima beban pekerjaan yang lebih berat dari yang sebelumnya.

Pendidikan ibu

Dari output diatas, dapat dilihat bahwa lamanya pendidikan ibu signifikan negatif terhadap meningkatnya gejala penyakit yang dialami seorang pekerja anak. Semakin lama pendidikan ibu maka gejala penyakit yang dialami anak akan berkurang sebesar -0,0250324. Pendidikan mempengaruhi sikap ibu dalam memilih pelayanan kesehatan dan pola konsumsi makan. Seorang Ibu yang pendidikannya tinggi akan mendapatkan pengetahuan mengenai bagaimana cara mengelola rumah tangga yang sehat, baik dari makanan, lingkungan dan aktivitas. Kebalikannya ibu yang tidak bersekolah atau pendidikan rendah akan sulit menerima inovasi, akan kurang mengetahui pentingnya menjaga kesehatan dan langkah-langkah yang tepat untuk mencegah penyakit. Sehingga anak yang pendidikan ibunya tinggi lebih sehat dibanding dengan anak yang pendidikan ibunya rendah.

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Wolff & Maliki (2008), dimana didapat bahwa pada ibu yang lebih berpendidikan, maka kondisi anaknya akan lebih sehat. Perempuan yang lebih terdidik mungkin lebih berpengetahuan luas tentang efek buruk gejala selama masa kanak-kanak, dan mereka akan lebih berinisiatif untuk melaporkan keluhan-keluhan semacam itu.

Tempat tinggal

Wilayah tempat tinggal berpengaruh signifikan secara negatif terhadap jumlah gejala sakit yang dialami anak yang bekerja. Anak yang tinggal di kota akan lebih mudah terkena gejala sakit 0,3633819 lebih tinggi dibanding dengan anak yang tinggal di desa. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Mohammadzadeh (2013) di Iran mengenai cedera terkait pekerja anak di Iran, didapat hasil cedera di perkotaan lebih banyak terjadi dibandingkan dengan di pedesaan.

Data menunjukkan dalam penelitian ini jumlah anak bekerja lebih banyak tinggal di pedesaan dibandingkan dengan yang tinggal di perkotaan. Namun bila dilihat dari data Sakernas (2012) tentang sektor pekerjaan, wilayah perkotaan didominasi oleh sektor perdagangan, sebanyak 39% pekerja anak berada di sektor perdagangan, disusul sektor industri sebanyak 16% dan pertanian sebesar 16 persen. Sedangkan di wilayah pedesaan, lebih dari separuh pekerja anak terserap di sektor pertanian yaitu sebesar 72% pekerja anak bekerja di sektor pertanian, disusul dengan sektor perdagangan sebesar 12 persen dan industri sebesar 6%.

Sektor perdagangan mendominasi wilayah perkotaan, walaupun jenis pekerjaan ini terlihat aman, namun beberapa tugas bisa menjadi berbahaya jika dilakukan oleh pekerja anak seperti bekerja dengan panas mesin *grease* dan *slicer*. Sektor perdagangan juga sering membutuhkan jam kerja yang panjang dan jadwal yang berubah (terdapat beberapa *shift* dalam kerja) yang mengharuskan anak pulang bekerja larut malam sehingga anak kekurangan waktu istirahat dan kesulitan menggabungkan antara pekerjaan dengan sekolah. Penelitian di Amerika Serikat menunjukkan sektor perdagangan, khususnya retail (restaurant) mempekerjakan setengah dari remaja yang bekerja di Amerika Serikat dan

menyebabkan 20% luka fatal (Komite tentang Implikasi Kesehatan dan Keselamatan Anak Buruh, 1998). Sektor Industri (manufaktur) yang banyak terdapat di perkotaan juga memiliki resiko tinggi terhadap kesehatan dan keselamatan anak yang bekerja. Pekerja anak dapat terkena resiko luka bakar, menghirup debu silika, terpapar bahaya kimia, kebakaran dan ledakan (Forastieri, 1997). Untuk sektor pertanian yang banyak terdapat di pedesaan, kebanyakan adalah pekerja keluarga. Anak-anak bekerja pada sawah atau ladang keluarga mereka sendiri, rata-rata bekerja dalam pengawasan keluarganya, sehingga resiko berbahaya bagi kesehatan anak lebih dapat diminimalisir. Dengan demikian dapat terlihat anak yang bekerja di wilayah perkotaan lebih mudah terkena gejala sakit dibandingkan dengan anak yang bekerja di wilayah pedesaan.

Pendapatan

Hasil output pada model kedua menunjukkan bahwa Pengeluaran per kapita (*Per Capita Expenditure*) signifikan secara negatif mempengaruhi bertambahnya gejala penyakit yang dialami anak yang bekerja. Jika pce naik sebesar satu maka probabilitas gejala penyakit yang dialami akan berkurang sebesar -0,1103086. Keluarga yang pendapatannya rendah akan sulit untuk memenuhi kebutuhan gizi dan kesehatan anggota keluarganya, sehingga anggota keluarganya akan mudah terkena penyakit. Apalagi jika anak tersebut terpaksa harus bekerja demi membantu menopang kebutuhan keluarga, akibatnya beban tubuhnya akan bertambah berat dan waktu istirahat akan berkurang sehingga anak tersebut akan rentan terkena penyakit.

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Brooks et al, (1997), bahwa keluarga dengan penghasilan tinggi mungkin dapat menyediakan lebih banyak barang, jasa, dan sumber daya yang dapat menguntungkan anak-anak mereka dan mencegah mereka mengalami kesehatan yang buruk.

SIMPULAN

Hasil regresi probit model pertama, yaitu pengaruh bekerja terhadap kesehatan anak diperoleh bahwa probabilitas kesehatan anak dipengaruhi oleh variabel status bekerja, umur, jenis kelamin, lama pendidikan ibu, tempat tinggal, jam kerja, pendapatan. Pendapatan berpengaruh signifikan dan positif terhadap probabilitas anak sehat. Sementara itu, jam kerja berpengaruh signifikan dan negatif terhadap probabilitas anak.

Hasil regresi model kedua, yaitu pengaruh bekerja terhadap total gejala sakit yang dialami dengan sampel anak yang bekerja, didapatkan bahwa variabel-variabel yang berpengaruh secara signifikan terhadap total gejala sakit yang dimiliki anak yang bekerja adalah umur, wilayah desa/kota, pendapatan, dan pendidikan ibu. Anak yang lebih tua cenderung memiliki gejala penyakit yang lebih banyak daripada anak yang lebih muda. Anak yang tinggal di perkotaan cenderung lebih banyak memiliki gejala penyakit dibandingkan dengan anak yang tinggal di pedesaan. Variabel lain, anak yang keluarganya berpendapatan rendah akan cenderung lebih banyak gejala penyakit yang dimiliki dibanding anak yang keluarganya berpendapatan cukup. Selain itu, anak yang pendidikan ibunya lebih tinggi akan lebih sedikit gejala penyakit dibandingkan anak yang pendidikan ibunya rendah.

DAFTAR PUSTAKA

- Adams, C. D., Streisand, R. M., Zawacki, T., & Joseph, K. E. (2002). Living with a chronic illness: a measure of social functioning for children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, 593–605.
- Badan Pusat Statistik. Indikator kesejahteraan anak. (2001). Badan Pusat Statistik, Jakarta, Indonesia.
- Badan Pusat Statistik. Pekerja Anak di Indonesia. (2009). Badan Pusat Statistik, Jakarta, Indonesia.
- Baihaqi, MIF. 1996. *Potret Buram Anak Bangsa (Dalam Anak Indonesia Yang Teraniaya)*. Bandung. PT. Remaja Rosdakarya.
- Beegle, K., Dehejia, R. H., & Gatti, R. (2006). Child labor and agricultural shocks B, 81, 80–96. <https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2005.05.003>

-
- Bequale, A., & Myers, W. (1995). First thing first in child labour: eliminating work detrimental to children. ILO, Jenewa.
- Brooks-Gunn J, Duncan GJ, Britto PR. (1999). Are socioeconomic gradients for children similar to those for adults? Achievement and health of children in the United States. In *Developmental Health and the Wealth of Nations* Edited by: Keating DP, Hertzman C. New York: Guilford Press. 94-124.
- Committee on the Health and Safety Implications of Child Labor.(1998). *Protecting Youth at Work: Health, Safety, and Development of Working Children and Adolescents in the United States*. National Academy Press, Washington, DC
- Currie A, Shields MA, Price SW.(2007).The child health/family income gradient: Evidence from England. *J Health Econ*.26(2):213-232.
- Indrasari Tjandraningsih dan Popon Anarita. (2002) *Pekerja Anak di Perkebunan Tembakau*. Bandung : Akatiga
- Irwanto., Farid, M., Anwar, J., Hendriati, A., & Sunarno N. (1999). Analisis situasi anak yang membutuhkan perlindungan khusus di Indonesia. PKPM Unika Atma Jaya Jakarta, Departemen Sosial RI dan UNICEF. h. 67-98
- O'Donnell, O., van Doorslaer, E., & Rosati, F. C. (2011). Child Labour and Health: Evidence and Research Issues. *Ssrn*, (January). <https://doi.org/10.2139/ssrn.1780320>
- O'Donnell O, Rosati F. C., van Doorslaer, E. (2002). Child labour and health: evidence and research issues. *Understanding Children's Work (UCW) an international agency research cooperation project at Innocenti research center*. ILO, UNICEF and World Fund, 14 Januari 2002. www.ucwproject.org/pdf/Childlabour_Health.PDF
- Palloni, A. (2006). Reproducing inequalities: luck, wallets, and the enduring effects of childhood health. *Demography*, 43, 587–615.
- Richards, E., Theobald, S., George, A., Kim, J. C., Rudert, C., Jehan, K., et al. (2013). Going beyond the surface: gendered intra-household bargaining as a social determinant of child health and nutrition in low and middle income countries. *Social Science & Medicine*. 95, 24–33.
- International Labour Organization. (2018). *Understanding The Health Impact of Children's Work: Result from National Children Labor Surveys*. Geneva
- Usman, H. 2002. *Determinan dan Eksploitasi Pekerja Anak-anak di Indonesia (Analisis DataSusenas 2000 KOR)*. Tesis S-2 Program Kajian Kependudukan dan Ekonomi Sumber Daya Manusia Universitas Indonesia.
- Wilk V. Health hazards to children in agriculture. *Am J Ind Med* 1993;24(3):283-90.
- Wolff, F. C., & Maliki. (2008). Evidence on the impact of child labor on child health in Indonesia, 1993-2000. *Economics and Human Biology*, 6(1), 143–169. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2007.09.003>
- Wool, A.D. (2002). Health hazardz for children at work. *Clinical toxicology*.40:477-82.
- Woodhead, M., (1999). Is there a palce for work in child development? Save The Children, Sweden. 20. Suyanto B, Mashud M. Sekolah dan bekerja: pilihan dilematis bagi anak. *Hakiki*. 02:14-28
- Woodhead, M. (2004). Psychosocial impacts of child work: A framework for research, monitoring and intervention. *International Journal of Children's Right*, 12, 321-377. doi:10.1163/1571818043603607