

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Indonesia sebagai salah satu negara berkembang tentunya tidak dapat lepas dari berbagai permasalahan yang juga dialami oleh negara lain. Sebagai salah satu negara dengan jumlah penduduk terbesar didunia, Indonesia tahun 2030 diprediksi akan memperoleh bonus demografi. Artinya, Indonesia tahun 2030 diprediksi akan memiliki sumberdaya manusia usia produktif lebih tinggi daripada usia nonproduktif. Adanya bonus demografi menjadi sebuah peluang bagi Indonesia untuk menghasilkan sumberdaya manusia berkualitas, sehingga dapat mengembangkan dan mengolah sendiri sumberdaya alam yang dimiliki secara maksimal. Tentunya untuk memperoleh sumberdaya manusia yang berkualitas Indonesia harus mampu memenuhi berbagai faktor penunjang untuk menghasilkan sumberdaya manusia berkualitas, salah satunya adalah kesehatan. Variabel kesehatan memiliki kontribusi yang positif dan signifikan terhadap tinggi rendahnya produktivitas tenaga kerja atau karyawan (Busyairi dkk.,, 2014). Sehingga apabila suatu negara atau perusahaan ingin meningkatkan pendapatannya, maka harus memperhatikan kondisi kesehatan tenaga kerjanya karena kesehatan tenaga kerja sangat mempengaruhi tingkat produktivitas dalam bekerja.

Kesehatan erat kaitannya dengan status gizi setiap individu. Indonesia sebagai negara agraris, tentunya tidak sulit untuk memenuhi kebutuhan pangan yang bergizi untuk masyarakatnya. Akan tetapi, menurut *Food and Agriculture Organization* (FAO) menyebutkan bahwa saat ini sekitar 69 persen tanah di Indonesia mengalami kerusakan parah akibat dari penggunaan pupuk dan pestisida berlebih sehingga mengakibatkan ketahanan pangan Indonesia terancam (Purba, 2018). Kondisi tersebut menyebabkan tingkat kelaparan di Indonesia selalu masuk ke dalam fase serius. Berdasarkan laporan *Global Hunger Index*, Indonesia merupakan salah satu negara di dunia dengan kasus kelaparan yang serius pada 2016 yaitu dengan skor 21,9 persen dan mengakibatkan kasus malnutrisi terus terjadi (Dkatadata, 2016).

Seperti yang telah dipaparkan sebelumnya, malnutrisi adalah salah satu akibat dari rendahnya tingkat konsumsi makanan bergizi. Dalam 17 tujuan SDGs, permasalahan nutrisi terletak pada urutan ke-2 yaitu mengenai pangan dan gizi. Permasalahan gizi di Indonesia merupakan salah satu isu permasalahan penting karena gangguan nutrisi dalam jangka panjang akan mengakibatkan gangguan kesehatan dan tentunya akan berdampak pada kualitas sumberdaya manusia. Berdasarkan laporan *Global Nutrition Report* pada 2014 menyebutkan bahwa di Indonesia terdapat tiga permasalahan nutrisi, yaitu *stunting* (37,2 persen), *wasting* (12,1 persen), dan *overweight* (11,9 persen). Tentunya tiga permasalahan nutrisi tersebut selain disebabkan oleh faktor kemiskinan juga disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya

sanitasi, kebersihan air, pendidikan ibu, status ibu, pendidikan, perlindungan sosial, dll (Bappenas & Unicef, 2017). Selain itu salah satu faktor penghambat pengentasan malnutrisi adalah adanya monitoring mengenai perkembangan balita pada daerah terpencil dan pembangunan kesehatan yang tidak merata.

Seperti yang telah dibahas sebelumnya, bahwa Indonesia diprediksi akan memperoleh bonus demografi pada 2030. Fokus dari objek bonus demografi tersebut adalah usia produktif. Populasi usia produktif saat ini adalah anak-anak yang harus dijaga tingkat kesehatan dan perkembangannya terlebih masa anak-anak merupakan masa emas bagi pertumbuhannya. Menurut Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia tahun 2017 menyebutkan bahwa Indonesia memiliki jumlah anak balita (1–4 tahun) yaitu sebesar 19.101.845 jiwa, sedangkan secara global dari 255 juta jiwa penduduk Indonesia 83 juta jiwa terdiri dari anak-anak. Dengan jumlah anak-anak yang cukup besar, seharusnya mampu meningkatkan Produk Domestik Bruto (PDB) Indonesia dengan catatan masa emas anak-anak dapat dimanfaatkan dengan baik. Namun, berdasarkan laporan Pemantauan Status Gizi pada 2017 yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Indonesia menyebutkan bahwa prevalensi balita *stunting* di Indonesia masih tinggi yakni 29,6 persen diatas batasan yang ditetapkan oleh WHO yaitu sebesar 20 persen. Penelitian Ricardo dalam Bhutta tahun 2013 menyebutkan bahwa balita *stunting* berkontribusi terhadap 1,5 juta atau 15 persen penyebab kematian pada anak balita di dunia dan menyebabkan 55 juta anak

kehilangan masa hidup sehat setiap tahun (Kemenkes, 2018). Sedangkan, berdasarkan Hasil Pemantauan Status Gizi 2017 memaparkan bahwa permasalahan serius lainnya yaitu kasus *undernutrition* di Indonesia pada 2017 sebesar 17,8 persen, jumlah tersebut lebih rendah dari tahun sebelumnya yaitu sebesar 17,83 persen. Namun, penurunan jumlah *undernutrition* tersebut diikuti dengan peningkatan jumlah balita yang memiliki berat badan lebih (*overweight*) yaitu dari 1,47 persen pada 2016 menjadi 1,80 persen pada 2017.

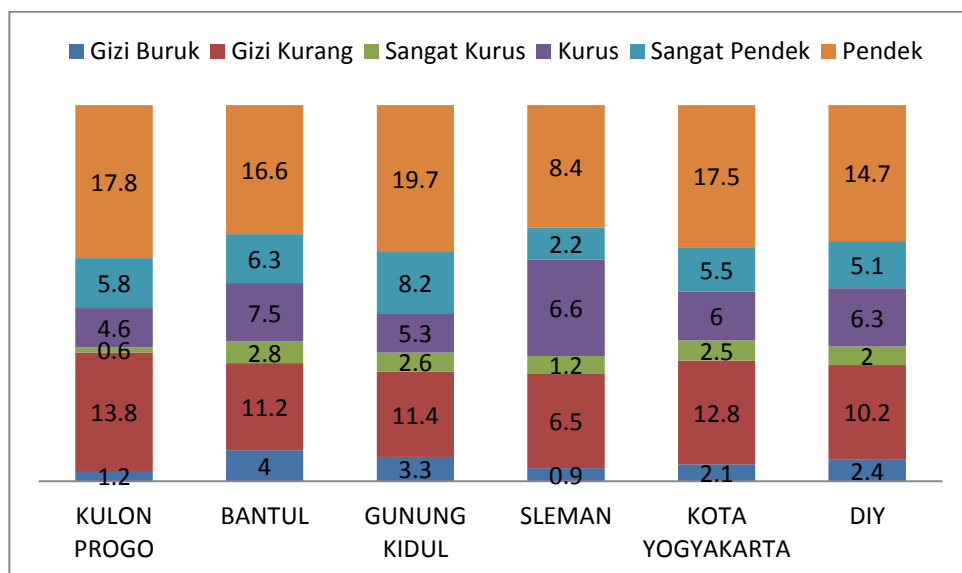
Tabel 1.1
Status Gizi Balita 0 – 59 Bulan Tahun 2017

No	Indikator	Status Gizi	Persentase Status Gizi (persen)
1	Berat Badan / Umur (BB/U)	Gizi Buruk	3,8
		Gizi Kurang	14,0
		Gizi Normal	80,4
		Gizi Lebih	1,8
2	Tinggi Badan / Umur (TB/U)	Sangat Pendek	9,8
		Pendek	19,8
		Normal	70,4
3	Berat Badan/Tinggi Badan (BB/TB)	Sangat Kurus	2,8
		Kurus	6,7
		Normal	85,9
		Gemuk	4,6

Sumber: Profil Kesehatan Kementerian Kesehatan, 2017

Di Indonesia kasus malnutrisi baik itu *stunting*, *undernutrition*, ataupun *overweight* rata-rata terjadi disetiap pelosok negeri. Salah satunya di

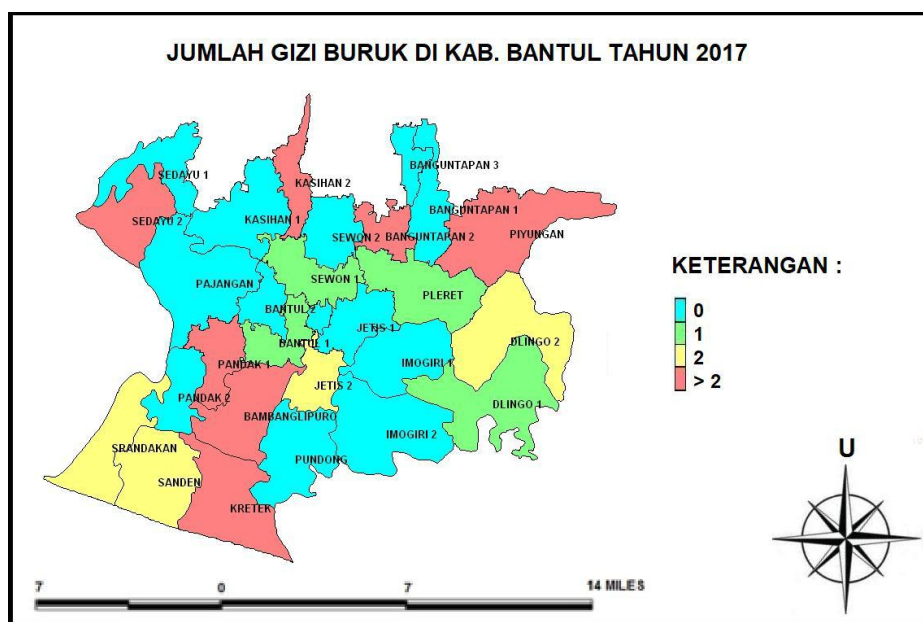
Daerah Istimewa Yogyakarta yang notabene merupakan salah satu provinsi yang memiliki Indeks Pembangunan Manusia terbesar kedua setelah DKI Jakarta dan lebih besar dari Indeks Pembangunan Manusia di Indonesia, dengan angka Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Daerah Istimewa Yogyakarta sebesar 78,89. Selain angka indeks pembangunan manusia (IPM) DIY yang tinggi, tingkat kesehatan, pendidikan, dan pemenuhan kebutuhan hidup masyarakat DIY terjadi peningkatan (BPS, 2018). Namun, peningkatan indeks pembangunan manusia (IPM), kualitas kesehatan, pendidikan, dan pemenuhan kebutuhan hidup masyarakat DIY ternyata tidak sepenuhnya memberikan dampak bagi sebagian masyarakat. Salah satunya yaitu mengenai pemberantasan malnutrisi pada beberapa wilayah yang terdapat di DIY.



Sumber: Buku Hasil PSG 2017 Kemenkes, 2018

Gambar 1.1
Persentase Kasus Malnutrisi Balita Umur 0 - 59 Bulan Menurut Kabupaten/Kota 2017

Berdasarkan Gambar 1.1 menunjukkan bahwa setiap kabupaten/kota di DIY masih memiliki permasalahan malnutrisi. Malnutrisi yang terjadi dimasing-masing kabupaten/kota mencakup gizi buruk, gizi kurang, sangat kurus, kurus, sangat pendek, dan pendek. Berdasarkan Gambar 1.1, kabupaten/kota yang memiliki kasus malnutrisi tertinggi yaitu Kabupaten Gunung Kidul dan Kabupaten Bantul. Sedangkan untuk kasus gizi buruk, Kabupaten Bantul merupakan kabupaten yang memiliki kasus gizi buruk tertinggi di DIY.



Sumber : Profil Kesehatan Bantul, 2018

Gambar 1.2
Peta Status Gizi Buruk Di Kab. Bantul 2017

Menurut Kependudukan Provinsi DIY, Bantul merupakan salah satu Kabupaten yang memiliki jumlah penduduk terbesar setelah Kabupaten Sleman yaitu sebesar 983,527 jiwa, sedangkan 59.377 jiwa merupakan anak-

anak yang berusia 0-4 tahun. Jumlah anak-anak tersebut merupakan jumlah anak-anak terbanyak di DIY setelah Kabupaten Sleman, yaitu 67.607 jiwa. Sebagai kabupaten yang memiliki jumlah anak-anak yang terbesar ke-2, Kabupaten Bantul tentunya tak lepas dari permasalahan malnutrisi yang terjadi dikalangan balita. Seperti yang tertera pada Gambar 1.1, Bantul adalah salah satu kabupaten yang memiliki jumlah balita dengan kasus malnutrisi terbanyak di DIY. Sedangkan, berdasarkan Gambar 1.2 yang merupakan peta wilayah status gizi di Kabupaten Bantul menunjukkan bahwa terdapat beberapa kecamatan yang masih memiliki kasus malnutrisi. Dari beberapa kecamatan tersebut, salah satu kecamatan yang termasuk dalam catatan buku merah kasus malnutrisi adalah Kecamatan Kasihan dan Desa Ngestiharjo merupakan salah satu desa di Kecamatan Kasihan yang memiliki jumlah anak-anak terbanyak. Desa Ngestiharjo merupakan salah satu desa yang memiliki permasalahan gizi buruk pada anak-anak. Menurut laporan Bappenas menyebutkan bahwa permasalahan gizi buruk terjadi diseluruh wilayah nusantara dan lintas kelompok pendapatan. Artinya gizi buruk yang terjadi disuatu wilayah tidak hanya terjadi pada masyarakat miskin, tetapi juga dikalangan menengah dan atas. Penyebab utama terjadinya gizi buruk selain kemiskinan yaitu karena adanya persepsi masyarakat yang salah tentang nutrisi pada balita, khususnya 1000 hari setelah balita lahir. Selain itu dalam pemenuhan konsumsi keluarga, banyak masyarakat yang dihadapi dengan dua pilihan yang masing-masing dianggap memiliki manfaat tersendiri. Misalnya, dalam kalangan keluarga menengah

ke bawah banyak yang lebih memilih membeli rokok dan pulsa daripada membeli daging dan ikan. Sedangkan dalam kalangan keluarga menengah ke atas keragaman makanan yang tidak bervariasi dan hanya terpaku pada makanan yang enak tanpa melihat apakah makanan tersebut telah mengandung nutrisi yang seimbang bagi kebutuhan tubuh (Harahap, 2018).

Gizi buruk yang merupakan salah satu akibat dari malnutrisi tentu akan memberikan dampak bagi kesehatan. Berdasarkan Q.S Surat An-Nahl ayat 144 Allah SWT berfirman :

فَكُلُوا مِمَّا رَزَقَكُمُ اللَّهُ حَلَالًا طَيِّبًا وَاشْكُرُوا نِعْمَتَ اللَّهِ إِنْ كُنْتُمْ إِيَّاهُ تَعْبُدُونَ

Artinya “Maka makanlah yang halal lagi baik dari rezeki yang telah diberikan Allah kepadamu; dan syukurilah nikmat Allah, jika kamu hanya menyembah kepada-Nya”

Berdasarkan ayat diatas, Allah SWT telah memerintahkan hamba-Nya untuk mengkonsumsi makanan yang tidak hanya halal, tetapi juga baik. Makanan yang baik dalam hal ini adalah makanan yang mengandung gizi yang cukup untuk kebutuhan tubuh, sehingga akan memberikan kesehatan bagi tubuh manusia.

Kesehatan merupakan salah satu *non-market goods* yang tentu tidak terdapat dipasar terbuka atau secara tidak langsung kesehatan tidak memiliki nilai atau harga pasar. Dalam berbagai literatur menyebutkan bahwa *non-market goods* justru diberikan harga yang tidak tepat, padahal *non-market*

goods dapat memberikan manfaat yang besar bagi konsumen. Sebagai *non-market goods*, kesehatan juga sangat bermanfaat bagi setiap individu guna melanjutkan aktivitas sehari-hari dan meningkatkan produktivitas dalam berkerja. Namun, banyak dari masyarakat justru menempatkan *non-market goods* ini sebagai kebutuhan nomor dua setelah gaya hidup. Untuk itu, perlu dilakukan sebuah valuasi ekonomi untuk melihat seberapa besar nilai yang diberikan oleh masyarakat terhadap kesehatan yang akan mereka peroleh. Valuasi ekonomi tersebut dapat dilakukan dengan cara menggunakan *willingness to pay* melalui pendekatan *Contingent Valuation Method* (CVM), sehingga akan diperoleh nilai yang tepat untuk barang tersebut. Nilai yang diperoleh sesuai dengan besaran yang masyarakat akan berikan terhadap barang tersebut atau nikmat kesehatan.

Penelitian yang telah dilakukan oleh Saptutyningsih (2007) dengan menggunakan *Contingent Valuation Method* (CVM) menyebutkan bahwa CVM merupakan salah satu teknik yang dapat digunakan untuk mengestimasi nilai rata-rata atau nilai tengah *willingness to pay*. Selain itu, berdasarkan hasil penelitian ini menyebutkan bahwa terdapat beberapa variabel yang mempengaruhi *willingness to pay* masyarakat terhadap suatu barang. Salah satu variabel yang mempengaruhi adalah jumlah anak dalam keluarga. Berdasarkan penelitian tersebut, jumlah anak dalam keluarga berpengaruh terhadap *willingness to pay*. Sedangkan variabel pendapatan juga berpengaruh terhadap *willingness to pay* masyarakat, artinya semakin

besar pendapatan seseorang maka akan semakin besar keinginan masyarakat untuk memperbaiki kualitas kesehatannya.

Penelitian yang sama mengenai *willingness to pay* juga telah dilakukan oleh Juliasih & Hardy (2013). Dalam penelitian tersebut menyebutkan bahwa tingkat pendidikan memberikan arah negatif terhadap *willingness to pay* seseorang. Berdasarkan penelitian tersebut sebagian pengguna layanan kesehatan merupakan pengguna yang memiliki tingkat pendidikan pada taraf perguruan tinggi, tetapi pemikiran untuk memperoleh pelayanan yang bagus dengan harga murah masih tetap ada. Artinya dalam hal ini tingkat pendidikan tinggi tidak diikuti dengan tingkat kesadaran yang tinggi dalam hal memperoleh kualitas kesehatan yang tinggi. Sedangkan untuk variabel pendapatan, rata-rata responden dengan pendapatan rendah dan tingkat pendidikan rendah akan memberikan nilai WTP yang rendah pula.

Penelitian mengenai *willingness to pay* untuk menilai seberapa besar masyarakat atau responden dalam memperoleh kesehatan, juga dilakukan di Perancis untuk pasien transfusi darah di rumah. Penelitian tersebut dilakukan oleh Havet dkk., (2012). Penelitian tersebut menghasilkan bahwa jarak tempuh rumah pasien dengan rumah sakit, jenis penyakit, status dalam keluarga, kualitas hidup sehat, dan pekerjaan memberikan pengaruh dalam menentukan WTP yang diberikan oleh responden. Sedangkan responden yang tinggal bersama *partner*, memiliki pekerjaan, dan berusia muda cenderung memberikan nilai WTP yang rendah.

Penelitian *willingness to pay* untuk memperoleh kesehatan juga dilakukan oleh Sujud (2018). Berdasarkan hasil uji signifikansi partial (*partial test*) menunjukkan bahwa variabel pendapatan mempengaruhi secara signifikan terhadap variabel *willingness to pay* yang berarti bahwa setiap terjadi kenaikan pendapatan akan memberikan peluang bagi responden untuk membayar asuransi kesehatan sebesar 1 kali lipat. Sedangkan variabel pendidikan akhir dalam penelitian ini memberikan pengaruh positif dan signifikan terhadap variabel *willingness to pay*. Artinya semakin tinggi tingkat pendidikan responden, maka akan semakin besar nilai yang akan responden berikan untuk asuransi kesehatan guna mencegah Penyakit *Green Tobacco Sickness*. Dalam penelitian ini, peneliti juga memasukan variabel tanggungan keluarga untuk menganalisis pengaruhnya terhadap nilai WTP untuk asuransi kesehatan. Berdasarkan hasil penelitian, variabel tanggungan tidak mempengaruhi variabel *willingness to pay* responden. Artinya jumlah tanggungan dalam keluarga tidak memberikan pengaruh seseorang untuk membayar asuransi kesehatan.

Berdasarkan latar belakang dan beberapa uraian diatas, pada kesempatan ini peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “*Willingness To Pay* Masyarakat untuk Mencegah Malnutrisi di Desa Ngestiharjo, Kecamatan Kasihan, Kabupaten Bantul”

B. Batasan Masalah

Dalam penelitian ini, peneliti akan memfokuskan penelitiannya pada seberapa besar *willingness to pay* atau kemauan masyarakat untuk

membayar komoditas kesehatan baik dalam bentuk makanan bergizi ataupun pelayanan kesehatan untuk mencegah terjadinya malnutrisi baik itu *stunting*, *undernutrition*, ataupun *overweight* di Desa Ngestiharjo, Kecamatan Kasihan, Kabupaten Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta.

C. Rumusan Masalah

Berdasarkan pemaparan yang telah tertera pada latar belakang, maka penulis membatasi penelitiannya pada pokok permasalahan sebagai berikut :

1. Berapa nilai *willingness to pay* masyarakat untuk mencegah malnutrisi ?
2. Apakah variabel status kesehatan anak berpengaruh terhadap *willingness to pay* masyarakat untuk mencegah malnutrisi?
3. Apakah variabel usia berpengaruh terhadap *willingness to pay* masyarakat untuk mencegah malnutrisi?
4. Apakah variabel pendidikan berpengaruh terhadap *willingness to pay* masyarakat untuk mencegah malnutrisi?
5. Apakah variabel pendapatan per bulan berpengaruh terhadap *willingness to pay* masyarakat untuk mencegah malnutrisi?
6. Apakah variabel pengetahuan berpengaruh terhadap *willingness to pay* masyarakat untuk mencegah malnutrisi?
7. Apakah variabel jumlah anak dalam satu keluarga berpengaruh terhadap *willingness to pay* masyarakat untuk mencegah malnutrisi?

D. Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah diatas, maka diperoleh tujuan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Mengetahui seberapa besar *willingness to pay* masyarakat untuk mencegah malnutrisi.
2. Mengetahui seberapa besar pengaruh usia terhadap *willingness to pay* masyarakat untuk mencegah malnutrisi.
3. Mengetahui seberapa besar pengaruh status kesehatan anak terhadap *willingness to pay* masyarakat untuk mencegah malnutrisi.
4. Mengetahui seberapa besar pengaruh pendidikan terhadap *willingness to pay* masyarakat untuk mencegah malnutrisi.
5. Mengetahui seberapa besar pengaruh pendapatan per bulan terhadap *willingness to pay* masyarakat untuk mencegah malnutrisi.
6. Mengetahui seberapa besar pengaruh pengetahuan terhadap *willingness to pay* masyarakat untuk mencegah malnutrisi.
7. Mengetahui seberapa besar pengaruh jumlah anak dalam satu keluarga terhadap *willingness to pay* masyarakat untuk mencegah malnutrisi.

E. Manfaat Penelitian

Manfaat dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Bagi Pemerintah dan Lembaga Kesehatan Setempat

Bagi pemerintah diharapkan penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam memberikan bantuan pangan kepada masyarakat guna meminimalisir kasus malnutrisi di Desa Ngestiharjo,

Kecamatan Kasihan , Kabupaten Bantul dan bagi lembaga kesehatan sekitar diharapkan melalui penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan ataupun masukan atas tindakan yang akan dilakukan untuk meminimalisir kasus malnutrisi di Desa Ngestiharjo, Kecamatan Kasihan, Kabupaten Bantul, DIY.

2. Bagi Masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi sebuah gambaran akan pentingnya makanan bergizi bagi tumbuh kembang anak, sehingga dikemudian hari anak dapat menjadi SDM yang berkualitas. Selain itu diharapkan melalui penelitian ini banyak masyarakat yang peduli terhadap perkembangan anak dan tentunya mampu memonitoring perkembangan buah hati mereka.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Sebagai acuan dan referensi untuk penelitian selanjutnya.