



## HUBUNGAN KEBIJAKAN LOKASI PRIORITAS INTERVENSI GIZI DAN PREVALENSI *STUNTING* DI INDONESIA

### *The Relationship of Priority District Policy For Nutrition Intervention And Stunting Prevalence in Indonesia*

Diah Sri Wahyuni<sup>1</sup> & Diahhadi Setyonaluri<sup>2</sup>

#### Info Artikel

<sup>1</sup>Direktorat Jenderal Anggaran  
Kementerian Keuangan, Jakarta,  
[diahsw@kemenkeu.com](mailto:diahsw@kemenkeu.com)

<sup>2</sup>Universitas Indonesia, Depok,  
[dsetyonaluri@gmail.com](mailto:dsetyonaluri@gmail.com)

Riwayat Artikel :

Diterima 22-04-2022

Direvisi 14-06-2022

Disetujui 23-06-2022

Tersedia online 27-06-2022

**JEL Classification:** H75, C33

#### Abstract

*This study aims to compare the association of Indonesian's government public health intervention in reducing the stunting prevalence. The intervention was started in 2018 in 100 districts and expanded in stages to cover 260 districts by 2020. This study adopts fixed effect method on regional-level 2018-2020 panel data on stunting prevalence, aggregate public health outcomes targeted under the intervention, and other regional characteristics. District's stunting prevalence is used as a measure of the policy's outcome while dummy of priority districts is used to measure priority effect from the interventions. The result indicates that both priority and non-priority districts experienced a declining stunting prevalence, but the reduction of prevalence in priority districts was 7.271% higher than the reduction that occurred in non-priority districts.*

**Keywords :** *Fixed Effect method, Indonesia, priority district, public health intervention, stunting*

#### Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk membandingkan hubungan antara intervensi gizi yang dilakukan pemerintah Indonesia dan prevalensi *stunting* antara kabupaten/kota yang menjadi prioritas dan non prioritas. Intervensi dimulai pada tahun 2018 di 100 kabupaten/kota dan diperluas secara bertahap untuk mencakup 260 kabupaten/kota pada tahun 2020. Studi ini menggunakan metode *fixed effect* pada data panel prevalensi *stunting*, capaian intervensi kesehatan secara agregat, dan karakteristik lainnya di tingkat kabupaten/kota tahun 2018 - 2020. Prevalensi *stunting* kabupaten/kota digunakan sebagai ukuran hasil kebijakan, sedangkan *dummy* kabupaten/kota prioritas digunakan untuk membandingkan efek prioritas intervensi *stunting* tersebut. Hasil penelitian menunjukkan bahwa baik kabupaten/kota prioritas maupun non prioritas mengalami penurunan prevalensi *stunting*, namun penurunan prevalensi di kabupaten/kota prioritas lebih tinggi 7.271% dibandingkan penurunan yang terjadi di kabupaten/kota non prioritas.

**Kata kunci:** *metode fixed effect, Indonesia, lokasi prioritas, intervensi gizi, stunting*

## 1. PENDAHULUAN

Kejadian balita *stunting* di Indonesia masih berada di atas rata-rata prevalensi *stunting* dunia meskipun tren telah menunjukkan penurunan (Badan Pusat Statistik, 2020). Tingginya prevalensi *stunting* akan meningkatkan biaya kesehatan akibat menurunnya kualitas hidup anak yang mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan, serta metabolisme. Dalam jangka panjang, *stunting* dapat mempengaruhi kualitas sumber daya manusia dan perkembangan sosial di Indonesia (de Onis & Branca, 2016). Alderman *et al.* (2006) dan Boissiere *et al.* (1985) menemukan bahwa anak-anak yang mengalami masalah *stunting* pada masa awal pertumbuhannya cenderung memiliki kemampuan kognitif yang rendah, pendapatan yang lebih rendah, dan tidak optimalnya produktivitas ketika mereka dewasa.

Dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020 - 2024, pemerintah Indonesia menetapkan target prevalensi *stunting* pada balita hanya 14% pada tahun 2024 (Perpres Nomor 18 Tahun 2020 tentang RPJMN Tahun 2020 - 2024). Sehingga pemerintah Indonesia telah menetapkan kebijakan prioritas sasaran, prioritas intervensi, dan lokasi prioritas yang tertuang dalam Strategi Nasional Percepatan Pencegahan *Stunting* (Sekretariat Wakil Presiden & Kemenko Bidang PMK, 2019). Sasaran prioritas terdiri dari ibu hamil dan anak pada periode 1000 hari pertama kehidupan. Prioritas intervensi terdiri dari intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif (Kemenkes, 2018). Kebijakan intervensi *stunting* juga dilakukan dengan menerapkan lokasi prioritas dengan menetapkan kabupaten/kota sebagai prioritas intervensi secara bertahap sejak tahun 2018 hingga 2022.

Penelitian terkait intervensi maupun kebijakan pemerintah dalam meningkatkan status gizi anak telah banyak dilakukan. Di antaranya adalah analisis intervensi gizi yang menyoroti penyebab langsung terjadinya *stunting* pada balita, dampak pemberian bantuan tunai bersyarat, maupun program perlindungan sosial lain yang secara tidak langsung mempengaruhi status gizi anak. Hasil yang didapat dari penelitian-penelitian tersebut sangat beragam, tergantung jangka waktu dan karakteristik wilayah intervensi dilakukan. Kajian intervensi gizi spesifik terkait asupan zat gizi balita juga menemukan bahwa makanan dengan kandungan zat gizi makro maupun zat gizi mikro juga menentukan probabilitas anak mengalami *stunting* atau tidak (Ahmed *et al.*, 2012; Fahmida *et al.*, 2020; Moreno-Macías *et al.*, 2013; Nachvak *et al.*, 2020). Begitu pula dengan pola asuh ibu dan praktik pemberian ASI yang berperan besar dalam penentuan status gizi anak (Beal *et al.*, 2018; Stewart *et al.*, 2013).

Selanjutnya, dari faktor penyebab tidak langsung, penelitian terkait dampak pemberian bantuan tunai bersyarat di beberapa negara terhadap penurunan risiko *stunting* menunjukkan hasil yang berbeda-beda, tergantung pada kondisi negara dan jangka waktu penelitian yang dilakukan (Alatas, 2011; Bassett, 2008; Cahyadi *et al.*, 2018; Fernald *et al.*, 2008; Kandpal *et al.*, 2016; Kusuma *et al.*, 2017). Sedangkan program BADUTA yang menggabungkan intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif yang diterapkan di daerah Malang dan Sidoarjo, Indonesia, pada tahun 2014 gagal memberikan dampak pada perbaikan pertumbuhan anak usia 18 bulan (Fahmida *et al.*, 2020).

Seperti studi yang telah disebutkan di atas, penelitian ini memiliki tujuan untuk menganalisis hubungan intervensi kebijakan yang dilakukan pemerintah terhadap *outcome* status kesehatan anak. Namun, berbeda dengan studi sebelumnya yang umumnya menggunakan metode *Randomized Controlled Trial* (RCT), penelitian ini memanfaatkan ketersediaan data tren prevalensi *stunting* serta indikator capaian program kesehatan sebelum

dan sesudah intervensi kebijakan *stunting* di tingkat kabupaten/kota untuk menganalisis hubungan kebijakan lokasi prioritas intervensi gizi dan prevalensi *stunting* pada level kabupaten/kota Indonesia sejak tahun 2018 hingga 2020. Dengan memanfaatkan data lokasi prioritas sebagai *proxy* perbedaan efek dari kabupaten/kota yang terpilih menjadi lokasi prioritas, penelitian ini menggunakan metode *fixed effect* untuk memperlihatkan besarnya perbedaan perubahan prevalensi *stunting* di tingkat kabupaten/kota yang diakibatkan oleh kebijakan prioritas dalam Strategi Nasional Percepatan Pencegahan *Stunting*.

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas, pertanyaan dalam penelitian ini adalah “apakah kebijakan lokasi prioritas intervensi gizi tahun 2018-2020 dalam Strategi Nasional Percepatan Pencegahan *Stunting* berhubungan dengan prevalensi *stunting* di level kabupaten/kota?”. Ruang lingkup penelitian ini berfokus pada kebijakan lokasi prioritas intervensi *stunting* yang ditetapkan oleh pemerintah pusat dengan periode analisis tahun 2018 – 2020. Sedangkan unit analisis yang menjadi sampel utama penelitian ini adalah kabupaten/kota di Indonesia.

## 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Kegagalan Pasar dan Intervensi Pemerintah dalam Sektor Kesehatan

Dalam kondisi yang ideal, pasar diasumsikan mencapai keseimbangan yang mencerminkan efisiensi dengan surplus sosial yang maksimal di mana surplus konsumen maupun surplus produsen tidak dapat ditingkatkan lagi (*pareto efficient*). Sayangnya, dalam pasar penyediaan layanan kesehatan, kondisi pasar yang efisien sangat jarang terjadi (James, 1997). Penyebab utamanya adalah adanya informasi yang asimetris dan eksternalitas yang timbul dari layanan kesehatan. Informasi yang asimetris terjadi karena adanya perbedaan pengetahuan atau informasi yang dimiliki oleh produsen dan konsumen terkait suatu transaksi. Akibatnya, surplus yang dinikmati oleh konsumen tidak sebesar yang seharusnya ada pada kondisi pareto-efisien. Selanjutnya, berdasarkan *Grossman model of health demand* (Grossman, 1972), permintaan akan kesehatan dianggap sebagai barang modal atau investasi untuk masa depan yang manfaatnya dapat dirasakan dalam jangka panjang. Dengan adanya eksternalitas positif ini, jumlah konsumsi layanan kesehatan lebih sedikit dibandingkan yang seharusnya terjadi pada kondisi pareto efisien.

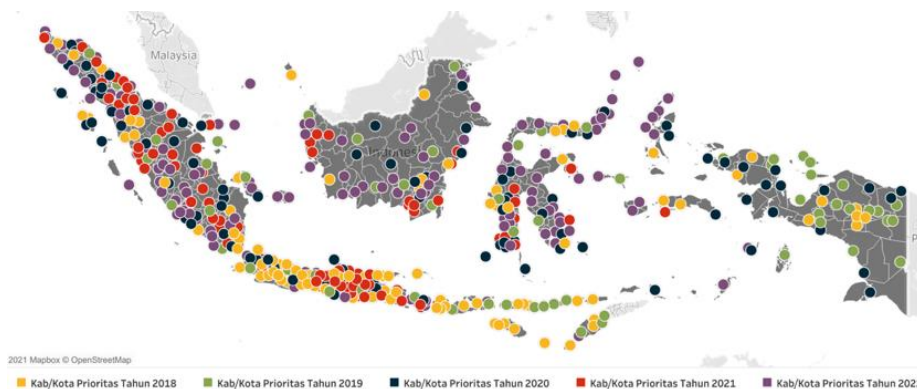
Selain untuk mengatasi inefisiensi pasar, kebijakan pemerintah di sektor kesehatan juga diperlukan untuk menjamin pemerataan akses kesehatan (Weimer & Vining, 2016). Intervensi pemerintah pada sektor kesehatan yang paling utama adalah pembentukan regulasi terkait dengan penyediaan layanan kesehatan, mulai dari level nasional hingga regulasi pemerintah daerah yang disesuaikan dengan kebutuhan lokal dan karakteristik masing-masing wilayah. Sedangkan intervensi dari segi penawaran adalah dengan penyediaan dan peningkatan fasilitas dan layanan kesehatan publik melalui mekanisme non pasar yang dapat dijangkau oleh semua lapisan masyarakat, terutama masalah kelas menengah ke bawah. Intervensi pemerintah dari segi permintaan dilakukan melalui mekanisme program-program perlindungan sosial. Ketika pendapatan seseorang meningkat, maka diharapkan akan mendorong masyarakat untuk menggeser konsumsinya pada sektor kesehatan (Pindyck & Rubinfeld, 2013).

### 2.2 Konsep, Dampak, Determinan, dan Kebijakan Intervensi *Stunting*

*Stunting* merupakan kondisi balita pendek dan sangat pendek di mana balita mempunyai tinggi badan menurut umur (TB/U) di bawah minus dua standar deviasi yang telah ditetapkan

oleh WHO (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018). Beberapa penelitian telah membuktikan bahwa *stunting* tidak hanya memiliki dampak negatif dalam jangka pendek, tetapi juga berdampak dalam jangka panjang. “*WHO conceptual framework on Childhood Stunting: Context, Causes and Consequences*” menyebutkan bahwa *stunting* dapat berdampak pada tumbuh kembang anak dalam jangka pendek maupun jangka panjang (Stewart *et al.*, 2013). Dalam jangka pendek, *stunting* menyebabkan risiko kesehatan dan kematian meningkat, perkembangan kognitif, motorik, dan bahasa menurun, serta meningkatnya pengeluaran rumah tangga akibat gangguan kesehatan anak. Millward (2017) juga menjelaskan bahwa dalam jangka panjang *stunting* dapat menurunkan kesehatan reproduksi, capaian pendidikan, kapasitas belajar, stamina fisik, dan produktivitas kerja. Dalam penelitiannya, Alderman *et al.* (2006) dan Boissiere *et al.* (1985) mengungkapkan bahwa anak-anak yang mengalami masalah perkembangan tinggi badan pada masa awal pertumbuhannya cenderung memiliki kemampuan kognitif yang rendah, pendapatan yang lebih rendah, dan tidak optimalnya produktivitas saat dewasa.

Faktor-faktor penyebab *stunting* sangat kompleks. Berdasarkan *WHO conceptual framework on Childhood Stunting: Context, Causes and Consequences*, *stunting* disebabkan oleh interaksi antara beberapa faktor, antara lain faktor kondisi rumah tangga, lingkungan, sosial ekonomi, serta faktor budaya (Stewart *et al.*, 2013). Faktor rumah tangga dan kondisi keluarga merupakan penyebab utama terjadinya *stunting*. Dimulai dari pra konsepsi, *stunting* akan terjadi ketika calon ibu mengalami kurang gizi dan anemia (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018). *Stunting* akan menjadi parah ketika keadaan ibu saat hamil buruk, lingkungan rumah tangga tidak mendukung, asupan makanan bergizi kurang memadai, tidak diberikannya ASI eksklusif, serta terjadinya gangguan kesehatan ketika bayi sudah lahir. Kecukupan asupan gizi oleh keluarga serta tersedianya fasilitas kesehatan dan sanitasi yang baik oleh pemerintah juga dapat mempengaruhi *stunting* dan perkembangan anak usia dini (Hoddinott *et al.*, 2013). Kedua faktor tersebut dapat mengurangi risiko tidak tercukupinya asupan gizi, infeksi, komplikasi selama kehamilan dan kelahiran, serta kurangnya stimulasi perkembangan anak. Penelitian mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi *stunting* di Indonesia telah dilakukan oleh Beal *et al.* (2018). Dalam studinya, Beal *et al.* (2018) menemukan bahwa determinan *stunting* di Indonesia sejalan dengan hasil penelitian dari negara lain, yaitu faktor genetis dan pendidikan ibu, kelahiran prematur dan panjang tubuh bayi saat lahir, ASI eksklusif, dan kondisi sosial ekonomi rumah tangga.



Sumber: Sekretariat Wakil Presiden & Kemenko Bidang PMK (2019)

**Gambar 1. Peta Sebaran Kabupaten/Kota Prioritas Stranas *Stunting***

Kebijakan intervensi *stunting* di Indonesia dilakukan oleh multisektor dan multidimensi yang melibatkan banyak pihak. Sebagai panduan dalam penerapan kebijakan intervensi *stunting*, pemerintah membuat dokumen “Strategi Nasional Percepatan Pencegahan *Stunting*” pada tahun 2018 (Sekretariat Wakil Presiden & Kemenko Bidang PMK, 2019). Prioritas dalam Stranas *Stunting* terdiri dari prioritas sasaran, prioritas intervensi, dan lokasi prioritas kabupaten/kota. Kebijakan lokasi atau kabupaten/kota prioritas intervensi *stunting* diterapkan secara bertahap, mulai dari tahun 2018 hingga tahun 2022 dengan rincian kabupaten/kota prioritas seperti pada Gambar 1.

Penerapan kebijakan lokasi prioritas tersebut merupakan salah satu implementasi dari pilar 3 Stranas *Stunting*, di mana pelaksanaan intervensi dilakukan secara konvergen melalui koordinasi dan sinergi berbagai pihak mulai dari pemerintah pusat hingga pemerintah kabupaten/kota dan desa. Kegiatan lintas sektor di kabupaten/kota prioritas dilaksanakan dengan selaras, baik dari perencanaan, penganggaran, pengawasan, dan evaluasi kegiatan percepatan pencegahan *stunting*. Pada tingkat kabupaten/kota, pemerintah daerah harus memastikan proses perencanaan dan penganggaran dilaksanakan sesuai dengan prioritas sasaran dan prioritas intervensi. Selain itu, pemerintah daerah kabupaten/kota juga bertanggung jawab dalam koordinasi atas pelaksanaan konvergensi pelaksanaan *stunting* di level kecamatan hingga desa di dalam wilayahnya masing-masing. Monitoring dan evaluasi atas kinerja pemerintah daerah tersebut dilaksanakan secara berkala oleh Direktorat Jenderal Bina Bangda Kementerian Dalam Negeri dan dilaporkan secara terbuka melalui *Dashboard* Bangda – Monitoring Pelaksanaan Aksi Konvergensi Intervensi Penurunan *Stunting* Terintegrasi (Ditjen Bina Bangda Kemendagri, 2021).

Pengukuran keberhasilan pelaksanaan kebijakan intervensi *stunting* dilaksanakan berdasarkan kerangka hasil percepatan penurunan *stunting*. Dalam jangka pendek, indikator keberhasilan dari kegiatan intervensi melalui intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif adalah berupa capaian *output* atas *input* anggaran dari masing-masing jenis intervensi yang terkait. Capaian *output* tersebut dikelompokkan menjadi perbaikan konsumsi gizi, pola asuh, capaian pelayanan kesehatan, serta ukuran kesehatan lingkungan. Dalam jangka menengah, capaian *output* tersebut akan berdampak pada *outcome* kesehatan berupa perbaikan asupan gizi dan penurunan infeksi pada anak. Selanjutnya, dalam jangka panjang perbaikan *outcome* kesehatan tersebut diharapkan akan berdampak pada penurunan prevalensi *stunting* pada anak.

### **2.3 Tinjauan Empiris Kebijakan Intervensi Gizi dan Prevalensi *Stunting***

Beberapa studi empiris telah dilakukan untuk menganalisis dampak pemberian intervensi gizi terhadap penurunan risiko *stunting*, baik intervensi gizi spesifik yang menasar dampak langsung *stunting* maupun intervensi gizi sensitif yang menasar dampak tidak langsung *stunting*. Kajian intervensi gizi spesifik terkait asupan zat gizi balita juga menemukan bahwa makanan dengan kandungan zat gizi makro maupun zat gizi mikro juga menentukan probabilitas anak mengalami *stunting* atau tidak (Ahmed *et al.*, 2012; Fahmida *et al.*, 2020; Kaimila *et al.*, 2019; Moreno-Macías *et al.*, 2013; Nachvak *et al.*, 2020; Ssentongo *et al.*, 2020). Begitu pula dengan pola asuh ibu dan praktik pemberian ASI yang berperan besar dalam penentuan status gizi anak (Beal *et al.*, 2018; Stewart *et al.*, 2013).

Salah satu penelitian yang menerapkan intervensi gizi secara intensif terhadap anak yang mengalami *stunting* adalah penelitian yang dilakukan oleh Bueno *et al.*, (2018). Dari total anak

*stunting* yang mengikuti intervensi yang intensif tersebut hanya 24% yang berhasil keluar dari status *stunting*. Penyebab gagalnya intervensi dalam menanggulangi *stunting* pada 76% sampel adalah usia sampel saat mulai intervensi lebih dari 24 bulan dan kondisi lingkungan tempat tinggal anak. Hasil ini menunjukkan bahwa intervensi gizi dalam menanggulangi *stunting* akan efektif jika dilakukan pada masa 1000 hari pertama kehidupan, dimana pada masa itu juga potensi anak mengalami *stunting* juga semakin besar (Alderman & Headey, 2018).

Analisis dampak intervensi gizi sensitif melalui pemberian bantuan tunai bersyarat terhadap penurunan risiko *stunting* menunjukkan hasil yang berbeda-beda, tergantung pada kondisi negara dan jangka waktu penelitian yang dilakukan. Pada negara yang memiliki prevalensi *stunting* yang rendah, pemberian bantuan tunai bersyarat tidak memiliki hubungan yang signifikan terhadap penurunan risiko balita *stunting* (Kandpal *et al.*, 2016). Sedangkan pada negara berkembang yang cenderung memiliki prevalensi *stunting* di atas rata-rata, pemberian bantuan tunai bersyarat memberikan dampak yang besar dalam perbaikan gizi anak-anak (Bassett, 2008; Fernald *et al.*, 2008). Pemanfaatan fasilitas dan layanan kesehatan yang rendah menyebabkan program bantuan tunai bersyarat pada negara berkembang menjadi lebih optimal dalam menurunkan risiko *stunting*.

Jangka waktu penelitian juga dapat mempengaruhi hasil analisis bantuan tunai bersyarat sebagai upaya penurunan risiko *stunting*. Dalam jangka pendek, bantuan tunai bersyarat tidak memiliki dampak yang signifikan terhadap penurunan balita *stunting* (Alatas, 2011; Andersen *et al.*, 2015). Keluarga penerima manfaat bantuan tunai bersyarat memang menunjukkan perubahan perilaku terhadap upaya memperoleh layanan kesehatan dan pemanfaatan fasilitas kesehatan yang disediakan oleh pemerintah, tetapi tidak ada perubahan prevalensi *stunting* pada balita. Dalam jangka panjang, bantuan tunai bersyarat memiliki peran yang signifikan dalam perbaikan status gizi anak pada siklus hidup awalnya (Cahyadi *et al.*, 2018). Adanya beberapa *channels* yang menjelaskan hubungan bantuan tunai bersyarat terhadap *stunting* menyebabkan dampak secara kumulatif yang signifikan baru dapat diamati jika rentang waktu penelitian yang dilakukan semakin panjang. Bahkan, program pemerintah dengan proses kumulatif dapat menghasilkan dampak yang melebihi ekspektasi awal dari pembuat kebijakan (King & Behrman, 2009).

### 3. METODE PENELITIAN

Unit analisis dalam penelitian ini adalah level kabupaten/kota dengan data sekunder yang berasal dari data hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), Survei Status Gizi Balita Indonesia (SSGBI), Pemantauan Status Gizi (PSG), Susenas, serta publikasi instansi terkait. Periode penelitian ini adalah mulai tahun 2018 hingga 2020. Penetapan periode penelitian ini didasarkan oleh alasan pelaksanaan program Percepatan Penurunan *Stunting* dalam Strategi Nasional dimulai sejak tahun 2018 dengan menerapkan prioritas kabupaten/kota secara bertahap. Jumlah kabupaten/kota yang menjadi unit analisis dalam penelitian ini terdiri dari 504 kabupaten/kota. Sepuluh kabupaten/kota yang dikecualikan antara lain:

- a. Enam kabupaten/kota yang berada di provinsi DKI Jakarta karena kebijakan penganggaran dan pelaporan APBD berada pada level provinsi.
- b. Kabupaten Waropen karena data prevalensi *stunting* pada tahun 2020 yang sangat berbeda jauh dari seluruh rata-rata maupun tren tahun-tahun sebelumnya (data *outlier*).

- c. Kabupaten Muna Barat, Buton Tengah, dan Buton Selatan karena tidak termasuk dalam sampel SUSENAS sehingga beberapa variabel yang diagregasi dari data SUSENAS menjadi tidak lengkap.

Variabel dependen penelitian ini adalah prevalensi *stunting* level kabupaten/kota yang diukur dengan *lag* satu tahun. Pertimbangan penggunaan variabel *lag stunting* adalah sifat dari kebijakan publik yang dampaknya jarang sekali dapat dirasakan dalam waktu seketika, bahkan beberapa program kebijakan pemerintah memerlukan proses kumulatif untuk dapat dirasakan dampaknya (King & Behrman, 2009). Variabel independen utama penelitian ini adalah variabel *dummy* prioritas yang ditentukan oleh apakah kabupaten/kota merupakan lokasi prioritas program intervensi *stunting* atau tidak pada tahun tertentu, di mana *dummy* prioritas akan bernilai 1 jika kabupaten/kota merupakan prioritas secara bertahap mulai tahun 2018 hingga 2020, lainnya akan bernilai 0. Variabel independen kontrol yang akan digunakan dalam penelitian ini terdiri dari *proxy input* kebijakan sektor kesehatan berupa realisasi belanja kesehatan daerah kabupaten/kota dan rasio puskesmas per 100.000 penduduk, *proxy output* dari intervensi gizi spesifik berupa variabel status kesehatan, *proxy* dari capaian intervensi gizi sensitif berupa karakteristik lingkungan dan capaian program perlindungan sosial, serta karakteristik wilayah kabupaten/kota. Definisi operasionalisasi variabel-variabel tersebut dapat dilihat pada Tabel 1.

**Tabel 1. Definisi Operasional Variabel Penelitian**

Variabel	Definisi Operasional	Satuan
<b>Variabel Dependen</b>		
<i>Stunting</i>	prevalensi <i>stunting</i> level kabupaten/kota yang diukur dengan <i>lag</i> satu tahun	Persentase
<b>Variabel Independen Utama</b>		
<i>Prioritas</i>	<i>dummy</i> prioritas yang ditentukan oleh apakah kabupaten/kota merupakan lokasi prioritas program intervensi <i>stunting</i> atau tidak pada tahun tertentu. 1: kabupaten/kota merupakan prioritas 0: kabupaten/kota non-prioritas	<i>dummy</i>
<b>Variabel Independen Kontrol</b>		
<b><i>Input Kebijakan Sektor Kesehatan (Input)</i></b>		
<i>log_health_exp_lag1</i> (Arends, 2017; Asfaw <i>et al.</i> , 2017; Jiménez-Rubio, 2011; Moreno-Macías <i>et al.</i> , 2013)	Realisasi total belanja kesehatan daerah kabupaten/ kota dengan lag satu tahun (t-1) (log), atas dasar harga konstan 2010.	Juta rupiah
<i>rfaskes</i> (Hoddinott <i>et al.</i> , 2013; Memon <i>et al.</i> , 2020; Simbolon <i>et al.</i> , 2015)	Jumlah puskesmas dengan rawat inap dan tanpa rata inap per 100.000 penduduk	Unit
<b><i>Karakteristik Kesehatan (Health)</i></b>		
<i>asix</i>	Cakupan bayi sampai dengan usia 6 bulan yang mendapatkan ASI Eksklusif	Persentase

Variabel	Definisi Operasional	Satuan
(Beal <i>et al.</i> , 2018; Memon <i>et al.</i> , 2020; Stewart <i>et al.</i> , 2013)		
<i>imd</i> (Memon <i>et al.</i> , 2020)	Persentase perempuan berumur 15-49 tahun yang pernah melahirkan dan melakukan inisiasi menyusui dini (IMD)	Persentase
<i>imunisasi</i> (Memon <i>et al.</i> , 2020; Olken <i>et al.</i> , 2012)	Cakupan balita yang mendapat imunisasi dasar secara lengkap. Balita yang mendapatkan imunisasi lengkap yang terdiri dari 1 kali BCG, 3 kali DPT, 3 kali polio, 1 kali campak, dan 3 kali Hepatitis B.	Persentase
<i>tlahir</i> (Memon <i>et al.</i> , 2020)	Persentase perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang proses melahirkan terakhirnya di fasilitas kesehatan adalah perbandingan antara banyaknya perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang pernah melahirkan anak lahir hidup dalam dua tahun terakhir dan proses melahirkan terakhirnya di fasilitas kesehatan dengan jumlah perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang pernah melahirkan, dinyatakan dengan persentase. Fasilitas kesehatan seperti, rumah sakit, rumah sakit bersalin, klinik/bidan praktik swasta/praktik dokter, dan puskesmas/pustu/polindes.	Persentase
<i>vita</i> (Remans <i>et al.</i> , 2011; Ssentongo <i>et al.</i> , 2020)	Persentase balita 6-59 bulan yang mendapat Vitamin A	Persentase
<i>ttdbumil</i> (Stewart <i>et al.</i> , 2013)	Persentase ibu hamil yang menerima tablet penambah darah	Persentase
<i>pmtbumil</i> (Olken <i>et al.</i> , 2012; Simbolon <i>et al.</i> , 2015)	Persentase ibu hamil yang mendapat makanan tambahan	Persentase
<i>karbo</i> (Fahmida <i>et al.</i> , 2020)	Persentase anak usia di bawah 2 tahun yang mengonsumsi makanan yang mengandung karbohidrat dalam 24 jam terakhir	Persentase
<i>protein</i> (Fahmida <i>et al.</i> , 2020; Kaimila <i>et al.</i> , 2019)	Persentase anak usia di bawah 2 tahun yang mengonsumsi makanan yang mengandung protein dalam 24 jam terakhir	Persentase
<i>buahsayur</i> (Centers for Disease Control and Prevention, 2020)	Persentase anak usia di bawah 2 tahun yang mengonsumsi buah atau sayur dalam 24 jam terakhir	Persentase
<b>Karakteristik Lingkungan (Env)</b>		
<i>sanitasi</i>	Cakupan rumah tangga yang memiliki sanitasi yang layak, yaitu rumah tangga memiliki fasilitas tempat	Persentase



Variabel	Definisi Operasional	Satuan
(Alderman & Headey, 2018; Headey & Palloni, 2019; Irianti <i>et al.</i> , 2019; Memon <i>et al.</i> , 2020; Rabaoarisoa <i>et al.</i> , 2017; Raihan <i>et al.</i> , 2017; Remans <i>et al.</i> , 2011)	Buang Air Besar (BAB) yang digunakan sendiri atau bersama rumah tangga tertentu (terbatas) ataupun di MCK Komunal, menggunakan jenis kloset leher angsa, dan tempat pembuangan akhir tinja di tangki septik atau IPAL atau bisa juga di lubang tanah jika wilayah tempat tinggalnya di perdesaan (surat Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas Nomor 661/Dt.2.4/01/2019)	
<b>Karakteristik Sosial dan Ekonomi Daerah (Sosec)</b>		
<i>lpdrbcap</i> (Moreno-Macías <i>et al.</i> , 2013)	PDRB Perkapita per kabupaten/ kota (log), atas dasar harga konstan 2010.	Juta rupiah
<i>gini_rescale</i> (Moreno-Macías <i>et al.</i> , 2013)	Indeks Gini atau Rasio Gini level provinsi merupakan indikator yang menunjukkan tingkat ketimpangan pengeluaran secara menyeluruh. Untuk memudahkan interpretasi, indeks gini dalam penelitian diskala ulang dengan mengalikan nilai indeks dengan 100. Dengan demikian, semakin mendekati angka 100 maka ketimpangan pendapatan semakin tinggi.	Indeks
<i>densitas</i> (Hathi <i>et al.</i> , 2017; Headey & Palloni, 2019; Jarquin <i>et al.</i> , 2016; Memon <i>et al.</i> , 2020)	Jumlah penduduk per km <sup>2</sup> luas wilayah	Jiwa/ km <sup>2</sup>
<i>spkh_balita</i> (Moreno-Macías <i>et al.</i> , 2013)	Persentase RT dengan ibu hamil dan/ atau balita yang menerima bantuan Program Keluarga Harapan	Persentase
<i>sbpnt</i> (Moreno-Macías <i>et al.</i> , 2013)	Persentase RT yang menerima Bantuan Pangan Non Tunai (tahun 2018-2020) atau Raskin (tahun 2017)	Persentase
<b>Lainnya</b>		
<i>dregion</i> (Sparrow <i>et al.</i> , 2013)	Kategori kabupaten/ kota berdasarkan wilayah: 1: wilayah Indonesia barat; 2: wilayah Indonesia tengah; 3: wilayah Indonesia timur;	<i>Dummy</i>

Metode analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis data secara deskriptif dan analisis inferensial. Penelitian ini menggunakan data panel yang merupakan gabungan antara data *cross section* yang membandingkan data antar kabupaten/kota dan data *time series* selama beberapa tahun. Gujarati & Porter (2013) mengatakan bahwa jika sampel yang digunakan adalah seluruh populasi yang dipilih, maka metode *fixed effect* merupakan metode yang tepat. Oleh karena itu, untuk analisis inferensial, penelitian ini menggunakan metode

estimasi *Fixed Effect* dengan efek tetap individu pada level kabupaten/kota dengan model penelitian sebagai berikut:

$$Stunting_{ij(t+n)} = \beta_0 + \beta_1 Prioritas_{ijt} + \beta_2 Kabkot_{ij} + \sum \beta_3 X_{ijt} + \varepsilon_{ijt}$$

di mana  $Stunting_{ij(t+n)}$  adalah prevalensi *stunting* pada kabupaten/kota  $i$  provinsi  $j$  periode  $t+n$ ,  $Prioritas_{ijt}$  merupakan *dummy* lokasi prioritas intervensi *stunting*, di mana kabupaten/kota  $i$  menjadi prioritas pada periode  $t$ . Sedangkan  $Kabkot_{ij}$  merupakan kabupaten/kota  $i$  *fixed effect* untuk mengontrol variabel *unobserved* yang bernilai konstan antar waktu, seperti karakteristik wilayah, dan  $\sum X_{ijt}$  merupakan variabel-variabel independen kontrol yang digunakan dalam penelitian ini, yang terdiri dari karakteristik capaian kesehatan yang merupakan *output* dari intervensi gizi spesifik, karakteristik lingkungan dan capaian program bantuan sosial yang merupakan proksi dari intervensi gizi sensitif, serta karakteristik sosial dan ekonomi wilayah.

Koefisien  $\beta_1$  merupakan estimasi hubungan kebijakan lokasi prioritas intervensi terhadap prevalensi *stunting*. Dengan demikian, secara statistik hipotesis penelitian dapat dirumuskan sebagai berikut:

$H_0: \beta_1 \geq 0$  (Variabel *dummy* prioritas tidak berhubungan negatif dengan prevalensi *stunting*)

$H_1: \beta_1 < 0$  (Variabel *dummy* prioritas berhubungan negatif dengan prevalensi *stunting*)

#### 4. PEMBAHASAN

##### 4.1. Analisis deskriptif

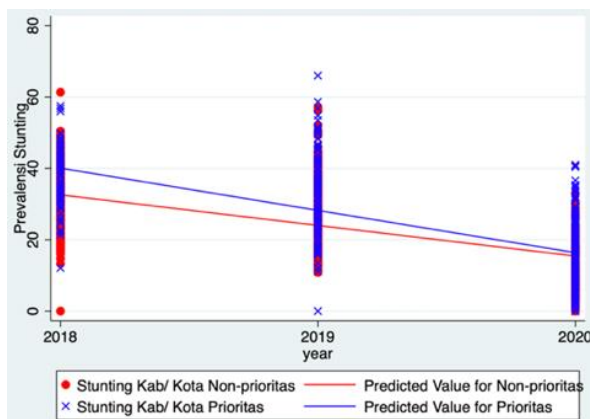
Jumlah kabupaten/kota yang dianalisis terdiri dari 508 kabupaten/kota. Sebagai variabel dependen utama, rata-rata prevalensi *stunting* selama tahun 2018 sampai 2020 adalah 25.06 dengan standar deviasi sebesar 11.84, yang menunjukkan bahwa variasi prevalensi *stunting* di Indonesia cukup tinggi. Nilai maksimal prevalensi *stunting* adalah 93.90 yang dimiliki oleh Kabupaten Waropen pada tahun 2020, dimana data tersebut sangat berbeda jauh dibandingkan tren tahun-tahun sebelumnya. Oleh karena itu, Kabupaten Waropen dikecualikan dalam analisis regresi selanjutnya.

Variabel independen utama pada penelitian ini adalah berupa *dummy* lokasi prioritas. Statistik deskriptif untuk variabel prioritas dapat dilihat pada Tabel 2 dan Gambar 2. Berdasarkan Tabel 2, pada tahap awal penerapan intervensi *stunting* di tahun 2018 kabupaten/kota yang menjadi prioritas adalah 100 kabupaten/kota atau hanya sebesar 19.46% dari total kabupaten/kota di Indonesia. Pada tahun 2019, kebijakan lokasi prioritas diperluas menjadi 160 kabupaten/kota (31.13%), hingga pada tahun 2020 terdapat 260 kabupaten/kota di Indonesia yang menjadi lokasi prioritas intervensi *stunting*. Dengan demikian, hingga akhir tahun 2020, kebijakan lokasi prioritas intervensi *stunting* sudah menjangkau 50.58% dari total kabupaten/kota di Indonesia.

**Tabel 2. Statistik Deskriptif Variabel Prioritas**

Tahun	Non-Prioritas	Prioritas	Total
2018	414	100	514
2019	354	160	514
2020	254	260	514
<b>Total</b>	1,022	520	1,542

Gambar 2 menunjukkan prediksi awal adanya asosiasi negatif antara kebijakan lokasi prioritas dan prevalensi *stunting* di kedua kelompok kabupaten/kota, di mana prevalensi *stunting* di kabupaten/kota prioritas mengalami penurunan yang lebih dalam dibandingkan prevalensi *stunting* di kabupaten/kota non-prioritas.



**Gambar 2. Prevalensi *Stunting* berdasarkan Kabupaten/kota Prioritas - Non Prioritas Tahun 2018-2020**

Statistik deskriptif variabel independen kontrol selama pelaksanaan kebijakan intervensi *stunting* dapat dilihat pada Tabel 3 di bawah ini.

**Tabel 3. Statistik Deskriptif Variabel Kebijakan Intervensi Gizi dan Prevalensi *Stunting***

Variabel	Statistik Deskriptif			
	Rata-rata (1)	Standar Deviasi (2)	Nilai Minimal (3)	Nilai Maksimal (4)
<b>Status Gizi Anak</b>				
Prevalensi <i>Stunting</i>	25.06	11.84	0	93.90
<b>Input Kebijakan Anggaran Kabupaten/kota</b>				
Realisasi Total Belanja Kesehatan	263,940	186,151	33,655	1,693,060
Jumlah Puskesmas	7.71	7.30	1.02	109.43
<b>Karakteristik Kesehatan</b>				
Cakupan Ibu Inisiasi Menyusui Dini	66.99	12.64	12.42	95.57
Tablet Penambah Darah Ibu Hamil	78.64	23.08	0	100
PMT Ibu Hamil	88.68	21.45	0	100
MPASI Protein	52.58	10.09	0	87.00
MPASI buah dan sayur	58.14	10.52	2.15	85.95
MPASI Karbohidrat	64.34	9.35	1.38	85.98
Persentase Balita dengan Imunisasi Dasar Lengkap	46.70	16.93	0	82.79
Melahirkan di Fasilitas Kesehatan	78.28	22.21	2.31	100
Vitamin A	79.99	27.35	0	100
Asi Eksklusif	62.24	21.46	0	100
<b>Karakteristik Lingkungan</b>				
Sanitasi Layak	73.32	19.26	0	100
<b>Karakteristik Sosial Ekonomi Daerah</b>				
Kepadatan Penduduk	1106.35	2,682	0.789	20,992
Indeks Gini	0.355	0.0325	0.262	0.441
PDRB Per Kapita	37.95	44.34	2.035	488.02
Persentase RT dengan Bumil dan Balita Penerima PKH	31.76	13.32	0	100
Persentase RT penerima BPNT	7.18	9.53	0	50.17
Persentase Penduduk Miskin	12.09	7.69	1.68	43.65
<b>Jumlah Kabupaten/kota</b>				<b>508</b>

#### 4.2. Perbandingan Model Regresi

Tabel 4 memperlihatkan hasil estimasi regresi hubungan kebijakan prioritas intervensi *stunting* dan status gizi anak dengan variabel dependen berupa prevalensi *stunting* t+1 penerapan kebijakan. Persamaan penelitian diestimasi dengan menggunakan metode *Ordinary Least Square* (OLS) dan *Fixed Effect* (FE). Semua metode diestimasi dengan langsung menambahkan variabel independen kontrol berupa *input* sektor kesehatan, karakteristik kesehatan, karakteristik lingkungan, dan karakteristik sosial-ekonomi daerah.

**Tabel 4. Ringkasan Hasil Estimasi dengan Beberapa Metode**

Variabel	Variabel Dependen: <i>Stunting Lag 1 Tahun (t+1)</i>	
	OLS (1)	FE (2)
prioritas	-2.112** (0.830)	-7.271*** (1.660)
Observations	1,008	1,008
R-squared	0.253	0.613
Number of idkabbkot		504

Catatan: hasil regresi menggunakan semua kontrol, tetapi yang ditampilkan hanya variabel independen utama untuk menghemat tempat. Robust standard errors in parentheses. \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

Tabel 4 memperlihatkan bahwa kedua model menghasilkan koefisien prioritas dengan arah yang konsisten negatif, di mana model OLS signifikan pada level 5% dan model FE signifikan pada level 1%. Regresi dengan menggunakan FE menunjukkan bahwa P Value (Prob>F) memiliki nilai 0.0000 (lihat Gambar 3). Nilai uji chow tersebut mengindikasikan bahwa hasil uji pemilihan model antara OLS dan FE menunjukkan bahwa metode FE yang paling baik.

Fixed-effects (within) regression	Number of obs =	1,008
Group variable: idkabbkot	Number of groups =	504
R-sq:	Obs per group:	
within = 0.6134	min =	2
between = 0.0864	avg =	2.0
overall = 0.0760	max =	2
corr(u_i, Xb) = -0.9759	F(19,503) =	46.73
	Prob > F =	0.0000

**Gambar 3. Hasil Uji Chow**

#### 4.3. Analisis Hasil Estimasi Hubungan Kebijakan Lokasi Prioritas Intervensi Gizi dan Prevalensi *Stunting*

Hasil regresi dari hubungan kebijakan intervensi *stunting* dan status gizi anak menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kebijakan prioritas dengan prevalensi *stunting* yang diterapkan mulai dari tahun 2018 (lihat Tabel 5). Estimasi persamaan penelitian dengan menggunakan FE menghasilkan R<sup>2</sup> sebesar 61.3% yang berarti bahwa variabel-variabel dalam model dapat menjelaskan prevalensi *stunting* sebesar 61.3%, sedangkan sisanya dijelaskan oleh variabel lain di luar model. Analisis variabel kovariat dalam hasil penelitian ini hanya berfokus pada variabel yang signifikan secara statistik, minimal pada level 5%.

**Tabel 5. Detail Hasil Estimasi Kebijakan Prioritas Intervensi Gizi dan Prevalensi**

<i>Stunting</i>			
Variabel	Variabel Dependen: <i>Stunting Lag 1 Tahun</i> (t+1)	Variabel	Variabel Dependen: <i>Stunting Lag 1 Tahun</i> (t+1)
prioritas	-7.271*** (1.660)	vita	-0.00658 (0.0170)
log_health_exp_lag1	-5.043 (3.603)	asix	-0.0148 (0.0316)
rfaskes	0.566** (0.249)	sanitasi	-0.437*** (0.0916)
imd	-0.501*** (0.0851)	densitas	-0.0163 (0.0118)
ttdbumil	-0.0895*** (0.0247)	gini_rescale	2.800*** (0.484)
pmtbumil	-0.00955 (0.0257)	lpdrbcap	-4.703* (2.779)
protein	-0.433*** (0.155)	spkh_balita	-0.0695* (0.0393)
buahsayur	0.450*** (0.138)	sbpnt	-0.297*** (0.0513)
karbo	0.233* (0.138)	Observations	1,008
imunisasi	-0.0563 (0.142)	R-squared	0.613
tlahir	-0.132** (0.0536)	Number of idkabkot	504
		Robust standard errors in parentheses. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1	

Penelitian ini menemukan adanya penurunan prevalensi *stunting* sebesar 7.271% pada kabupaten/kota yang menjadi prioritas dibandingkan dengan kabupaten/kota non prioritas intervensi *stunting*. Dengan kata lain, penerapan kebijakan lokasi prioritas berasosiasi dengan penurunan prevalensi *stunting* lebih dalam pada kabupaten/kota prioritas dibandingkan kabupaten/kota non prioritas. Berdasarkan Tabel 2, nilai rata-rata prevalensi *stunting* selama 2018-2020 adalah sebesar 25.06%, dengan menerapkan kebijakan prioritas intervensi *stunting* maka rata-rata prevalensi *stunting* akan turun menjadi 17.789%. Jika dibandingkan dengan dampak dari program bantuan tunai bersyarat yang diberikan kepada rumah tangga miskin, besaran penurunan prevalensi *stunting* di kabupaten/kota prioritas tersebut lebih kecil. Program Keluarga Harapan terbukti dapat menurunkan prevalensi *stunting* sebesar 9-11%, meskipun dampak tersebut baru ditemukan signifikan pada keluarga penerima manfaat setelah enam tahun terpapar program (Cahyadi *et al.*, 2018).

Berdasarkan penelitian Mary (2018) yang menemukan bahwa setiap 1% penurunan prevalensi *stunting* akan berdampak pada penghematan PDB Perkapita sebesar 0.4%, maka dengan penurunan prevalensi *stunting* sebesar 7.271% dan disesuaikan dengan inflasi di sektor kesehatan, penurunan PDB Per kapita yang dapat dicegah akibat *stunting* adalah sebesar Rp1,385,143,-.

Kemudian, variabel *input* kesehatan berupa jumlah fasilitas kesehatan berupa puskesmas tiap 100.000 penduduk (*rfaskes*) berhubungan positif dengan prevalensi *stunting*. Koefisien *rfaskes* sebesar 0.566 dengan signifikansi sebesar 5%. Anomali hasil ini kemungkinan disebabkan adanya fasilitas kesehatan swasta dan klinik pribadi yang dijalankan oleh tenaga kesehatan yang masih diminati oleh masyarakat sebagai tempat untuk berobat maupun konsultasi terkait kesehatan ibu dan anak. Berdasarkan data Susenas 2020, sebanyak 60.21% ibu lebih memilih praktik dokter/ bidan/ klinik/ praktik dokter bersama dan rumah sakit

swasta sebagai tempat rawat jalan dan 53.01% sebagai tempat rawat jalan. Sedangkan rawat jalan dan rawat inap di puskesmas hanya sebesar 34.25% dan 14.46%.

Persentase ibu melahirkan yang diberi kesempatan untuk melakukan inisiasi menyusui dini (variabel *imd*) sesaat setelah melahirkan berhubungan negatif dengan prevalensi *stunting* pada level kabupaten/kota. Perubahan sebesar 1% ibu yang melakukan IMD akan menurunkan prevalensi *stunting* sebesar 0.501%. Inisiasi menyusui dini dapat meningkatkan probabilitas keberhasilan keluarnya air susu ibu sehingga kecukupan nutrisi melalui pemberian asi eksklusif selama 6 bulan pertama menurunkan risiko *stunting* pada anak (Ahmed *et al.*, 2012).

Variabel *ttdbumil*, cakupan ibu hamil yang menerima tablet penambah darah, memiliki hubungan yang negatif dengan prevalensi *stunting* dengan tingkat signifikansi 1%. Koefisien *ttdbumil* sebesar -0.0895 memperlihatkan bahwa perubahan cakupan pemberian tablet penambah darah bagi ibu hamil sebesar 1% akan menurunkan *stunting* sebesar 0.0895%. Pemberian tablet penambah darah kepada ibu hamil merupakan salah satu upaya yang dilakukan oleh pemerintah untuk meningkatkan status gizi ibu hamil (World Health Organization, 2010). Ketika kadar hemoglobin ibu hamil berada di bawah ambang batas normal, asupan gizi untuk bayi juga akan terhambat sehingga pertumbuhan dan perkembangan bayi juga akan terganggu (Simbolon *et al.*, 2015). Dengan intervensi gizi spesifik berupa penambahan tablet penambah darah bagi ibu hamil, maka 11.2% kemungkinan balita *stunting* di dalam kandungan dapat diminimalkan (Millward, 2017).

Variabel MPASI dengan protein menunjukkan asupan yang diterima oleh balita berumur di bawah dua tahun dalam 24 jam terakhir yang terdiri dari makanan dengan protein nabati seperti kacang-kacangan dan protein hewani berupa daging, hati, jeroan, ikan, atau telur. MPASI protein menunjukkan hasil yang signifikan pada level 1%. Perubahan cakupan MPASI protein sebesar 1% akan berpengaruh negatif terhadap prevalensi *stunting* sebesar -0.433%. Temuan ini sejalan dengan banyak penelitian yang menemukan bahwa protein merupakan faktor utama penentu tinggi badan pada anak dan konsumsi makanan dengan kandungan protein hewani yang tinggi pada daerah yang memiliki risiko *stunting* tinggi akan meningkatkan pertumbuhan anak (Kaimila *et al.*, 2019; Malcolm, 1969; Millward, 2017; Nachvak *et al.*, 2020).

Selanjutnya, variabel MPASI buah dan sayur (*buahsayur*) berhubungan positif dengan prevalensi *stunting* pada level signifikansi 1%. Perubahan 1% cakupan MPASI buah dan sayur meningkatkan prevalensi *stunting* sebesar 0.450%. Berdasarkan aturan pemberian MPASI yang dikeluarkan oleh WHO, buah dan sayuran sebagai makanan pendamping ASI untuk anak usia di bawah dua tahun hanya sebagai makanan selingan dengan jumlah yang terbatas dan hanya bertujuan untuk memperkenalkan keberagaman makanan (WHO, 2009). Bahkan pemberian buah dan sayur dalam bentuk jus harus dibatasi untuk anak usia di bawah 12 bulan (Centers for Disease Control and Prevention, 2020).

Cakupan perempuan yang melahirkan di fasilitas kesehatan (variabel *tlahir*) berhubungan negatif dengan prevalensi *stunting* di level kabupaten/kota dan signifikan pada level 5%. Perubahan 1% perempuan yang melahirkan di fasilitas kesehatan berasosiasi dengan penurunan prevalensi *stunting* sebesar -0.132%. Hasil tersebut menunjukkan bahwa dengan melahirkan di fasilitas kesehatan potensi kelainan dan penyakit pada bayi bisa diketahui lebih awal sehingga dapat mendapatkan penanganan secepatnya.

Variabel sanitasi, cakupan rumah tangga yang memiliki sanitasi yang layak, memiliki asosiasi negatif dengan prevalensi *stunting* pada level signifikansi 1%. Perubahan cakupan

sanitasi layak sebesar 1% berhubungan negatif dengan 0.437% prevalensi *stunting* pada level kabupaten/kota. Ketika kabupaten/kota memiliki persentase rumah tangga yang memiliki sanitasi layak yang cukup tinggi, maka potensi penularan penyakit menular akibat lingkungan yang tidak bersih dapat diminimalkan. Dengan demikian, potensi balita *stunting* juga dapat diminimalkan.

Variabel indeks gini (*gini\_rescale*) memiliki hubungan yang signifikan pada level 1%. Koefisien *gini\_rescale* menunjukkan bahwa perubahan sebesar satu poin indeks gini *rescale* di level provinsi berhubungan dengan peningkatan prevalensi *stunting* di kabupaten/kota sebesar 2.800%. Hasil ini menunjukkan bahwa sebagai salah satu proksi kondisi ekonomi suatu wilayah, semakin besar ketimpangan pendapatan pada suatu daerah maka potensi terjadinya *stunting* pada anak akan semakin tinggi. Seperti penelitian Rawlings & Rubio (2005) dan Scheffler *et al.* (2021) yang menemukan bahwa kondisi keluarga yang secara sosial dan ekonomi kurang beruntung memiliki peluang yang lebih tinggi untuk memiliki anak yang *stunting* dibandingkan keluarga yang berkecukupan. Bahkan Hao *et al.* (2021) menemukan bahwa ketimpangan pendapatan dapat memperburuk kesehatan masyarakat.

Variabel persentase rumah tangga yang menerima Bantuan Pangan Non Tunai (*sbpnt*) memiliki hubungan negatif dengan prevalensi *stunting* dan signifikan pada level 1%. Koefisien variabel *sbpnt* sebesar -0.297 menunjukkan bahwa perubahan 1% cakupan BPNT berasosiasi dengan penurunan prevalensi *stunting* sebesar 0.297%. Hasil ini mendukung hasil lainnya yang terkait dengan asupan makanan pendamping ASI (MPASI) yang telah dibahas sebelumnya.

#### **4.4. Robustness Check**

##### **4.4.1 Uji Asumsi Model Hubungan Kebijakan Lokasi Prioritas Intervensi Gizi dan Prevalensi *Stunting***

Sebagai salah satu pengujian terhadap ketahanan model penelitian maka dilakukan analisis korelasi antar variabel untuk memastikan tidak ada korelasi yang tinggi antar variabel independen yang digunakan dalam model. Hasil uji korelasi menunjukkan bahwa hubungan antar variabel independen dalam model hubungan kebijakan lokasi prioritas intervensi gizi dan prevalensi *stunting* memiliki nilai tertinggi sebesar 0.7346, yaitu hubungan antara variabel buahsayur dan protein. Dengan demikian, berdasarkan *rule of thumb* korelasi <0.80 (Gujarati & Porter, 2013), dapat dikatakan bahwa tidak ada korelasi yang tinggi antar variabel independen yang dapat menyebabkan masalah multikolinearitas pada model.

Selain itu, uji heteroskedastisitas juga dilakukan untuk melihat sebaran data yang digunakan dalam model. Hasil uji tersebut menghasilkan *Prob>chi2* dengan nilai 0.0000 sehingga  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima, yang berarti bahwa terdapat masalah heteroskedastisitas dalam model. Oleh karena itu, untuk mengatasi masalah tersebut, digunakan *robust standard error* dalam model.

##### **4.4.2 Hubungan Kebijakan Lokasi Prioritas Intervensi Gizi dan Prevalensi *Stunting* dengan Variasi Periode Dampak**

Tabel 6 memperlihatkan hasil estimasi model utama dengan menggunakan beberapa variasi rentang waktu prevalensi *stunting* sebagai variabel dependen.

**Tabel 6. Hasil Estimasi dengan Variasi Periode Dampak**

Variabel	Variabel Dependen: <i>Stunting</i>	
	Tahun Berjalan (t)	Lag 1 Tahun (t+1)
	(1)	(2)
prioritas	-6.227*** (0.973)	-7.271*** (1.660)
Observations	1,512	1,008
R-squared	0.509	0.613
Number of idkabhk	504	504

Catatan: hasil regresi menggunakan semua kontrol, tetapi yang ditampilkan hanya variabel independen utama untuk menghemat tempat. Robust standard errors in parentheses. \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

Hasil pada kolom (1) merupakan hasil estimasi model dengan variabel dependen prevalensi *stunting* yang diukur pada tahun yang sama dengan penerapan kebijakan yang menunjukkan bahwa kebijakan lokasi prioritas berasosiasi negatif dengan prevalensi *stunting* dan signifikan pada level 1%. Sedangkan kolom (2) merupakan hasil regresi utama yang dianalisis dalam penelitian ini di mana variabel dependen prevalensi *stunting* yang diukur satu tahun setelah penerapan kebijakan. Berdasarkan kedua hasil tersebut, terlihat bahwa secara absolut koefisien variabel prioritas lebih besar ketika prevalensi *stunting* diukur satu tahun setelah penerapan kebijakan. Hasil tersebut menunjukkan bahwa pelaksanaan kebijakan intervensi gizi memiliki asosiasi dengan penurunan prevalensi *stunting* di level kabupaten kota lebih tinggi ketika penerapan kebijakan dilakukan lebih dari satu periode. Hasil ini didukung oleh penelitian King & Behrman (2009) dimana beberapa program kebijakan pemerintah memerlukan proses kumulatif untuk dapat dirasakan dampaknya.

#### **4.4.3 Hubungan Kebijakan Lokasi Prioritas Intervensi Gizi dan Prevalensi *Stunting* Berdasarkan Wilayah**

Untuk mengecek variasi hasil dari model estimasi hubungan kebijakan prioritas intervensi gizi dan prevalensi *stunting*, model utama diestimasi ulang menggunakan sub sampel Indonesia Barat, Tengah, dan Timur berdasarkan pembagian wilayah secara geografis Indonesia. Tabel 7 merupakan hasil estimasi regresi model dengan menggunakan semua kontrol, tetapi yang ditampilkan hanya variabel independen utama untuk menghemat tempat. Kolom (1) merupakan hasil estimasi utama penelitian ini yang digunakan sebagai perbandingan. Kolom (2) memperlihatkan hasil bahwa ketika kebijakan lokasi prioritas intervensi dilakukan di wilayah Indonesia Barat prevalensi *stunting* pada kabupaten/kota prioritas mengalami penurunan sebesar 4.132% tetapi hanya signifikan pada level 10%. Kolom (3) menunjukkan bahwa penerapan kebijakan di wilayah Indonesia Tengah berasosiasi dengan penurunan prevalensi *stunting* di level kabupaten/kota sebesar 10.98% dan signifikan pada level 1%. Sedangkan hasil pada kolom (4) menunjukkan bahwa kebijakan lokasi prioritas intervensi *stunting* di wilayah Indonesia Timur berasosiasi negatif dengan prevalensi *stunting* pada level 5% dengan koefisien sebesar 7.878%. Meskipun demikian, koefisien prioritas yang konsisten bernilai negatif menunjukkan bahwa kebijakan prioritas intervensi gizi berhubungan negatif dengan prevalensi *stunting* di level kabupaten/kota.



**Tabel 7. Hasil Estimasi Berdasarkan Wilayah**

Variabel	Variabel Dependen: <i>Stunting Lag 1 Tahun (t+1)</i>			
	Semua Wilayah (1)	Barat (2)	Tengah (3)	Timur (4)
prioritas	-7.271*** (1.660)	-4.132* (2.104)	-10.98*** (2.441)	-7.878** (3.721)
Observations	1,008	600	284	124
R-squared	0.613	0.671	0.739	0.771
Number of idkabhk	504	300	142	62

Catatan: hasil regresi menggunakan semua kontrol, tetapi yang ditampilkan hanya variabel independen utama untuk menghemat tempat.

Robust standard errors in parentheses. \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

Uji *robustness* berdasarkan wilayah ini menunjukkan bahwa persamaan estimasi penelitian ini sangat bergantung kepada karakteristik wilayah. Penetapan jumlah kabupaten/kota yang menjadi prioritas intervensi *stunting* juga disinyalir berdampak kepada signifikansi kebijakan prioritas intervensi per wilayah. Hasil estimasi penelitian per wilayah sejalan dengan hasil penelitian Bassett (2008) dan Fernald *et al.* (2008), di mana intervensi gizi di negara berkembang yang cenderung memiliki prevalensi *stunting* di atas rata-rata memberikan dampak yang besar dalam perbaikan gizi anak-anak. Pemanfaatan fasilitas dan layanan kesehatan di negara berkembang yang masih rendah menyebabkan program intervensi gizi menjadi lebih optimal dalam mendorong utilisasi faskes dan layanan kesehatan sehingga dapat menurunkan risiko *stunting*.

Akan tetapi, hasil regresi per wilayah bertentangan dengan penelitian Leroy *et al.* (2018), dimana program penurunan *stunting* berdampak signifikan pada sampel dengan karakteristik sosial ekonomi yang lebih baik. Ketika karakteristik awal dari sampel intervensi sudah lebih baik dalam hal ekonomi, sosial, dan pendidikan, akan lebih mudah bagi pemerintah untuk mengimplementasikan kebijakan. Perbedaan dampak kebijakan berdasarkan wilayah mengharuskan pemerintah Indonesia untuk lebih memperhatikan pemerataan distribusi sumber daya kesehatan dan pengaturan kebijakan yang berbeda sesuai dengan karakteristik wilayahnya.

## 5. KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Secara nasional, kebijakan lokasi prioritas intervensi *stunting* berasosiasi negatif dengan prevalensi *stunting* level kabupaten/kota. Pada kabupaten/kota yang menjadi prioritas intervensi, prevalensi *stunting* turun 7.271% lebih besar dibandingkan prevalensi *stunting* di kabupaten/kota non prioritas. Sedangkan berdasarkan pembagian wilayah, kebijakan lokasi prioritas intervensi gizi konsisten berasosiasi negatif dengan prevalensi *stunting* di level kabupaten/kota pada semua wilayah di Indonesia. Penelitian ini dapat membuktikan bahwa dengan adanya kebijakan intervensi gizi, terutama dengan pelaksanaan prioritas lokasi intervensi gizi, kabupaten/kota yang menjadi prioritas mengalami penurunan prevalensi *stunting* yang lebih dalam dibandingkan kabupaten/kota non-prioritas.

Berdasarkan hasil penelitian ini, saran kebijakan yang dapat dilakukan oleh pemerintah antara lain adalah peningkatan cakupan lokasi prioritas intervensi *stunting* terutama di wilayah Indonesia Tengah dan Timur. Selain itu, modifikasi pelaksanaan kebijakan intervensi *stunting*

yang disesuaikan dengan karakteristik wilayah dapat dilakukan untuk meningkatkan dampak dari kebijakan intervensi gizi dalam menurunkan prevalensi *stunting*.

Ruang lingkup dan sampel penelitian ini terbatas karena sifat kebijakan publik dan dampak dari *stunting* yang tidak dapat terlihat dalam waktu seketika. Selain itu, variabel kontrol sebagai proksi kinerja dan akuntabilitas pemerintah dalam implementasi kebijakan serta input sumber daya manusia dalam sektor kesehatan belum dimasukkan dalam model penelitian ini. Oleh karena itu, untuk menutup *research gap* dari penelitian ini, penelitian selanjutnya dapat dilakukan dengan menggunakan unit analisis lebih kecil, misalnya level desa atau rumah tangga, sampel dengan periode waktu yang lebih panjang, serta penambahan variabel kontrol yang terkait dengan akuntabilitas pemerintah dan *input* sumber daya manusia di sektor kesehatan akan membuat analisis kebijakan lebih komprehensif.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Ahmed, T., Hossain, M., & Sanin, K. I. (2012). Global burden of maternal and child undernutrition and micronutrient deficiencies. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 61(suppl 1), 8–17. <https://doi.org/10.1159/000345165>
- Alatas, V. (2011). Program Keluarga Harapan - Main Findings from the Impact Evaluation of Indonesia's Pilot Household Conditional Cash Transfer Program. In *World Bank Documents* (Issue June).
- Alderman, H., & Headey, D. (2018). The timing of growth faltering has important implications for observational analyses of the underlying determinants of nutrition outcomes. *PLoS ONE*, 13(4), 1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195904>
- Alderman, H., Hoddinott, J., & Kinsey, B. (2006). Long-Term Consequences of Early Childhood Malnutrition. *Oxford Economic Papers*, 58(3), 450–474. <https://econpapers.repec.org/RePEc:oup:oxecpp:v:58:y:2006:i:3:p:450-474>
- Andersen, C. T., Reynolds, S. A., Behrman, J. R., Crookston, B. T., Dearden, K. A., Escobal, J., Mani, S., Sánchez, A., Stein, A. D., & Fernald, L. C. (2015). Participation in the Juntos Conditional Cash Transfer Program in Peru Is Associated with Changes in Child Anthropometric Status but Not Language Development or School Achievement. *The Journal of Nutrition*, 145(10), 2396–2405. <https://doi.org/10.3945/jn.115.213546>
- Arends, H. (2017). More with Less? Fiscal Decentralisation, Public Health Spending and Health Sector Performance. *Swiss Political Science Review*, 23(2), 144–174. <https://doi.org/10.1111/spsr.12242>
- Asfaw, A., Frohberg, K., James, K. S., & Jutting, J. (2017). Fiscal Decentralization and Infant Mortality : Empirical Evidence from Rural India. *The Journal of Developing Areas*, 41(1), 17–35.
- Badan Pusat Statistik. (2020). *Profil Anak Usia Dini 2020*.
- Bassett, L. (2008). Can Conditional Cash Transfer Programs Play a Greater Role in Reducing Child Undernutrition ? *World Bank Social Policy Discussion Paper*, 835, 1–84.
- Beal, T., Tumilowicz, A., Sutrisna, A., Izwardy, D., & Neufeld, L. M. (2018). A review of child stunting determinants in Indonesia. *Maternal and Child Nutrition*, 14(4), 1–10. <https://doi.org/10.1111/mcn.12617>
- Boissiere, M., Knight, J. B., & Sabot, R. H. (1985). Earnings, Schooling, Ability, and Cognitive Skills. *The American Economic Review*, 75(5), 1016–1030.

- Bueno, N. B., Lisboa, C. B., Clemente, A. G., Antunes, R. T., Sawaya, A. L., & Florêncio, T. T. (2018). Effectiveness of a stunting recovery program for children treated in a specialized center. *Pediatric Research*, 83(4), 851–857. <https://doi.org/10.1038/pr.2017.321>
- Cahyadi, N., Hanna, R., Olken, B., Prima, R. A., Satriawan, E., & Syamsulhakim, E. (2018). Cumulative Impacts of Conditional Cash Transfer Programs: Experimental Evidence from Indonesia. *NBER Working Paper*, 24670(May), Article 4. <https://doi.org/10.3386/w24670>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *Infant and Toddler Nutrition*. Cdc.Gov. <https://www.cdc.gov/nutrition/InfantandToddlerNutrition/foods-and-drinks/foods-and-drinks-to-limit.html>
- de Onis, M., & Branca, F. (2016). Childhood stunting: A global perspective. *Maternal and Child Nutrition*, 12, 12–26. <https://doi.org/10.1111/mcn.12231>
- Ditjen Bina Bangda Kemendagri. (2021). *Dashboard Bangda – Monitoring Pelaksanaan Aksi Konvergensi Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi*. Aksi.Bangda.Kemendagri.Go.Id. <https://aksi.bangda.kemendagri.go.id/emonev/DashTop>
- Fahmida, U., Htet, M. K., Ferguson, E., Do, T. T., Buanasita, A., Titaley, C., Alam, A., Sutrisna, A., Li, M., Ariawan, I., & Dibley, M. J. (2020). Effect of an integrated package of nutrition behavior change interventions on infant and young child feeding practices and child growth from birth to 18 months: Cohort evaluation of the baduta cluster randomized controlled trial in east Java, Indonesia. *Nutrients*, 12(12), 1–16. <https://doi.org/10.3390/nu12123851>
- Fernald, L. C., Gertler, P. J., & Neufeld, L. M. (2008). Role of cash in conditional cash transfer programmes for child health, growth, and development: an analysis of Mexico's Oportunidades. *The Lancet*, 371(9615), 828–837. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60382-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60382-7)
- Grossman, M. (1972). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*, 80(2), 223–255. <https://doi.org/10.1086/259880>
- Gujarati, D. N., & Porter, D. C. (2013). *Basic Econometrics* (5th ed.). McGraw-Hill/Irwin.
- Hao, Y., Liu, J., Lu, Z. N., Shi, R., & Wu, H. (2021). Impact of income inequality and fiscal decentralization on public health: Evidence from China. *Economic Modelling*, 94(November 2019), 934–944. <https://doi.org/10.1016/j.econmod.2020.02.034>
- Hathi, P., Haque, S., Pant, L., Coffey, D., & Spears, D. (2017). Place and Child Health: The Interaction of Population Density and Sanitation in Developing Countries. *Demography*, 54(1), 337–360. <https://doi.org/10.1007/s13524-016-0538-y>
- Headey, D., & Palloni, G. (2019). Water, Sanitation, and Child Health: Evidence From Subnational Panel Data in 59 Countries. *Demography*, 56(2), 729–752. <https://doi.org/10.1007/s13524-019-00760-y>
- Hoddinott, J., Alderman, H., Behrman, J. R., Haddad, L., & Horton, S. (2013). The economic rationale for investing in stunting reduction. *Maternal and Child Nutrition*, 9(S2), 69–82. <https://doi.org/10.1111/mcn.12080>
- Irianti, S., Prasetyoputra, P., Dharmayanti, I., Azhar, K., & Hidayangsih, P. S. (2019). The role of drinking water source, sanitation, and solid waste management in reducing childhood stunting in Indonesia. *IOP Conference Series: Earth and Environmental Science*, 344(1). <https://doi.org/10.1088/1755-1315/344/1/012009>

- James, A. (1997). Beyond the market in public service. *Journal of Management in Medicine*, 11(1), 43–50. <https://doi.org/10.1108/02689239710159044>
- Jarquín, C., Arnold, B. F., Muñoz, F., Lopez, B., Cuéllar, V. M., Thornton, A., Patel, J., Reyes, L., Roy, S. L., Bryan, J. P., McCracken, J. P., & Colford, J. M. (2016). Population density, poor sanitation, and enteric infections in Nueva Santa Rosa, Guatemala. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 94(4), 912–919. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.15-0555>
- Jiménez-Rubio, D. (2011). The impact of decentralization of health services on health outcomes: Evidence from Canada. *Applied Economics*, 43(26), 3907–3917. <https://doi.org/10.1080/00036841003742579>
- Kaimila, Y., Divala, O., Agapova, S. E., Stephenson, K. B., Thakwalakwa, C., Trehan, I., Manary, M. J., & Maleta, K. M. (2019). Consumption of animal-source protein is associated with improved height-for-age Z scores in rural malawian children aged 12–36 months. *Nutrients*, 11(2), 1–21. <https://doi.org/10.3390/nu11020480>
- Kandpal, E., Alderman, H., Friedman, J., Filmer, D., Onishi, J., & Avalos, J. (2016). A Conditional Cash Transfer Program in the Philippines Reduces Severe Stunting. *The Journal of Nutrition*, 146(9), 1793–1800. <https://doi.org/10.3945/jn.116.233684>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Buletin Stunting. *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*, 301(5), 1163–1178.
- King, E. M., & Behrman, J. R. (2009). Timing and duration of exposure in evaluations of social programs. *World Bank Research Observer*, 24(1), 55–82. <https://doi.org/10.1093/wbro/lkn009>
- Kusuma, D., McConnell, M., Berman, P., & Cohen, J. (2017). The impact of household and community cash transfers on children's food consumption in Indonesia. *Preventive Medicine*, 100, 152–158. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.04.020>
- Leroy, J. L., Olney, D., & Ruel, M. (2018). Tubaramure, a food-assisted integrated health and nutrition program, reduces child stunting in burundi: A cluster-randomized controlled intervention trial. *Journal of Nutrition*, 148(3), 445–452. <https://doi.org/10.1093/jn/nxx063>
- Malcolm, L. A. (1969). Growth retardation in a New Guinea boarding school and its response to supplementary feeding. *The British Journal of Nutrition*, 24(297), 297–305.
- Mary, S. (2018). How Much Does Economic Growth Contribute to Child Stunting Reductions? *Economies*, 6(4). <https://doi.org/10.3390/economies6040055>
- Memon, Z. A., Muhammad, S., Soofi, S., Khan, N., Akseer, N., Habib, A., & Bhutta, Z. (2020). Effect and feasibility of district level scale up of maternal, newborn and child health interventions in Pakistan: A quasi-experimental study. *BMJ Open*, 10(7). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036293>
- Millward, D. J. (2017). Nutrition, infection and stunting: The roles of deficiencies of individual nutrients and foods, and of inflammation, as determinants of reduced linear growth of children. *Nutrition Research Reviews*, 30(1), 50–72. <https://doi.org/10.1017/S0954422416000238>
- Moreno-Macías, L., Palma-Solís, M., & Zapata-Vázquez, R. E. (2013). The impact of public expenditure on undernourishment distribution in Mexico. *Global Health Promotion*, 20(3), 25–37. <https://doi.org/10.1177/1757975913499035>

- Nachvak, S. M., Sadeghi, O., Moradi, S., Esmailzadeh, A., & Mostafai, R. (2020). Food groups intake in relation to stunting among exceptional children. *BMC Pediatrics*, 20(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12887-020-02291-7>
- Olken, B., Onishi, J., & Wong, S. (2012). *Indonesia's PNPM Generasi Program: Final Impact Evaluation Report*.
- Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 18 Tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2020-2024, Pub. L. No. Perpres No 18 Tahun 2020 (2020). <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjWxrKeif7eAhVYfysKHcHWAOWQFjAAegQICRAC&url=https%3A%2F%2Fwww.ojk.go.id%2Fid%2Fkanal%2Fpasar-modal%2Fregulasi%2Fundang-undang%2FDocuments%2FPages%2Fundang-undang-nomo>
- Pindyck, R. S., & Rubinfeld, D. L. (2013). *Microeconomics*, 8th Edition. In S. Yagan & D. Battista (Eds.), *Prentice Hall* (8th ed., Vol. 7, Issue 2). The Pearson.
- Rabaoarisoa, C. R., Rakotoarison, R., Rakotonirainy, N. H., Mangahasimbola, R. T., Randrianarisoa, A. B., Jambou, R., Vigan-Womas, I., Piola, P., & Randremanana, R. V. (2017). The importance of public health, poverty reduction programs and women's empowerment in the reduction of child stunting in rural areas of Moramanga and Morondava, Madagascar. *PLoS ONE*, 12(10), 1–19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186493>
- Raihan, M. J., Farzana, F. D., Sultana, S., Haque, M. A., Rahman, A. S., Waid, J. L., McCormick, B., Choudhury, N., & Ahmed, T. (2017). Examining the Relationship between Socioeconomic Status, WASH Practices and Wasting. *PLoS ONE*, 12(3), 1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172134>
- Rawlings, L. B., & Rubio, G. M. (2005). Evaluating the impact of conditional cash transfer programs. *World Bank Research Observer*, 20(1), 29–55. <https://doi.org/10.1093/wbro/lki001>
- Remans, R., Pronyk, P. M., Fanzo, J. C., Chen, J., Palm, C. A., Nemser, B., Muniz, M., Radunsky, A., Abay, A. H., Coulibaly, M., Mensah-Homiah, J., Wagah, M., An, X., Mwaura, C., Quintana, E., Somers, M. A., Sanchez, P. A., Sachs, S. E., McArthur, J. W., & Sachs, J. D. (2011). Multisector intervention to accelerate reductions in child stunting: An observational study from 9 sub-Saharan African countries. *American Journal of Clinical Nutrition*, 94(6), 1632–1642. <https://doi.org/10.3945/ajcn.111.020099>
- Savica Public Health & Communication Consultancy. (2017). *Monitoring and Evaluation of PKH Prestasi Pilot Project Brebes, Central Java*.
- Scheffler, C., Hermanussen, M., Soegianto, S. D. P., Homalessy, A. V., Touw, S. Y., Angi, S. I., Ariyani, Q. S., Suryanto, T., Matulelessy, G. K. I., Fransiskus, T., Safira, A. V. C., Puteri, M. N., Rahmani, R., Ndaparoka, D. N., Payong, M. K. E., Indrajati, Y. D., Purba, R. K. H., Manubulu, R. M., Julia, M., & Pulungan, A. B. (2021). Stunting as a synonym of social disadvantage and poor parental education. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1–13. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031350>
- Sekretariat Wakil Presiden, & Kemenko Bidang PMK. (2019). *Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (Stunting)*. Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia.
- Simbolon, D., Astuti, W. D., & Andriani, L. (2015). Pelayanan Kesehatan , dan Kehamilan Risiko Tinggi ter- hadap Prevalensi Panjang Badan Lahir Pendek Mechanism of Socio-Economic ,

- Health Services Use and High Risk Pregnancy Relations to The Prevalence of Short Birth Length. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 9(3), 235–242.
- Sparrow, R., Suryahadi, A., & Widyanti, W. (2013). Social health insurance for the poor: Targeting and impact of Indonesia's Askeskin programme. *Social Science and Medicine*, 96, 264–271. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.09.043>
- Ssentongo, P., Ba, D. M., Ssentongo, A. E., Fronterre, C., Whalen, A., Yang, Y., Ericson, J. E., & Chinchilli, V. M. (2020). Association of vitamin A deficiency with early childhood stunting in Uganda: A populationbased cross-sectional study. *PLoS ONE*, 15(5), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233615>
- Stewart, C. P., Iannotti, L., Dewey, K. G., Michaelsen, K. F., & Onyango, A. W. (2013). Contextualising Complementary Feeding in a Broader Framework for Stunting Prevention. *Maternal and Child Nutrition*, 9(S2), 27–45. <https://doi.org/10.1111/mcn.12088>
- Weimer, D. L., & Vining, A. R. (2016). Policy Analysis 5th Edition. In *Journal of Chemical Information and Modeling* (5th ed., Vol. 53, Issue 9). Pearson Education, Inc.
- WHO. (2009). Infant and Young Child Feeding Model Chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. In *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*. [https://doi.org/10.1659/0276-4741\(2004\)024\[0019:MDFR\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.1659/0276-4741(2004)024[0019:MDFR]2.0.CO;2)
- World Health Organization. (2010). *The Landscape Analysis Indonesian Country Assessment* (Issue September).