

**DETERMINASI EKONOMI, SOSIAL DAN KESEHATAN DALAM  
PENGENTASAN STUNTING DI PROVINSI LAMPUNG**

**(Disertasi)**

**Oleh:**

**Husna Purnama**  
1831041003



**PROGRAM STUDI DOKTOR ILMU EKONOMI  
FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS  
UNIVERSITAS LAMPUNG  
BANDAR LAMPUNG  
2025**

## ABSTRAK

### DETERMINASI EKONOMI, SOSIAL DAN KESEHATAN DALAM PENGENTASAN STUNTING DI PROVINSI LAMPUNG

Oleh  
HUSNA PURNAMA

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh dimensi ekonomi, sosial, dan kesehatan terhadap keluarga berisiko stunting di Provinsi Lampung, serta menguji peran moderasi intervensi anggaran Pemerintah. Pendekatan yang digunakan adalah kuantitatif deskriptif dengan data panel sekunder dari 15 kabupaten/kota selama periode 2020-2024. Analisis dilakukan menggunakan metode *Moderated Regression Analysis* (MRA). Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada dimensi ekonomi, variabel pendapatan dan tabungan memiliki pengaruh negatif terhadap risiko stunting, sedangkan tidak memiliki pendapatan, tidak memiliki tabungan, dan tinggal di rumah sewa/kontrak berpengaruh positif. Pada dimensi sosial, kepala keluarga yang tamat sekolah berpengaruh negatif, sementara yang tidak tamat sekolah dan pola asuh (baik oleh pasutri maupun non-pasutri) tidak menunjukkan pengaruh. Di dimensi kesehatan, kepemilikan BPJS dan akses layanan antenatal berdampak negatif terhadap risiko stunting, sedangkan usia ibu saat melahirkan (baik muda, tua, maupun ideal) serta tidak memiliki BPJS berpengaruh positif. Seluruh dimensi menunjukkan pengaruh yang dimoderasi secara signifikan oleh anggaran stunting, khususnya pada dimensi ekonomi dan kesehatan. Temuan ini memperkuat pentingnya peran intervensi pemerintah dalam mendukung keluarga miskin melalui kebijakan berbasis bukti untuk menurunkan prevalensi stunting secara berkelanjutan di tingkat lokal.

**Kata Kunci:** Stunting, Ekonomi, Sosial, Kesehatan, Anggaran, MRA

## **ABSTRACT**

### **ECONOMIC, SOCIAL, AND HEALTH DETERMINANTS IN STUNTING REDUCTION IN LAMPUNG PROVINCE**

**By  
HUSNA PURNAMA**

This study aims to analyze the influence of economic, social, and health dimensions on families at risk of stunting in Lampung Province, as well as to examine the moderating role of government budget intervention. A descriptive quantitative approach was employed using secondary panel data from 15 districts/cities over the period 2020-2024. The analysis was conducted using the Moderated Regression Analysis (MRA) method. The results indicate that in the economic dimension, income and savings have a negative effect on stunting risk, while lack of income, absence of savings, and living in rented or contracted housing show a positive effect. In the social dimension, heads of households who have completed formal education negatively influence stunting risk, whereas those who have not graduated and child-rearing patterns (by couples or non-couples) show no significant effect. In the health dimension, ownership of BPJS (Indonesia's national health insurance) and access to antenatal care services reduce the risk of stunting. Conversely, maternal age at childbirth (whether young, old, or within the ideal range) and lack of BPJS coverage positively affect the risk. All dimensions are significantly moderated by government stunting budget interventions, particularly in the economic and health domains. These findings highlight the crucial role of government intervention in supporting low-income families through evidence-based policies to sustainably reduce stunting prevalence at the local level.

**Keywords:** Stunting, Economy, Social, Health, Budget, MRA

**DETERMINASI EKONOMI, SOSIAL DAN KESEHATAN DALAM  
PENGENTASAN STUNTING DI PROVINSI LAMPUNG**

**Oleh:**

**Husna Purnama**

**Disertasi**

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Doktor  
**ILMU EKONOMI**

Pada

Program Studi Doktor Ilmu Ekonomi  
Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Lampung



**PROGRAM STUDI DOKTOR ILMU EKONOMI  
FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS  
UNIVERSITAS LAMPUNG  
BANDAR LAMPUNG  
2025**

## LEMBAR PERSETUJUAN DISERTASI

Judul Disertasi : Determinasi Ekonomi, Sosial Dan Kesehatan  
Dalam Pengentasan Stunting di Provinsi Lampung

Nama Mahasiswa : Husna Purnama

Nomor Pokok Mahasiswa : 1831041003

Peminatan : Ekonomi Perencanaan

Program Studi : Doktor Ilmu Ekonomi

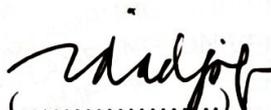
Fakultas : Fakultas Ekonomi dan Bisnis



Prof. Dr. Toto Gunarto, S.E., M.Si. Promotor  
NIP. 195603251983031002

  
(.....)

Dr. Ida Budiarty DA, S.E., M.Si. Promotor  
NIP. 196303251987032001

  
(.....)

Ketua Program Doktor Ilmu Ekonomi,

  
Prof. Yuliansyah, S.E., M.S.A., Ph.D., Akt.  
NIP. 197307231990031002

## MENGESAHKAN

### 1. Tim Penguji

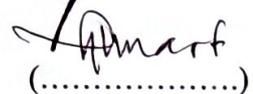
Ketua : **Prof. Dr. Ayi Ahadiat, S.E., M.B.A.**  
(Wakil Rektor Bidang Perencanaan, Kerja Sama,  
dan TIK Universitas Lampung)



Sekretaris : **Prof. Yuliansyah, S.E., M.S.A., Ph.D., Akt.**  
(Ketua Program Doktor Ilmu Ekonomi FEB  
Universitas Lampung)



Promotor : **Prof. Dr. Toto Gunarto, S.E., M.Si.**



Co Promotor: **Dr. Ida Budiarty DA, S.E., M.Si.**



### Penguji Luar Komisi

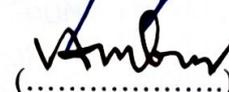
1) **Prof. Dr. Nairobi, S.E., M.Si.**  
(Dekan FEB Universitas Lampung)



2) **Dr. Heni Noviarita, S.E., M.Si.**  
(Penguji Luar Komisi Pembimbing-Eksternal)



3) **Prof. Dr. Ambya, S.E., M.Si.**  
(Penguji Luar Komisi Pembimbing-Internal)



4) **Dr. I Wayan Suparta, S.E., M.Si.**  
(Penguji Luar Komisi Pembimbing-Internal)



### 2. Dekan Fakultas Ekonomi dan Bisnis

**Prof. Dr. Nairobi, S.E., M.Si.**  
NIP. 196606211990031003



### 3. Direktur Program Pascasarjana Universitas Lampung

**Prof. Dr. Ir. Murhadi, M.Si.**  
NIP. 196403261989021001



Tanggal Lulus Ujian Disertasi : 11 Juni 2025

## SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Husna Purnama  
NPM : 1831041003  
Fakultas : Ekonomi dan Bisnis  
Program Studi : Doktor Ilmu Ekonomi  
Judul Disertasi : Determinasi Ekonomi, Sosial dan Keseharan Dalam  
Pengentasan Stunting di Provinsi Lampung

Dengan ini menyatakan bahwa:

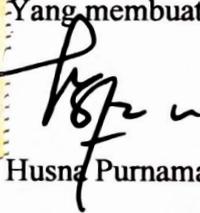
1. Hasil penelitian/Disertasi serta informasi atau data adalah benar merupakan hasil karya dan belum di ajukan dalam bentuk apapun kepada perguruan tinggi manapu. Semua sumber data dan informasi yang berasal atau dikutip dari karya yang diterbitkan dari penulis lain telah dicantumkan dalam daftar Pustaka dibagian akhir penelitian/disertasi.
2. Menyerahkan sepenuhnya hasil penelitian saya dalam bentuk *hardcopy* dan *softcopy* untuk dipublikasikan kepada media cetak ataupun elektronik pada Program Studi Doktoral Ilmu Ekonomi Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Lampung.
3. Tidak akan menuntut ataupun mengganti rugi dalam bentuk apapun atas segala sesuatu yang dilakukan oleh Program Studi Doktor Ilmu Ekonomi Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Lampung terhadap hasil penelitian/disertasi saya.
4. Apabila di kemudian hari ternyata penulisan disertasi ini merupakan hasil plagiat/penjiplakan terhadap karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi hukum yang berlaku di Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bandar Lampung, 15 Juni 2025



Yang membuat pernyataan,

  
Husna Purnama

## HUSNA PURNAMA, S.E., M.E.P.



Dilahirkan pada Tanggal 08 Januari 1965 bertempat di Tanjung Karang. Merupakan anak dari Bapak (Alm) H. Muhammad Alamsyah dan Ibu (Almh) Hj. Robiah Hadi. Penulis merupakan anak kedua dari lima bersaudara. Pendidikan Sekolah Dasar ditempuh di SD Negeri 5, melanjutkan ke MTsN 1 dan melanjutkan ke SMAN 1 Bandar Lampung. Pendidikan Sarjana telah diselesaikan Penulis pada Tahun 1989 di Fakultas Ekonomi Program Studi Ilmu Ekonomi & Studi Pembangunan Universitas Lampung. Selanjutnya Penulis meneruskan Pendidikan pada Program Pasca Sarjana Fakultas Pertanian Program Studi Agribisnis. Pada Tahun 2018 Penulis menempuh Pendidikan S3 Ilmu Ekonomi pada Program Doktor Ilmu Ekonomi Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Lampung.

Saat ini Penulis sebagai Dosen Tetap di Fakultas Ekonomi Universitas Sang Bumi Ruwa Jurai Lampung. Penulis memiliki Suami (Alm) Prof. Dr. Eddy Rifai, S.H., M.H., Tiga Orang Anak Bernama (Alm) Tomi Pasca Rifai, S.H., M.H., Akbar Prima Rifai, S.T., M.T. dan dr. Nurul Purna Mahardika, S.Ked., M.H. Penulis pernah menjabat sebagai Wakil Rektor I, II dan II serta pernah menjadi Wakil Dekan III, Wakil Dekan II, Wakil Dekan I dan Dekan Fakultas Ekonomi Universitas Sang Bumi Ruwa Jurai Lampung.

## KARYA ILMIAH

No	Judul Penelitian	Jurnal	URL
	<b>2025</b>		
1	<i>Factors of Economic Dimension on Stunting In Lampung Province Indonesia</i>	Journal of Tianjin University Science and Technology	<a href="https://tianjindaxuexuebao.com/details.php?id=DOI:10.5281/zenodo.14997622">https://tianjindaxuexuebao.com/details.php?id=DOI:10.5281/zenodo.14997622</a>
2	<i>Effects Of Energy Consumption, Economic Growth And Urbanization On Indonesian Environmental Quality</i> Husna Purnama, Toto Gunarto, Ida Budiarty	<i>International Journal of Energy Economics and Policy</i> , 2020, 10(6), 580-587. ISSN: 2146-4553	<a href="https://www.econjournal.com/index.php/ijeep/article/view/10586">https://www.econjournal.com/index.php/ijeep/article/view/10586</a>
3	<i>Determinant Factors of Stunting Conditions on Indonesian Economic Growth</i>	<i>Book The Future Opportunities and Challenges of Business in</i>	<a href="https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.1201/9780367853778-18/determinant-factors-">https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.1201/9780367853778-18/determinant-factors-</a>

	Husna Purnama	<i>Digital Era 4.0</i> Edition 1st Edition First Published 2020 Imprint Routledge Pages 4 eBook ISBN 9780367853778	stunting-conditions-indonesian-economic-growth-husna-purnama
4	<i>The Influence Of Mass Media On Traffic Awareness Consciousness And Transportation In The City Of Bandar Lampung</i>  Eddy Rifai, Husna Purnama, Nila Sari Dewi, Akbar Prima Rifai	PROCEEDING (I-COFFEES) Bandar Lampung 7 September 2018	<a href="http://repository.lppm.unila.ac.id/10696/2/Proceeding%20i-coffees%202018_final%20edition.pdf">http://repository.lppm.unila.ac.id/10696/2/Proceeding%20i-coffees%202018_final%20edition.pdf</a>
5.	Penyuluhan Motivasi Kewirausahaan Bagi Masyarakat Desa Fajar Baru, Lampung Selatan  Husna Purnama, Maria Elina, Bustami Zainudin, Ahmad Hudalil, Syara Purnama Sari	Vol. 5 No. 1 (2024) Jurnal Abdi Masyarakat Saburai (JAMS)	<a href="https://jurnal.saburai.id/index.php/JAMS/article/view/3250">https://jurnal.saburai.id/index.php/JAMS/article/view/3250</a>
6.	Pelatihan Produk Turunan Tapis di Bandar Lampung  Husna Purnama, Ani Pujiati, Nila Sari Dewi	Vol. 1 No. 12 (2023) EJOIN : Jurnal Pengabdian Masyarakat	<a href="https://ejournal.nusantara.global.ac.id/index.php/ejoin/article/view/2004">https://ejournal.nusantara.global.ac.id/index.php/ejoin/article/view/2004</a>
7	Pelatihan Kewirausahaan Bagi Warga Desa Ponco Kresno Kecamatan Negeri Katon Kabupaten Pesawaran Sebagai Upaya Menumbuhkan Jiwa Kewirausahaan Dan Menggali Ide Usaha Baru  Husna Purnama, Bustami Z, Ahmaludin Ahmaludin, Iskandar Z. Hifni, Gunawan Solo	Vol. 1, No. 4 (2023) <i>Devotion: Journal Corner of Community Service</i>	<a href="https://journal.jcopublishing.com/index.php/devotion/article/view/202">https://journal.jcopublishing.com/index.php/devotion/article/view/202</a>
8.	Pengaruh Kepemimpinan Terhadap Disiplin Kerja Pegawai Pada Kantor Dinas Tenaga Kerja Kabupaten Lampung Tengah  Husna Purnama, Beti Darmaya Putri, Septa Riady, Meilinda Safitri, Nila Sari Dewi	Vol. 6, No. 4 (2022) JMMS-Jurnal Manajemen Mandiri Saburai	<a href="https://jurnal.saburai.id/index.php/jmms/article/view/2059">https://jurnal.saburai.id/index.php/jmms/article/view/2059</a>
9	Korelasi Komitmen Pegawai Dengan	Vol 5, No 1 (2021)	<a href="https://jurnal.saburai.id/index.php/jmms/article/vi">https://jurnal.saburai.id/index.php/jmms/article/vi</a>

	Efektivitas Organisasi Pada Unit Pelaksana Teknis Daerah Pendapatan <i>Husna Purnama, Nuzleha Nuzleha, Wahyuno</i>	JMMS - Jurnal Manajemen Mandiri Saburai	ew/1244
10.	Analisis Gaya Kepemimpinan Dan Kompensasi Terhadap Kinerja Dosen Di Sekolah Tinggi Ilmu Tarbiah (Stit) Pringsewu Lampung	ISSN = 2621-7937 Jurnal Ilmu Manajemen Saburai Vol 5, No 2, 2019	<a href="http://www.jurnal.saburai.ac.id/index.php/JIMS/article/view/669">http://www.jurnal.saburai.ac.id/index.php/JIMS/article/view/669</a>
11.	<i>Wilcoxon Analysis To Compare The Open Unemployment Rate (Our) In Indonesia Before And After Implementation Of The Asean Economic Community (Aec)</i>	Proceeding ICSTIEM 2017	<a href="http://www.jurnal.saburai.ac.id/index.php/ICSTIEM/article/view/202">http://www.jurnal.saburai.ac.id/index.php/ICSTIEM/article/view/202</a>

#### KARYA BUKU

No	Jenis Ciptaan	ISBN	Penerbit
1	Teori Ekonomi	ISBN: 978-623-93408-6-5	Saburai Press
2	Investasi Masa Depan: Mengatasi Stunting	ISBN: 978-623-5867-5-4-0	Darmajaya (DJ) Press

Demikian Biodata ini Saya buat dengan sebenarnya.

Bandar Lampung, 27 Mei 2025  
Yang Menyatakan

**Husna Purnama**

## **PERSEMBAHAN**

Ayah Hi. M. Alamsyah (alm), Amak Hj. Robiah Hadi Nuraini (Almh), Suami Prof. Dr.H. Eddy Rifai, S.H., M.H (Alm). Putra Pertama, Tomy Pasca Rifai, S.H., M.H (Alm), Putra ke-2, Akbar Prima Rifai, S.T., M.T, Putri Bungsu: dr. Nurul Purna Mahardika, S.Ked., M.H. Menantu Ario, S.STP., M.Tr.IP, Mia Puspitasari, M.Kes, Cucu Arcelio Daffa Nurrayyan, Adik Bungsu, Kolonel. Inf. H. Iskandar, S.H., M.Han, Pamanda Dr. H. Bukhari Muslim, LC., MA. Holati, Hj. Urwaty Hadi Nuraini, M.Pd.I

## SANWACANA

Assalamualaikum, wr. wb,

Alhamdulillahirobbilalamin, puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT, atas rahmat dan hidayah-Nya, penulis dapat menyelesaikan disertasi dengan judul **“Determinasi Ekonomi, Sosial dan Keseharan Dalam Pengentasan Stunting di Provinsi Lampung”**.

Penulisan disertasi ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh gelar Doktor Ilmu Ekonomi, Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Lampung

Penulis memperoleh bimbingan dan arahan dari berbagai pihak dalam proses penyelesaian skripsi. Sehingga atas kesempatan serta kerendahan hati penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Prof. Dr. Ir. Lusmeilia Afriani, D.E.A., I.P.M. selaku Rektor Universitas Lampung.
2. Bapak Prof. Dr. Ayi Ahadiat, S.E., M.B.A. selaku Wakil Rektor Bidang Perencanaan, Kerjasama, dan Teknologi Informasi Universitas Lampung.
3. Bapak Dr. Nairobi, S.E., M.Si. selaku Dekan Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Lampung yang telah memberikan motivasi dan arahan dalam penulisan disertasi.
4. Bapak Prof. Yuliansyah, S.E., M.S.A., Ph.D., Akt. selaku Ketua Program Studi Doktor Ilmu Ekonomi Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Lampung yang telah memberikan doa dan dukungan dalam membimbing penulis dalam menyelesaikan disertasi ini.
5. Prof. Dr. Toto Gunarto, S.E., M.Si. selaku Promotor yang telah sabar membantu, memberikan arahan, masukan dan terus memberikan inspirasi dan motivasi untuk dapat menyelesaikan disertasi dengan segera dan berkualitas.

6. Dr. Ida Budiarty DA, S.E., M.Si. selaku Co Promotor yang telah memberikan doa dan dukungan serta menjadi teman diskusi terbaik setiap waktu untuk peningkatan kualitas dari disertasi ini.
7. Ibu Dr. Heni Noviarita, S.E., M.Si. selaku Penguji Luar Komisi Pembimbing-Eksternal yang sudah membantu mengulas dan memberikan saran yang sangat bermanfaat dalam peningkatan substansi disertasi ini.
8. Bapak Prof. Dr. Ambya, S.E., M.Si. selaku Penguji Luar Komisi Pembimbing-Internal yang telah memberikan saran, doa dan motivasi dalam menyelesaikan disertasi ini.
9. Bapak Dr. I Wayan Suparta, S.E., M.Si. selaku Penguji Luar Komisi Pembimbing-Internal yang telah memberikan motivasi dan saran terbaik untuk menyelesaikan disertasi ini.
10. Ibu Anisa Kuswandari Banuwa, M. Psi, Psikolog sebagai ketua Tim Kerja Data dan Teknologi Informasi BKKBN Provinsi Lampung, yang ikut mendukung lancarnya proses penyelesaian disertasi ini.
11. Ketu Pembina Yayasan Pendidikan Saburai H. Hertanto Roestyono, S.E, M.M, beserta seluruh jajarannya.
12. Rektor Universitas Sang Bumi Ruwa Jurai, Dr. Sodirin, S.E., M.M
13. Teman-teman: Muhammad Farhan, S.E, Prof. Dr. Mahrinasari, S.E., M.Sc, Reni Rismawati, S.E, Iwan Zulfikar, S.E., M.M, Dr. Helvy Yanfika, S.P., M.E.P, Fajrin Satria Dwi Kesumah, SE, M.FBE, Ahmad Dea Pratama, S.E., M.Si., M. Saputra, S.E., M.M, Rinaldi, S.E., M.M, Yudastio, S.E., M.S.Akt, Nabila Assyifa, S.E, Dicky Rizky Ramadhan, S.E. Ukhti Ciptawaty, S.E., M.Si, Mimi Gusmiati Effita, Maya Yusnita, S.E., M.M, dan semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu-persatu. Terimakasih banyak.
14. Terimakasih Almamater tercinta, Program Doktor Ilmu Ekonomi Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Lampung.

Akhir kata, penulis mengharapkan saran konstruktif untuk pengembangan Ilmu Pengetahuan dan Mutu Pendidikan. Disertasi ini diharapkan bermanfaat bagi berbagai pihak.

Semoga Allah SWT. memberikan Rahmat, Hidayah, dan Karunia-Nya kepada kita semua.

Wassalamu'alaikum, wr. wb.

Bandar Lampung, 15 Juni 2025

Penulis,

Husna Purnama

## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>i</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>v</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>vii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>viii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Isu dan Gap Kontekstual .....	4
1.3 Isu dan Gap Konseptual .....	16
1.4 Isu dan Gap Metodologi .....	19
1.5 Rumusan Masalah Penelitian .....	20
1.6 Tujuan Penelitian.....	21
1.7 Keaslian dan Keterbaruan Penelitian .....	22
1.8 Kontribusi Penelitian .....	23
<b>BAB II KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA PEMIKIRAN DAN HIPOTESIS</b> .....	<b>25</b>
2.1 Dasar Teoritis .....	25
2.1.1 Teori Pertumbuhan Ekonomi Endogen ( <i>Endogenous Growth Theory</i> ) .....	25
2.1.2 Teori Modal Manusia ( <i>Human Capital Theory</i> ) .....	27
2.1.3 Teori Kesejahteraan ( <i>Welfare Theory</i> ).....	29
2.1.4 Teori Sosial Ekonomi .....	30
2.1.5 Teori Pembangunan Manusia ( <i>Human Development Theory</i> ).....	36
2.1.6 Teori Pembangunan Berkelanjutan ( <i>Sustainable Development Theory</i> ) .....	39
2.1.7 Peran Pemerintah .....	40
2.2 Stunting .....	42
2.3 Hasil Penelitian Terdahulu .....	44
2.4 Kerangka Pemikiran dan Hipotesis Penelitian .....	49
2.4.1 Kerangka Pimikiran dan Hipotesis Dimensi Ekonomi .....	50

2.4.2 Kerangka Pimikiran dan Hipotesis Dimensi Sosial .....	55
2.4.3 Kerangka Pimikiran dan Hipotesis Dimensi Kesehatan .....	58
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>63</b>
3.1 Jenis Desain Penelitian .....	63
3.3 Populasi dan Sampel .....	64
3.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Variabel .....	64
3.3.1 Variabel Dependensi .....	64
3.3.2 Variabel Independen .....	64
3.3.3 Variabel Pemoderasi .....	65
3.4 Jenis dan Sumber Data .....	71
3.5 Metode Pengumpulan Data .....	71
3.6 Metode Analisis Data .....	72
3.6.1 <i>Common Effects (Pooled Least Square)</i> .....	72
3.6.2 <i>Fixed Effects Model</i> .....	73
3.6.3 <i>Random Effects Model</i> .....	73
3.7 Pemilihan Metode Regresi Data Panel .....	73
3.7.1 Uji Chow ( <i>Likelihood Ratio</i> ) .....	74
3.7.2 Uji Hausman .....	74
3.7.3 Uji Breusch-Pagan <i>Lagrange Multiplier Test</i> .....	74
3.8 Pengujian Asumsi Klasik .....	75
3.8.1 Uji Normalitas .....	75
3.8.2 Uji Multikolinieritas .....	76
3.8.3 Uji Heterokedastisitas .....	77
3.8.4 Uji Autokorelasi .....	77
3.9 Analisis Regresi Berganda Interaksi <i>Moderated Regression Analysis (MRA)</i> .....	78
3.10 Pengujian Hipotesis Penelitian .....	82
3.11 Individual Effect .....	82
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>83</b>
4.1 Gambaran Umum Penelitian .....	83
4.1.1 Perkembangan Keluarga Beresiko Stunting di 15 Kabupaten/Kota di Provinsi Lampung .....	83
4.1.2 Perkembangan Dimensi Ekonomi Pendapatan dan Tabungan di 15 Kabupaten/Kota di Provinsi Lampung .....	84

4.1.3 Perkembangan Dimensi Sosial Tamat Sekolah dan tidak tamat sekolah di 15 Kabupaten/Kota di Provinsi Lampung .....	85
4.1.4 Perkembangan Dimensi Kesehatan BPJS dan non BPJS di 15 Kabupaten/Kota di Provinsi Lampung .....	87
4.1.5 Perkembangan Realisasi Anggaran Bidang Kesehatan untuk stunting di 15 Kabupaten/Kota di Provinsi Lampung .....	88
4.2 Hasil Estimasi Model Panel Integrasi <i>Moderated Regression Analysis</i> (MRA) .....	89
4.2.1 Hasil Pemilihan Metode Regresi Data Panel .....	89
4.2.1.1 Uji Chow .....	89
4.2.1.2 Uji Hausman .....	91
4.2.1.3 Uji Lagrange Multiplier (LM).....	92
4.2.1.4 Model Terpilih .....	92
4.3 Pengujian Asumsi Klasik Atas Model Terpilih .....	92
4.3.1 Uji Multikolonieritas .....	92
4.3.2 Pengujian Autokorelasi .....	94
4.3.3 Uji Heterokedastisitas .....	95
4.4 Hasil Estimasi Model MRA dan <i>Ordinary Least Square</i> (OLS) Model Data Panel Tanpa Anggaran .....	97
4.4.1 Hasil Estimasi Model Ordinary Least Square (OLS) Tanpa Anggaran .....	97
4.4.2 Hasil Estimasi Model Integrasi Fixed Effect dan Moderated Regression Analysis (MRA) Dengan Anggaran .....	103
4.5 Pengujian Hipotesis .....	110
4.6 Hasil dan Analisis Individual Effect .....	113
4.6.1 Analisis Individual Effect Dimensi Ekonomi .....	114
4.6.2 Analisis Individual Effect Dimensi Sosial .....	116
4.6.3 Analisis Individual Effect Dimensi Kesehatan .....	118
4.7 Pembahasan .....	120
4.7.1 Pengaruh Dimensi Ekonomi .....	120
4.7.2 Pengaruh Dimensi Sosial .....	138
4.7.3 Pengaruh Dimensi Kesehatan .....	150
4.8 Hasil Implikasi .....	168
4.8.1 Hasil Implikasi Dimensi Ekonomi .....	168
4.8.2 Hasil Implikasi Dimensi Sosial .....	171
4.8.3 Hasil Implikasi Dimensi Kesehatan .....	173

<b>BAB V SIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>177</b>
5.1 Simpulan .....	177
5.1.1 Simpulan pada Dimensi Ekonomi .....	177
5.1.2 Simpulan pada Dimensi Sosial .....	178
5.1.3 Simpulan pada Dimensi Kesehatan .....	178
5.2 Keterbatasan dan Pengembangan Penelitian Masa Depan .....	179
5.3 Saran .....	180
5.4 Kontribusi Penelitian .....	181
5.4.1 Kontribusi Teori .....	181
5.4.2 Kontribusi Empiris dan Kebijakan.....	182
5.4.3 Kontribusi Metodologi.....	182
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>183</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>208</b>

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1. Prevalensi Stunting pada Provinsi di Indonesia Tahun 2021-2023 .....	3
Tabel 2. Rekapitulasi Hasil Penelitian Terdahulu.....	44
Tabel 3. Definisi Operasional, Simbol, Sumber data dan Penelitian Terdahulu ...	66
Tabel 4. Hasil Uji Chow/ <i>Fixed Effect</i> .....	90
Tabel 5. Hasil Uji Husman/ <i>Random Effect</i> .....	91
Tabel 6. Hasil Pengujian Multikolinieritas tanpa Anggaran .....	93
Tabel 7. Hasil Pengujian Multikolinieritas Model dengan Anggaran <i>Moderated Regression Analysis (MRA)</i> .....	93
Tabel 8. Hasil Deteksi Masalah Autokorelasi .....	95
Tabel 9. Hasil Deteksi Masalah Heterokedastisitas .....	96
Tabel 10. Hasil <i>Ordinary Least Square (OLS)</i> Pada Model <i>Fixed Effect</i> Dimensi Ekonomi Tanpa Anggaran .....	98
Tabel 11. Hasil <i>Ordinary Least Square (OLS)</i> Pada Model <i>Fixed Effect</i> Dimensi Sosial Tanpa Anggaran .....	100
Tabel 12. Hasil <i>Ordinary Least Square (OLS)</i> Pada Model <i>Fixed Effect</i> Dimensi Kesehatan Tanpa Anggaran .....	101
Tabel 13. Hasil <i>Moderated Regression Analysis (MRA)</i> pada Model <i>Fixed Effect</i> Dimensi Ekonomi Dengan Anggaran .....	104
Tabel 14. Hasil Hasil <i>Moderated Regression Analysis (MRA)</i> pada Model <i>Fixed Effect</i> Dimensi Sosial Dengan Anggaran .....	106
Tabel 15. Hasil <i>Moderated Regression Analysis (MRA)</i> pada Model <i>Fixed Effect</i> Dimensi Kesehatan Dengan Anggaran .....	108
Tabel 16 Hasil Uji Secara Parsial tanpa Anggaran .....	111
Tabel 17. Hasil Uji Secara Parsial dengan Anggaran <i>Moderated Regression Analysis (MRA)</i> .....	112
Tabel 18. Hasil <i>Individual Effect</i> Dimensi Ekonomi pada 15 Kabupaten/Kota Dengan Anggaran MRA .....	114
Tabel 19. Hasil <i>Individual Effect</i> Dimensi Sosial pada 15 Kabupaten/Kota Dengan Anggaran MRA .....	116

Tabel 20. Hasil <i>Individual Effect</i> Dimensi Kesehatan Sosial pada 15 Kabupaten/Kota Dengan Anggaran MRA .....	118
---	-----

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. Rata-Rata Keluarga Beresiko Stunting Di 15 Kabupaten/Kota Di Provinsi Lampung, Tahun 2020-2023 .....	4
Gambar 2. Rata-Rata Keluarga Yang Memiliki Penghasilan Dan Tabungan Pada Keluarga Beresiko Stunting Di 15 Kabupaten/Kota Di Provinsi Lampung, Tahun 2020-2023.....	7
Gambar 3. Rata-Rata Keluarga Yang Memiliki Kepemilikan Rumah Sendiri Dan Rumah Sewa/Kontrak Pada Keluarga Beresiko Stunting Di 15 Kabupaten/Kota Di Provinsi Lampung, Tahun 2020-2023 .....	8
Gambar 4. Rata-Rata Kepala Keluarga Tidak Tamat Sekolah Dan Tamat Sekolah Pada Keluarga Beresiko Stunting Di 15 Kabupaten/Kota Di Provinsi Lampung, Tahun 2020-2023.....	10
Gambar 5. Rata-Rata Keluarga Anak Diasuh Pasangan Suami Istri Dan Tidak Diasuh Pasangan Suami Istri Pada Keluarga Beresiko Stunting Di 15 Kabupaten/Kota Di Provinsi Lampung, Tahun 2020-2023. ....	11
Gambar 6. Rata-Rata Keluarga Yang Memiliki Layanan BPJS-PBI Dan Tidak Memiliki Layanan BPJS-PBI Pada Keluarga Beresiko Stunting Di 15 Kabupaten/Kota Di Provinsi Lampung, Tahun 2020-2023 .....	13
Gambar 7. Rata-Rata Layanan Antenatal Pada 15 Kabupaten/Kota Di Provinsi Lampung, Tahun 2020-2023.....	14
Gambar 8. Kerangka Pemikiran Dimensi Ekonomi.....	54
Gambar 9. Kerangka Pemikiran Dimensi Sosial .....	57
Gambar 10. Kerangka Pemikiran Dimensi Kesehatan .....	61
Gambar 11. Pemilihan Model Data Panel .....	72
Gambar 12. Model Hubungan Regresi Dengan Variabel Moderating MRA .....	79

## DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Variabel Dimensi Ekonomi pada 15 Kabupaten/kota di Provinsi Lampung .....	209
Lampiran 2. Variabel Dimensi Sosial pada 15 Kabupaten/kota di Provinsi Lampung .....	213
Lampiran 3. Variabel Dimensi Kesehatan pada 15 Kabupaten/kota di Provinsi Lampung .....	216
Lampiran 4. Variabel Anggaran Stunting pada 15 Kabupaten/kota di Provinsi Lampung .....	219
Lampiran 5. Persamaan Akhir Ols Dengan <i>Fix Effect</i> Model Pada Dimensi Ekonomi Tanpa Anggaran .....	221
Lampiran 6. Persamaan Akhir Ols Dengan <i>Fix Effect</i> Model Pada Dimensi Ekonomi Dengan MRA .....	222
Lampiran 7. Persamaan Akhir Ols Dengan <i>Fix Effect</i> Model Pada Dimensi Sosial Tanpa Anggaran .....	223
Lampiran 8. Persamaan Akhir Ols Dengan <i>Fix Effect</i> Model Pada Dimensi Sosial Dengan MRA .....	224
Lampiran 9. Persamaan Akhir Ols Dengan <i>Fix Effect</i> Model Pada Dimensi Kesehatan Tanpa Anggaran .....	225
Lampiran 10. Persamaan Akhir Ols Dengan <i>Fix Effect</i> Model Pada Dimensi Kesehatan Dengan Anggaran MRA.....	226

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Stunting merupakan permasalahan serius kesehatan masyarakat yang mencerminkan kondisi gagal tumbuh akibat kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang, terutama dalam 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Anak yang mengalami stunting memiliki tinggi badan di bawah standar usianya, disertai risiko gangguan perkembangan kognitif, rendahnya daya tahan tubuh, serta penurunan produktivitas di masa dewasa (Victora *et al.*, 2008). Menurut standar *World Health Organization* (WHO), stunting terjadi ketika tinggi badan anak lebih dari dua standar deviasi di bawah median standar pertumbuhan anak. Berdasarkan data UNICEF, WHO, dan Bank Dunia pada tahun 2023, sekitar 148 juta anak di bawah usia lima tahun mengalami stunting, yang berarti 22,3% dari total anak usia tersebut di dunia. Meskipun terjadi penurunan dari 33% pada tahun 2000, laju penurunan stunting global masih belum cukup cepat untuk mencapai target Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) 2.2, yang menargetkan prevalensi stunting di bawah 10% pada tahun 2030

Indonesia merupakan salah satu negara dengan beban stunting tertinggi ke 2 di Tingkat ASEAN. Berdasarkan data dari Bank Pembangunan Asia (*Asian Development Bank/ADB*) melaporkan prevalensi anak penderita stunting usia di bawah lima tahun (balita) Indonesia merupakan yang tertinggi kedua di Asia Tenggara. Prevalensinya mencapai 31,8% pada 2020. Prevalensi stunting tertinggi ada di Timor Leste sebesar 48,8%. Laos berada di posisi setelah Indonesia dengan prevalensi 30,2%. Kemudian, Kamboja berada di posisi empat dengan prevalensi stunting balita sebesar 29,9%. Filipina menyusul dengan tingkat prevalensi stunting balita sebesar 28,7%. Adapun, tingkat prevalensi anak penderita stunting terendah berasal dari Singapura. Tingkat prevalensinya hanya 2,8% (databoks.katadata, 2020).

Stunting menjadi tantangan utama pembangunan sumber daya manusia serta memiliki dampak serius bagi Indonesia, baik dalam jangka pendek maupun jangka panjang. Dalam jangka pendek, stunting menghambat pertumbuhan fisik dan perkembangan kognitif anak, meningkatkan kerentanannya terhadap penyakit, serta menurunkan kualitas pendidikan. Dalam jangka panjang, stunting berkontribusi pada penurunan produktivitas, peningkatan risiko penyakit tidak menular, dan memperburuk siklus kemiskinan antar generasi (Onis *et al.*, 2013). Dampak ini tidak hanya mengancam kesejahteraan individu, tetapi juga merugikan perekonomian nasional, mengingat generasi yang tumbuh dengan stunting akan menghadapi keterbatasan dalam berkontribusi maksimal terhadap pembangunan negara (Khotimah, 2022)

Data angka prevalensi stunting di Indonesia dalam tiga tahun terakhir berfluktuasi, menurut hasil Survei Kesehatan Indonesia (SKI) pada tahun 2024 (Kemkes.go.id), yang diawali dengan penurunan pada tahun 2022 sebesar 12,7% dibandingkan tahun 2021, tetapi pada tahun 2023 meningkat kembali sebesar 10,3%, dengan angka prevalensi stunting rata rata per tahun sebesar 23,8%. Angka ini mencerminkan bahwa penanganan untuk menurunkan prevalensi stunting belum berhasil secara optimal karena angka tersebut masih menjadi tantangan untuk mencapai target angka prevalensi stunting nasional sebesar 14% pada tahun 2024. Data prevalensi stunting dalam tiga tahun terakhir (2021-2023) secara rinci dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Prevalensi Stunting pada Provinsi di Indonesia Tahun 2021-2023

No	Provinsi	2021	2022	2023
		Prevalensi Stunting (%)	Prevalensi Stunting (%)	Prevalensi Stunting (%)
1	Papua Tengah	-	-	39,2
2	Nusa Tenggara Timur	37,8	35,3	37,9
3	Papua Pegunungan	-	10,5	37,3
4	Papua Barat Daya	-	10,8	31,0
5	Sulawesi Barat	33,8	35,0	30,3
6	Sulawesi Tenggara	30,2	30,5	30,0
7	Aceh	33,2	31,2	29,4
8	Papua	29,5	34,6	28,6
9	Maluku	28,7	24,1	28,4
10	Sulawesi Selatan	27,4	27,2	27,4
11	Sulawesi Tengah	29,7	29,5	27,2
12	Gorontalo	29,0	27,3	26,9
13	Papua Selatan	-	10,2	25,0
14	Papua Barat	26,2	14,7	24,8
15	Kalimantan Selatan	30,0	30,0	24,7
16	Nusa Tenggara Barat	31,4	32,7	24,6
17	Kalimantan Barat	29,8	29,8	24,5
18	Banten	24,5	18,4	24,0
19	Maluku Utara	27,5	17,6	23,7
20	Sumatera Barat	23,3	25,2	23,6
21	Kalimantan Tengah	27,4	29,6	23,5
22	Kalimantan Timur	22,8	19,7	22,9
23	Jawa Barat	24,5	20,2	21,7
24	Sumatera Selatan	24,8	27,4	20,3
25	Bengkulu	22,1	22,1	20,1
26	Sumatera Utara	25,8	19,8	18,9
27	DI Yogyakarta	17,3	12,8	18,0
28	Jawa Timur	23,5	18,2	17,7
29	DKI Jakarta	16,8	14,8	17,6
30	Kalimantan Utara	27,5	-	17,4
31	Kepulauan Riau	17,6	17,5	16,8
32	Lampung	18,5	18,5	14,9
33	Riau	22,3	14,0	13,6
34	Jambi	22,4	13,8	13,5
35	Bali	10,9	10,9	7,2
36	Sulawesi Utara	21,6	14,5	-
37	Jawa Tengah	20,9	-	-
38	Kep. Bangka Belitung	18,6	-	-

Sumber: <https://aksi.bangda.kemendagri.go.id/emonev/DashPrev/index/5>, 2024

Sejauh ini, kajian-kajian akademik di Indonesia umumnya masih memusatkan perhatian pada aspek gizi dan medis dalam melihat penyebab stunting, sedangkan pendekatan yang menggabungkan faktor ekonomi, sosial, dan kesehatan secara holistik dan kontekstual masih sangat terbatas, terutama di tingkat provinsi atau kabupaten. Kekosongan penelitian (research gap) ini menunjukkan perlunya pendekatan yang lebih menyeluruh, yang tidak hanya mengidentifikasi penyebab

langsung, tetapi juga memahami struktur sosial dan ekonomi yang membentuk pola stunting secara sistemik.

## 1.2 Isu dan Gap Kontekstual

Provinsi Lampung salah satu provinsi di luar Jawa dan Bali memiliki prevalensi stunting masih di atas target prevalensi nasional (14%), dengan rata-rata per tahun 17,3%, meskipun pada tahun 2023 menurun mencapai 14,9%. Angka ini belum memenuhi capaian target nasional, bahkan jika merujuk pada target capaian *SDG's of Zero Hunger* pada tahun 2025, angka prevalensi stunting di Provinsi Lampung masih jauh belum memenuhi target, karena disinyalir stunting terjadi sebagai akibat asupan makanan kurang, dan berpotensi pada kondisi tertentu terdapat kelaparan. Hal tersebut menimbulkan pertanyaan apakah angka prevalensi stunting di Provinsi Lampung dapat menurun mencapai target nasional pada tahun ke depan.

Angka prevalensi stunting di Provinsi Lampung merupakan kontribusi angka prevalensi stunting dari 15 Kabupaten/Kota di Provinsi Lampung, yang dapat dilihat pada gambar berikut.



Sumber: <https://siga.bkkbn.go.id/> Provinsi Lampung data, 2020-2023.

Gambar 1. Rata-rata keluarga beresiko stunting di 15 Kabupaten/Kota di Provinsi Lampung, Tahun 2020-2023

Gambar 1 menunjukkan angka stunting tertinggi ada di Lampung Tengah (14,2% dengan rata-rata 57.716 keluarga), Lampung Selatan (11,9% dengan 48.329 keluarga), dan Lampung Timur (11,4% dengan 46.579 keluarga). Data ini

menunjukkan bahwa selain memiliki jumlah keluarga yang besar, tantangan utama kemungkinan meliputi akses terbatas ke layanan kesehatan, kurangnya edukasi gizi, serta kondisi ekonomi dan sosial yang tidak mendukung pemenuhan gizi dan kesehatan anak. Sebaliknya, wilayah dengan angka stunting terendah adalah Kota Metro (1,2% dengan rata-rata 5.027 keluarga), Pesisir Barat (2,5% dengan 10.264 keluarga), dan Mesuji (2,9% dengan 11.960 keluarga). Data ini menunjukkan adanya faktor pendukung seperti akses lebih baik ke fasilitas kesehatan, cakupan program edukasi gizi yang efektif, serta pendapatan keluarga yang memadai, sehingga program pencegahan stunting dapat lebih mudah dijalankan secara menyeluruh. Dukungan intervensi kebijakan program pemerintah daerah juga berperan dalam menekan angka stunting di wilayah-wilayah ini.

Tiga dimensi yang perlu diperhatikan dalam pencegahan stunting adalah dimensi ekonomi, sosial, dan kesehatan (Ahnafani *et al.*, 2024; Setiawan & Machsus, 2023; Aurima *et al.*, 2021; Tahangnacca *et al.*, 2020; Meylia KN *et al.*, 2020; De Onis & Branca, 2016). Setiawan & Machsus, (2023) menemukan bahwa faktor ekonomi, sosial dan kesehatan, termasuk akses calon pengantin dan keluarga secara signifikan memengaruhi tingginya kejadian stunting pada anak. Kemudian, penelitian Aurima (2021) menunjukkan bahwa faktor yang mempengaruhi kejadian stunting pada anak usia dini adalah faktor kesehatan seperti pola asupan gizi, faktor sosial seperti pengetahuan ibu tentang gizi dan pola pengasuhan anak, dan faktor ekonomi seperti pendapatan keluarga. Menurut Nuraeni & Suharno, (2020), bahwa kejadian stunting dipengaruhi oleh faktor ekonomi dan sosial yang merujuk pada tingkat pendapatan, pendidikan, dan pekerjaan. Pendapatan keluarga berpengaruh terhadap pola pemberian asupan makan. Jika pendapatan keluarga meningkat, penyediaan lauk pauk akan bertambah pula mutunya. Pendapatan keluarga berkaitan dengan penyediaan makanan keluarga yang bergizi, akses makanan dalam keluarga, dan distribusi makanan yang memadai untuk keluarga. Pendapatan yang tinggi dapat memenuhi kebutuhan makanan seluruh anggota keluarga khususnya makanan dengan kualitas dan nutrisi yang baik untuk asupan gizi keluarga (O, Kirabira P, 2016). Pendapatan keluarga juga sangat diperlukan untuk memenuhi kepemilikan rumah, dan dapat disisihkan dalam bentuk tabungan yang digunakan untuk proteksi kehidupan keluarga jika terjadi resiko ke depan, termasuk

risiko kesehatan dalam bentuk perlindungan Jaminan Kesehatan (Kofinti *et al.*, 2022; Nshakira-Rukundo *et al.*, 2020; Schmidt & Wittrup, 2019).

Dimensi ekonomi dapat memengaruhi stunting ditinjau dari variabel pendapatan, kepemilikan rumah, dan tabungan yang memberikan efek signifikan terhadap penurunan resiko stunting (Alemu *et al.*, 2025; Marsella & Eprilianto, 2023; Wogderes *et al.*, 2022; Nisa, S. K *et al.*, 2021; Titaley *et al.*, 2019; Sutarto *et al.*, 2018; Heltberg, 2009). Lebih lanjut, hasil penelitian Nisa, S. K *et al.* (2021) menggambarkan bahwa rumah yang dimiliki sendiri cenderung memberikan stabilitas dan akses yang lebih baik terhadap fasilitas dasar seperti air bersih untuk perawatan kehidupan yang lebih layak. Sebaliknya, rumah sewa sering kali memiliki keterbatasan dalam akses fasilitas tersebut, terutama penataan kehidupan layak dan sejahtera. Rumah sewa seringkali tidak memenuhi standar kesehatan lingkungan dapat memperburuk kondisi kesehatan keluarga dan berkontribusi pada tingginya angka stunting. Tidak adanya kepemilikan rumah sendiri sebagai akibat keterbatasan pendapatan keluarga, memberikan dampak pada suasana kehidupan rumah yang tidak kondusif dan layak huni, sehingga berdampak pada peningkatan angka prevalensi stunting pada anak.

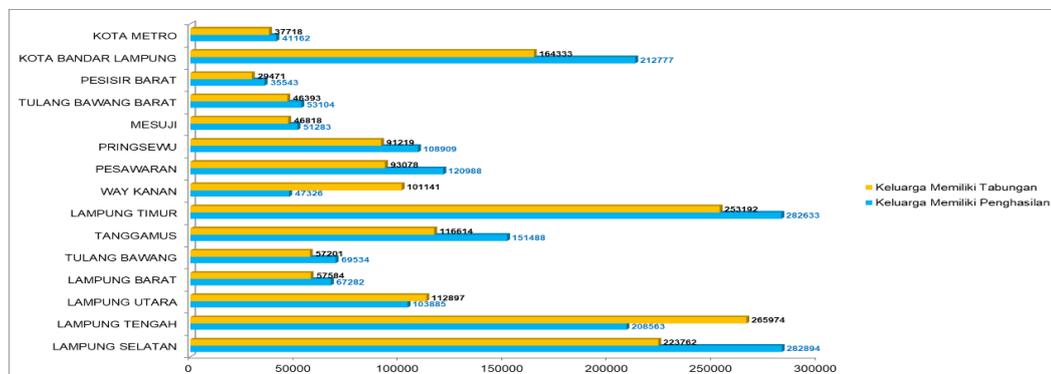
Tingginya prevalensi stunting di Provinsi Lampung erat kaitannya dengan rendahnya pendapatan keluarga. Data menunjukkan bahwa banyak keluarga dengan balita stunting berada pada kelompok berpendapatan rendah. Dengan kata lain, peningkatan kasus stunting berkorelasi dengan tingginya jumlah rumah tangga miskin, yang merupakan dampak dari rendahnya pendapatan keluarga. Hal ini sejalan dengan temuan De Silva & Sumarto (2018), The World Bank (2017), dan Rachmi *et al.* (2016), yang menyatakan bahwa stunting lebih banyak terjadi pada rumah tangga miskin akibat keterbatasan pendapatan

Data perkembangan pendapatan keluarga bagi keluarga beresiko stunting yang diproxikan dengan jumlah rumah tangga selama 6 (enam) bulan terakhir, terdapat paling sedikit 1 (satu) anggota keluarga memiliki sumber pendapatan untuk memenuhi kebutuhan pokok per bulan pada lima tahun terakhir (2020–2024) menurut BKKBN (Semester I, 2024), menunjukkan penurunan rata-rata sebesar 1,4%. Sementara itu, jumlah rumah tangga yang beresiko stunting dalam lima tahun terakhir meningkat rata-rata 33,2%, meskipun cenderung menurun pada

tahun 2024. Kondisi ini mencerminkan terdapat hubungan negatif antara pendapatan dan angka prevalensi stunting.

Jumlah pendapatan keluarga tersebut juga berhubungan dengan kepemilikan rumah, dan potensi untuk melakukan tabungan. Baskoro & Djamaluddin, (2023) menemukan bahwa pendapatan berhubungan signifikan dengan pengeluaran keluarga untuk memiliki rumah sendiri, terutama melalui kredit kepemilikan rumah, meskipun pendapatan keluarga yang tidak pasti akan berpengaruh negatif untuk memiliki rumah sendiri. Berarti, ketidakpastian mendapatkan pendapatan tinggi, akan mengurangi kepemilikan rumah sendiri. Kondisi ini sangat berkaitan dengan keluarga yang memiliki beresiko stunting, bahwa pendapatan keluarga rendah mengindikasikan kepemilikan rumah sendiri dan tabungan rendah.

Potensi kepemilikan tabungan akan terjadi bagi keluarga yang memiliki pendapatan, seperti penelitian Mc Groven *at al.* (2017). Pernyataan ini berkaitan dengan data pendapatan atau penghasilan keluarga beresiko stunting di Provinsi Lampung pada periode 2020–2023, yang dapat dilihat pada gambar berikut.



Sumber: <https://siga.bkkbn.go.id/> Provinsi Lampung data, 2020-2023.

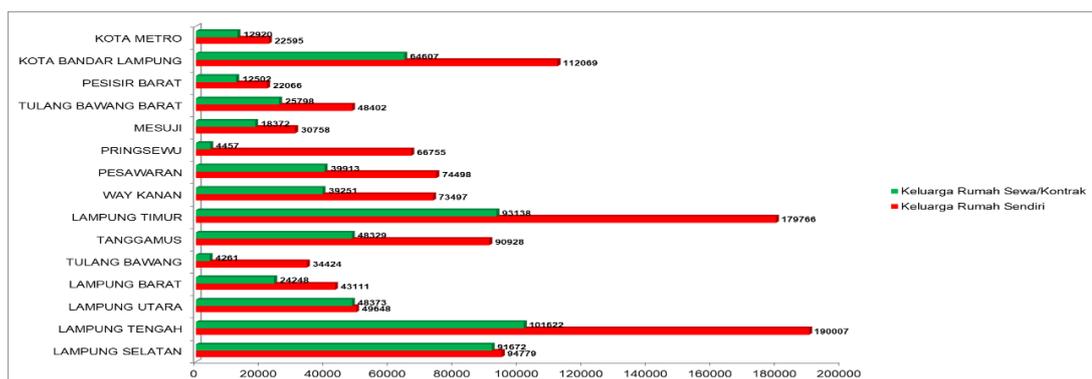
Gambar 2. Rata-rata keluarga yang memiliki penghasilan dan tabungan pada keluarga beresiko stunting di 15 Kabupaten/Kota di Provinsi Lampung, Tahun 2020-2023

Gambar 2 tersebut memaparkan bahwa keluarga beresiko stunting yang memiliki pendapatan dan tabungan tinggi tertinggi ada pada kabupaten Lampung Selatan (282.894), Lampung Timur (282.633), dan Lampung Tengah (208.563). Data ini mencerminkan potensi ekonomi yang baik. Lampung Tengah, meskipun pendapatannya lebih rendah, jumlah tabungannya lebih tinggi (265.974), yang memprioritas kebiasaan menabung untuk mengantisipasi resiko ke depan, dan

sebagai akibat tawaran kebijakan tabungan individu dari pemerintah. Pesisir Barat memiliki pendapatan dan tabungan terendah, yang mencerminkan kondisi ekonomi lemah dan berpotensi terhadap kepemilikan rumah sendiri rendah.

Faktor kepemilikan rumah, baik itu rumah sendiri atau sewa dapat memengaruhi risiko stunting pada anak, terutama sebagai akibat ekonomi yang tidak stabil, atau perolehan pendapatan yang tidak pasti (Baskoro & Djameluddin, 2023). Keluarga yang memiliki rumah sendiri cenderung memiliki kestabilan tempat tinggal yang lebih tinggi dibandingkan dengan keluarga yang tinggal di rumah sewa atau kontrak. Kepemilikan rumah sendiri berkorelasi erat dengan stabilitas keluarga yang memanfaatkan rumah sebagai tempat tinggal permanen, yang dapat mendukung anggota keluarga atau anak-anak berkehidupan layak dengan pola asuh anak dan pemberian asupan makanan berpotensi lebih baik, sehingga risiko stunting dapat dihindari. Menurut BKKBN (Peraturan BKKBN No 12, tahun 2021), bahwa keluarga berisiko stunting sebagai akibat kepemilikan rumah sendiri terbatas, dan banyak memanfaatkan rumah sewa dengan kondisi fasilitas rumah tidak memadai termasuk keterbatasan penyediaan air bersih sehat. Hal ini terjadi karena terbatasnya ekonomi rumah tangga, yang diindikasikan sebagai akibat pendapatan keluarga rendah.

Berikut adalah gambaran jumlah keluarga berisiko stunting dengan kepemilikan rumah pada 15 Kabupaten/kota di Provinsi Lampung.



Sumber: <https://siga.bkkbn.go.id/> Provinsi Lampung data, 2020-2023.

Gambar 3. Rata-rata keluarga yang memiliki kepemilikan rumah sendiri dan rumah sewa/kontrak pada keluarga berisiko stunting di 15 Kabupaten/Kota di Provinsi Lampung, Tahun 2020-2023

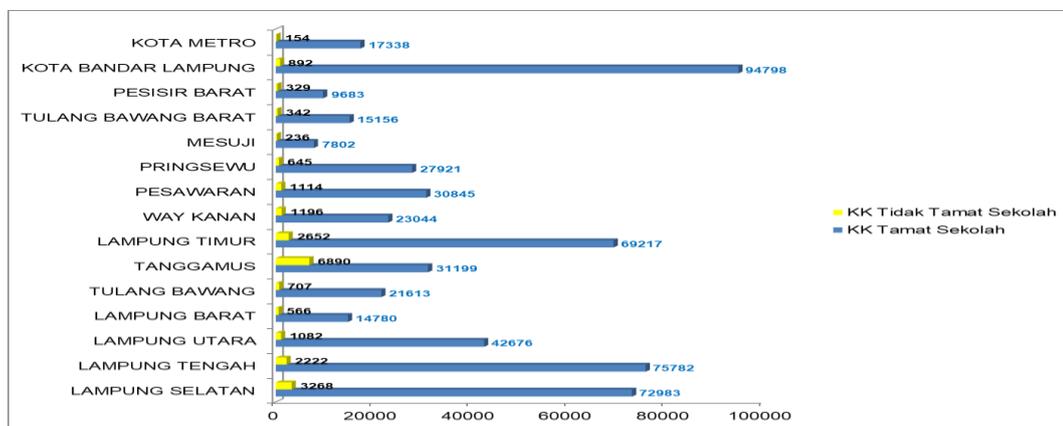
Gambar 3 menunjukkan status kepemilikan rumah sendiri pada keluarga berisiko stunting lebih banyak dibandingkan dengan rumah sewa di wilayah 15 kabupaten/kota di Provinsi Lampung. Tiga wilayah dengan jumlah keluarga berisiko stunting yang memiliki rumah sendiri terbanyak adalah Lampung Tengah (190.007), Lampung Timur (179.766), dan kota Bandar Lampung (112.069). Data ini menunjukkan kemampuan yang lebih baik dalam hal kepemilikan rumah, yang dapat mencerminkan stabilitas ekonomi keluarga. Sebaliknya, tiga wilayah dengan jumlah keluarga yang memiliki rumah sewa terbanyak adalah Lampung Tengah (101.622), Lampung Timur (93.138), dan Lampung Selatan (91.672). Data tersebut jika dibandingkan dengan pendapatan rumah tangga seharusnya berkorelasi positif. Namun, faktanya, Lampung Selatan yang rumah tangga berisiko stunting dengan kepemilikan pendapatan tinggi (282.894), menunjukkan korelasi negatif dibandingkan dengan kepemilikan rumah sendiri, yang dapat dilihat dari data kepemilikan rumah sendiri dalam kategori rendah (94.779). Jika dibandingkan dengan jumlah keluarga berisiko stunting yang paling tinggi adalah Lampung Tengah, maka data ini berkorelasi positif dengan kepemilikan rumah sendiri yang juga paling tinggi di Lampung Tengah. Sementara itu, kepemilikan rumah sendiri pada kota Bandar Lampung yang berada pada peringkat tiga tertinggi memiliki jumlah keluarga berisiko stunting tidak sebanding, yang bermakna berkorelasi negatif. Data ini berimplikasi bahwa kepemilikan rumah sendiri dan sewa tidak dapat ditentukan pengaruhnya secara signifikan pada prevalensi stunting.

Penelitian mengenai stunting yang berkaitan dengan faktor sosial tidak hanya dipengaruhi oleh dimensi pendidikan ibu dan ayah yang dikategorikan berdasarkan status tamat atau tidak tamat sekolah tetapi juga oleh pola asuh keluarga terhadap anak. Pola asuh ini memerlukan perhatian penuh, terutama dalam membentuk kehidupan keluarga yang sejahtera serta dalam pemberian makanan yang sehat dan bergizi. Hal ini sejalan dengan pemikiran Damayanti *et al.* (2016).

Pendidikan rendah memengaruhi gaya hidup keluarga terutama terhadap pola asuh anak yang berpotensi kurang perhatian terhadap anak, sehingga kondisi ini merupakan bagian dari indikator faktor sosial (Ezzati *et al.*, 2002). Arlis Noviantika Dwimita, (2023) menyatakan bahwa indikator sosial yang paling tinggi diperlukan dalam keluarga adalah pola asuh anak yang membutuhkan interaksi

orang tua dengan anak, sehingga anak mendapatkan perhatian penuh agar dapat tumbuh dan berkembang secara sehat dalam kehidupan sosial. Agustini, Wahyuni, Armanila, *et al.* (2023) mengungkapkan bahwa pola asuh berkaitan dengan perilaku dan praktik pemberian makanan kepada anak, yang diharapkan adanya asupan gizi yang baik yang dapat memengaruhi pertumbuhan dan otak anak, sehingga potensi menurunkan risiko stunting dapat terjadi. (Agustini, Wahyuni, Juliana, *et al.*, 2023).

Data tingkat pendidikan kepala keluarga tamat sekolah dan tidak tamat sekolah yang berisiko stunting dapat dilihat dari indikator tamat sekolah dan tidak tamat sekolah.



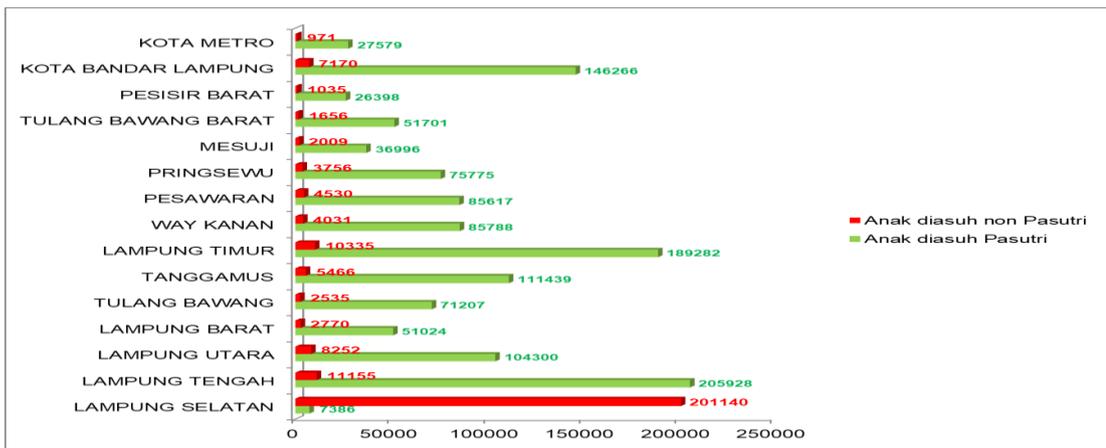
Sumber: <https://siga.bkkbn.go.id/> Provinsi Lampung data, 2020-2023.

Gambar 4. Rata-rata kepala keluarga tidak tamat sekolah dan tamat sekolah pada keluarga berisiko stunting di 15 Kabupaten/Kota di Provinsi Lampung, Tahun 2020-2023

Gambar 4 menunjukkan sebagian besar kepala keluarga berisiko stunting di banyak wilayah kabupaten/kota Provinsi Lampung telah menyelesaikan pendidikan formal. Wilayah dengan jumlah kepala keluarga yang tamat sekolah terbanyak adalah Kota Bandar Lampung (94,798), diikuti oleh Lampung Tengah (75,782) dan Lampung Selatan (72,983). Hal ini menunjukkan bahwa wilayah-wilayah ini memiliki tingkat pendidikan kepala keluarga yang lebih tinggi, yang mencerminkan akses yang lebih baik terhadap pendidikan dan peluang ekonomi yang lebih besar. Di sisi lain, terdapat juga wilayah dengan jumlah kepala keluarga yang tidak tamat sekolah, meskipun angkanya lebih rendah. Lampung Selatan (3,268) dan Lampung Tengah (2,222) memiliki jumlah kepala keluarga yang tidak tamat sekolah paling tinggi, meskipun masih dalam jumlah yang relatif kecil dibandingkan dengan jumlah kepala keluarga yang tamat sekolah di wilayah

tersebut. Jika dibandingkan dengan jumlah rumah tangga dengan angka prevalensi stunting yang masih tinggi, meskipun cenderung menurun, maka jumlah rumah tangga yang tamat sekolah diharapkan semakin tinggi. Faktanya, tingkat pendidikan tamat sekolah pada rumah tangga berisiko stunting menunjukkan korelasi negatif, yaitu tingkat tamat sekolah tinggi, jumlah rumah tangga berisiko stunting menurun.

Gambaran pola asuh anak berkaitan dengan jumlah rumah tangga berisiko stunting di Provinsi Lampung dapat dilihat pada gambar berikut.



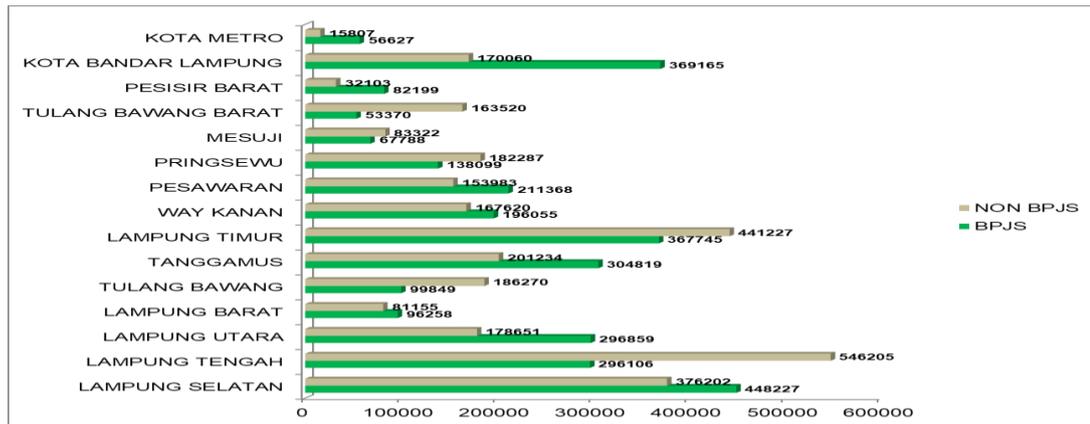
Sumber: <https://siga.bkkbn.go.id/> Provinsi Lampung data, 2020-2023.

Gambar 5. Rata-rata keluarga anak diasuh pasangan suami istri dan tidak diasuh pasangan suami istri pada keluarga berisiko stunting di 15 Kabupaten/Kota di Provinsi Lampung, Tahun 2020-2023.

Gambar 5 menunjukkan jumlah keluarga berisiko stunting dengan pola asuh anak oleh pasutri (pasangan suami dan istri) memiliki perbedaan yang signifikan dibandingkan dengan pola asuh oleh non-pasutri. Tiga wilayah dengan jumlah anak yang diasuh oleh pasutri terbanyak adalah Lampung Tengah (205,928), Lampung Utara (104,300), dan Lampung Timur (189,282). Data ini menunjukkan dominasi pengasuhan anak oleh Pasutri, yang mencerminkan stabilitas keluarga dengan pembinaan anak secara baik. Sebaliknya, pola asuh oleh non-Pasutri terbanyak adalah Lampung Selatan (201,140), Lampung Tengah (11,155), dan Lampung Utara (8,252). Di Lampung Selatan, jumlah anak yang diasuh non-Pasutri jauh lebih tinggi dibandingkan dengan yang diasuh oleh Pasutri (7,386). Pola asuh anak oleh non-Pasutri mencerminkan ketidakstabilan rumah tangga, yang berdampak pada pola asuh yang salah, dan berpotensi pada tingkat perhatian terhadap pendidikan rendah dan asupan makan bergizi rendah sebagai bagian dari faktor kesehatan keluarga. Berarti, kesehatan keluarga rendah berpotensi pada penciptaan keluarga

berisiko stunting tinggi (Marsella & Eprilianto, 2023). Pernyataan ini didukung oleh pemikiran (Schneider, 2025) bahwa faktor kesehatan rendah yang dipengaruhi oleh malnutrisi dapat menentukan tingginya angka prevalensi stunting pada rumah tangga, terutama terjadi di negara berpendapatan rendah dan sedang. Sementara itu, BKKBN (Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional di Indonesia (Panduan Kebijakan dan Strategi Percepatan Penurunan Stunting di Indonesia, 2021) mengungkapkan bahwa indikator keberhasilan penurunan risiko stunting dapat dilakukan dengan mengukur perlindungan kesehatan melalui program Jaminan Kesehatan Nasional dan Daerah (Jamkesnas dan Jamkesda) atau berupa Penerima Bantuan Iuran (PBI) Kesehatan yang termasuk dalam kelolaan BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial), kunjungan layanan kesehatan (*Antenatal Care*) yang juga dituangkan dalam Laporan TNP2K pada tahun 2017, dan usia melahirkan ideal sebagai dampak usia perkawinan ideal (usia 20-35 tahun).

Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan Stunting menegaskan pentingnya peran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. BPJS Kesehatan berperan memberikan jaminan akses layanan kesehatan bagi ibu hamil, ibu menyusui, dan anak-anak, termasuk pemantauan pertumbuhan dan perkembangan anak sejak dalam kandungan hingga usia balita. Selain itu, BPJS Kesehatan telah menyediakan layanan pemantauan stunting bagi anak sejak masih berada di dalam kandungan. Dengan demikian, keaktifan sebagai peserta BPJS Kesehatan sangat penting untuk memastikan akses terhadap layanan kesehatan yang komprehensif dalam rangka pencegahan dan penanganan stunting. Berikut data Jaminan Kesehatan (Jamkesnas dan Jamkesda) sebagai skema PBI dalam kelolaan BPJS (BPJS-PBI) di 15 Kabupaten/Kota di Provinsi Lampung.



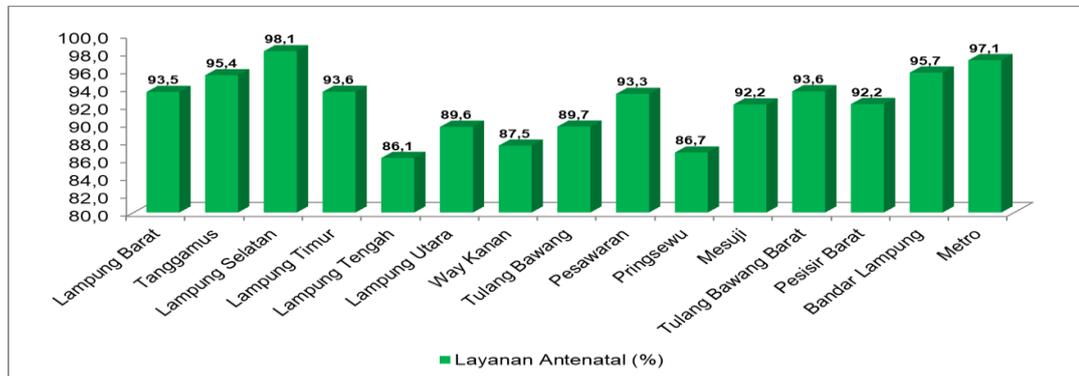
Sumber: <https://siga.bkkbn.go.id/> Provinsi Lampung data, 2020-2023.

Gambar 6. Rata-rata keluarga yang memiliki layanan BPJS-PBI dan tidak memiliki layanan BPJS-PBI pada keluarga berisiko stunting di 15 Kabupaten/Kota di Provinsi Lampung, Tahun 2020-2023.

Gambar 6 menunjukkan terdapat perbedaan signifikan antara keluarga yang memiliki BPJS-PBI dan yang tidak memiliki BPJS-PBI. Tiga wilayah dengan jumlah keluarga berisiko stunting yang memiliki BPJS-PBI terbanyak adalah Lampung Selatan (448.227), Lampung Timur (367.745), dan Kota Bandar Lampung (369.165). Ini menunjukkan bahwa wilayah tersebut memiliki tingkat akses yang lebih baik terhadap layanan kesehatan melalui BPJS-PBI, yang dapat berkontribusi pada pengurangan risiko stunting. Sebaliknya, tiga wilayah dengan jumlah keluarga berisiko stunting yang tidak memiliki BPJS-PBI terbanyak adalah Lampung Tengah (546.205), Lampung Timur (441.227), dan Lampung Selatan (376.202). Meskipun Lampung Selatan memiliki jumlah keluarga yang memiliki BPJS-PBI cukup besar, jumlah keluarga yang tidak memiliki BPJS-PBI juga cukup tinggi. Ini mengindikasikan bahwa harapan angka prevalensi stunting rendah, walaupun pemilik non-BPJS-PBI tinggi. Secara keseluruhan, terdapat wilayah dengan kepemilikan BPJS-PBI tinggi, di mana diharapkan keluarga berisiko stunting rendah.

Data BKKBN tahun 2024 (<https://siga.bkkbn.go.id/>) menunjukkan bahwa perkembangan jumlah keluarga berisiko stunting meningkat rata-rata per tahun sebesar 33,2%, tetapi kepemilikan BPJS rata-rata menurun per tahun sebesar 2,8% dalam lima tahun terakhir (2020-2024). Data ini menunjukkan korelasi negatif.

Akses layanan perawatan kesehatan (Antenatal) terutama bagi ibu hamil dilakukan untuk mencegah risiko stunting yang pelayanannya oleh tenaga profesional kesehatan. Diharapkan jika akses layanan perawatan kesehatan tinggi, maka risiko stunting diharapkan tidak terjadi. Berikut data akses layanan Antenatal pada 15 Kabupaten/Kota di Provinsi Lampung:



Sumber: <https://siga.bkkbn.go.id/> Provinsi Lampung data, 2020-2023.

Gambar 7. Rata-rata layanan Antenatal pada 15 Kabupaten/Kota di Provinsi Lampung, Tahun 2020-2023.

Gambar 7 menunjukkan bahwa Lampung Selatan memiliki layanan Antenatal tertinggi (98,1%), disusul dengan kota Metro (97,1%) dan Bandar Lampung (95,7%). Data ini mencerminkan bahwa tingginya kesadaran keluarga berisiko stunting untuk mengakses layanan Antenatal secara gratis. Lampung Tengah (86,1%) memiliki akses layanan Antenatal terendah. Kondisi ini memberikan implikasi bahwa tingkat layanan Antenatal tinggi diharapkan berdampak pada jumlah keluarga berisiko stunting rendah. Data BKKBN pada tahun 2024 menunjukkan bahwa rata-rata per tahun jumlah keluarga berisiko stunting meningkat sebesar 33,20%, jumlah keluarga yang mendapatkan layanan Antenatal menurun sebesar 1,10%. Berarti, terdapat hubungan negatif, meskipun kondisi layanan Antenatal menurun. Keluarga berisiko stunting diharapkan perlu mendapatkan layanan Antenatal yang tinggi.

Jumlah keluarga berisiko stunting juga dapat dikendalikan dengan faktor Usia Melahirkan Ideal (usia 20-35 tahun). Namun, data Usia Melahirkan Ideal (BKKBN, 2024 dalam situs <https://siga.bkkbn.go.id/>) menunjukkan jumlah keluarga berisiko stunting yang memiliki usia melahirkan ideal menurun sebesar rata-rata per tahun 7,8% dalam lima tahun terakhir (2020-2024). Sementara itu,

jumlah keluarga berisiko stunting yang memiliki usia kelahiran tidak ideal (usia < 20 tahun, dan >35 tahun) meningkat rata rata per tahun sebanyak 0,5%. Di sisi lain, jumlah keluarga berisiko stunting meningkat rata rata per tahun sebesar 33,2%. Berarti, peningkatan jumlah keluarga berisiko stunting diikuti dengan peningkatan jumlah keluarga yang memiliki usia kelahiran tidak ideal.

Hal yang menarik berikutnya adalah terdapat intervensi pemerintah untuk menurunkan angka prevalensi stunting dengan mengalokasikan anggaran Biaya Operasional Kesehatan dan Pendidikan berkaitan dengan program penurunan stunting (kemenkeu.go.id, 2024). Sejalan dengan hasil penelitian Badiul Hadi (2024), bahwa alokasi anggaran pemerintah mampu mendorong penguatan untuk menurunkan angka prevalensi stunting secara signifikan. Sehubungan dengan pernyataan tersebut, data BKKBN (<https://siga.bkkbn.go.id/>, 2024) mencatat bahwa alokasi anggaran untuk menurunkan angka stunting dalam lima tahun terakhir (2020-2024) di Provinsi Lampung rata rata meningkat sebesar 2,12%. Sementara itu, jumlah keluarga berisiko stunting di Provinsi Lampung dalam lima tahun terakhir (2020-2024) meningkat rata rata per tahun sebesar 33,2%. Lebih lanjut, data anggaran stunting untuk 15 kabupaten/kota di Provinsi Lampung terdapat perbedaan signifikan. Tiga wilayah dengan anggaran tertinggi adalah Lampung Timur Rp37.534.000.000, Lampung Selatan Rp37.056.000.000, dan Tanggamus Rp29.264.600.000. Sebaliknya, tiga wilayah dengan anggaran terendah adalah Kota Metro Rp11.902.000.000, Pesisir Barat Rp12.156.000.000, dan Tulang Bawang Barat Rp14.120.000.000. Data anggaran ini nampak tidak berkorelasi dengan jumlah keluarga berisiko stunting. Jumlah keluarga berisiko stunting tertinggi yang terdapat pada kabupaten Lampung Tengah tidak memiliki anggaran sebanding. Jumlah anggaran tertinggi yang terdapat pada kabupaten Tanggamus tidak memiliki jumlah keluarga stunting tinggi, meskipun dua wilayah Lampung Timur dan Lampung Selatan sama sama memiliki jumlah anggaran tinggi dan jumlah keluarga stunting tinggi. Seharusnya, alokasi anggaran bersesuaian dengan jumlah keluarga stunting untuk prioritas pengurangan stunting. Kondisi tersebut mencerminkan bahwa peningkatan anggaran tidak berhubungan langsung secara signifikan terhadap jumlah keluarga berisiko stunting.

### 1.3 Isu dan Gap Konseptual

Dimensi ekonomi menjadi perhatian utama oleh peneliti sebagai potensi penentu angka prevalensi stunting (Schneider, 2025; Ahnafani *et al.*, 2024; Wogderes *et al.*, 2022; Krisnana *et al.*, 2020). Terdapat tiga indikator penyebab stunting dari dimensi ekonomi, yaitu pendapatan, tabungan dan kepemilikan rumah layak (Alemu *et al.*, 2025; Permatasari & Eprilianto, 2023; Wogderes *et al.*, 2022; Nisa *et al.*, 2021; Titaley *et al.*, 2019; Sutarto *et al.*, 2018; Heltberg & and Lund, 2009).

Perolehan pendapatan terutama untuk makanan bernutrisi diharapkan menurunkan risiko stunting (Bayram Değer & Yiğitalp, 2024; Guja *et al.*, 2025; Heltberg, 2009). Perolehan pendapatan yang tidak stabil juga berpotensi memengaruhi risiko stunting bagi anak dalam kategori keluarga miskin, sehingga pendapatan menjadi faktor penting untuk menghindari risiko stunting (Alemu *et al.*, 2025; Wahyuni *et al.*, 2023; Wogderes *et al.*, 2022; Muche *et al.*, 2021; Sari, 2023).

Secara khusus, Muche *et al.* (2021) menemukan bahwa pendapatan mampu mengurangi risiko stunting sebesar 0,55 dan 0,56 kali. Sementara itu, Sari *et al.* (2020) menemukan bahwa pendapatan rendah yang menyebabkan faktor kemiskinan secara tidak langsung memengaruhi stunting di Indonesia, yang diteliti pada keluarga stunting dalam waktu 2015-2017 di 34 Provinsi, meskipun tidak terdapat bukti kausalitas antara kemiskinan, pertumbuhan ekonomi dan stunting. Namun, Sagita Darma Sari dan Vika Tri Zelharsandy (2022) menemukan bahwa pendapatan keluarga stunting tidak ada pengaruh signifikan pada kejadian stunting.

Kepemilikan rumah layak huni dapat menjadi faktor yang sangat memengaruhi pengentasan stunting (Tamar *et al.*, 2023; Hartono *et al.*, 2023). Rumah yang layak huni akan mendukung pola hidup sehat dan meningkatkan kualitas hidup keluarga, yang pada gilirannya berpengaruh pada kesehatan anak, termasuk pencegahan stunting. Christine *et al.* (2022) mengungkapkan bahwa kondisi kepemilikan rumah layak huni mencerminkan perilaku keluarga mengelola kondisi rumah bersih dan sehat. Kepemilikan rumah bersih dan sehat sering kali terjadi sebagai akibat kepemilikan rumah sendiri tanpa melalui sewa. Kepemilikan rumah sewa berpotensi pada kondisi rumah secara fisik tidak memenuhi syarat kesehatan, sehingga berpengaruh pada angka risiko stunting tinggi. Lebih lanjut,

kepemilikan rumah baik rumah sendiri maupun rumah sewa dengan kondisi fisik rumah tidak memenuhi syarat sehat berisiko 6,91 kali kepemilikan anak balita dalam kondisi stunting. Temuan ini berimplikasi bahwa kepemilikan rumah sendiri dan rumah sewa tidak memiliki hubungan pada pembentukan berisiko stunting, sejalan dengan data BKKBN (2024), bahwa kepemilikan rumah sendiri dan sewa tidak dapat ditentukan pengaruhnya secara signifikan pada prevalensi stunting.

Tabungan diduga menjadi faktor penentu risiko stunting. Keluarga dengan kepemilikan tabungan tinggi diharapkan berisiko stunting rendah karena tabungan memberikan jaminan keuangan untuk perawatan kesehatan yang lebih baik. Kepemilikan jumlah tabungan tinggi mencerminkan keluarga mampu menyisihkan pendapatannya untuk kesehatan. Namun, (Triawanti *et al.*, 2022) menemukan bahwa keluarga berisiko stunting yang memiliki tabungan tidak ada hubungan yang signifikan pada risiko stunting.

Faktor sosial ditinjau dari tingkat pendidikan dan pola asuh berpotensi menciptakan risiko stunting (L. Sari *et al.*, 2025; Okutse & Athiany, 2025; Bayram Değer & Yiğitalp, 2024; Ahnafani *et al.*, 2024; Cahyaningrum *et al.*, 2024; Siddiqa *et al.*, 2023; Huicho *et al.*, 2020; Hamzah *et al.*, 2024). Rendahnya tingkat pendidikan atau pengetahuan membatasi kemampuan keluarga untuk mengelola pilihan makanan yang berdampak langsung pada kualitas gizi anak, sehingga berpotensi menciptakan risiko stunting (Siddiqa *et al.*, 2023; Huicho *et al.*, 2020; Krisnana *et al.*, 2020).

Temuan penelitian Cahyaningrum *et al.*, (2024) menunjukkan bahwa pola asuh merupakan faktor pengaruh utama pembentuk stunting pada keluarga stunting di Jambi. Hasil penelitian Hermayani & Maran, (2024) menunjukkan bahwa pola asuh yang kurang tepat berpotensi menyebabkan stunting 12,56 kali lebih besar dibandingkan dengan pola asuh yang tepat. Hasil ini mengonfirmasi bahwa pola asuh kedua orang tua, termasuk pemberian gizi seimbang dan perawatan kesehatan yang baik, memiliki pengaruh signifikan terhadap kejadian stunting pada anak usia 25-59 bulan. Namun, hasil penelitian (Rizka, 2023; Paramashanti *et al.*, 2016; Titley *et al.*, 2019) menunjukkan bahwa tingkat pendidikan atau pengetahuan keluarga untuk memberikan asupan makanan bergizi dan pola asuh anak berpengaruh tidak signifikan dan tidak konsisten pada stunting. Demikian juga

temuan (Krisnana, Widiani, *et al.*, 2020) bahwa pola asuh tidak berhubungan dengan kejadian stunting.

Dimensi kesehatan juga menjadi faktor utama penyebab langsung memengaruhi risiko stunting (Huicho *et al.*, 2020; Kassie & Asgedom, 2025). Indikator kesehatan keluarga berisiko stunting dapat dilihat dari pemanfaatan layanan jaminan kesehatan, antenatal (kunjungan layanan kesehatan), dan usia ibu melahirkan. Rendahnya pemanfaatan layanan jaminan kesehatan, antenatal, dan usia ibu melahirkan pada usia tidak ideal berpengaruh pada risiko stunting (Khasanah *et al.*, 2022; Fitriani *et al.*, 2024; Fajariyah & Hidajah, 2020).

Layanan jaminan kesehatan dalam skema Jamkesmas dan Jamkesda yang tersedia memainkan peran krusial dalam mengurangi angka stunting (Kofinti *et al.*, 2022; Nshakira-Rukundo *et al.*, 2020; Schmidt, H., & Wittrup J., 2019). Namun, keluarga berisiko stunting nampak tidak banyak memanfaatkan fasilitas Jamkesmas atau Jamkesdas. Hal ini terlihat pada data jumlah keluarga yang memanfaatkan fasilitas jaminan kesehatan di Provinsi Lampung dalam kategori stabil, yaitu rata-rata per tahun berjumlah 341.779 keluarga berisiko stunting, dengan pertumbuhan rata-rata per tahun dalam lima tahun terakhir (2020-2024) berjumlah 0,5% (BKKBN, 2024). Sementara itu, pertumbuhan rata-rata jumlah keluarga berisiko stunting meningkat per tahun dalam lima tahun terakhir berjumlah 33,2%.

Secara khusus, Kofinti *et al.* (2022) menemukan bahwa kepemilikan Jaminan Kesehatan mengurangi risiko stunting pada keluarga stunting di Sub-Sahara, Afrika. Khasanah *et al.* (2022) menemukan bahwa kepemilikan jaminan asuransi BPJS memengaruhi stunting pada usia anak di bawah 5 tahun di Bangkalan Madura. Nshakira-Rukundo *et al.* (2020) menemukan bahwa satu tahun partisipasi dalam asuransi kesehatan berbasis komunitas dapat menurunkan stunting sebesar 4,3 poin persentase. Di sisi lain, (Simbolon, 2014) menemukan bahwa layanan jaminan kesehatan berpengaruh pada anak stunting. Secara khusus, temuannya menunjukkan tidak ada perbedaan risiko stunting pada keluarga sebagai peserta jaminan kesehatan keluarga miskin (ASKESKIN) dan yang tidak memiliki jaminan kesehatan Non-ASKESKIN. Namun, kepemilikan ASKESKIN sebagai faktor risiko kejadian prematur atau stunting tidak signifikan, sedangkan anak dari

keluarga peserta jaminan kesehatan Non-ASKESKIN dapat terlindungi dari kejadian stunting, atau risiko stunting rendah.

Layanan kunjungan kesehatan antenatal pada fasilitas kesehatan yang tersedia jarang dilakukan, terutama untuk mendapatkan pelayanan imunisasi lengkap. Layanan antenatal yang kurang dimanfaatkan berpotensi risiko stunting tinggi (Hartono *et al.*, 2023; Fitriani *et al.*, 2022; Fajariyah & Hidajah, 2020; Huicho *et al.*, 2020). Namun, hasil penelitian Madi *et al.* (2023) menunjukkan bahwa pelayanan *antenatal care* tidak berpengaruh signifikan pada pembentukan risiko stunting pada anak usia 24 -59 bulan, meskipun melakukan kunjungan *antenatal care* >4 kali dan sudah melakukan pelayanan *antenatal care* yang sesuai standar.

Di sisi lain, (Sani *et al.*, 2019) menemukan bahwa usia ibu melahirkan anak berisiko stunting berpengaruh signifikan pada pembentukan anak stunting, di mana penelitian mereka dilakukan pada ibu yang memiliki anak stunting pada usia 24 – 59 bulan. Penelitian ini dimotivasi oleh kehamilan ibu di usia muda (<20 tahun) dan tua (>35 tahun), serta angka prevalensi stunting meningkat. Sementara itu, (Wardani, 2022) menemukan bahwa usia ibu selama kehamilan, atau melahirkan tidak berpengaruh signifikan terhadap kejadian stunting pada balita di daerah Pamekasan, Madura.

Penanganan stunting memerlukan pendekatan komprehensif yang mencakup dimensi ekonomi, sosial, dan kesehatan. Hubungan antar dimensi ini tidak selalu linier, karena dapat dipengaruhi oleh variabel moderasi seperti alokasi anggaran kesehatan pemerintah. Intervensi anggaran tersebut dapat memperkuat efektivitas program pencegahan stunting, sebagaimana dikemukakan oleh Huicho *et al.* (2020). Namun, penelitian (Black *et al.*, 2013) menemukan bahwa multidimensi yang terintegrasi pada dimensi ekonomi, sosial, dan kesehatan terbukti efektif untuk mengurangi angka stunting, terutama di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah.

#### **1.4 Isu dan Gap Metodologi**

Keberpihakkan pemerintah dalam bentuk alokasi dana berperan penting untuk menguatkan pengurangan risiko stunting (Kohli *et al.*, 2020; Cameron *et al.*, 2021; Jiang & Vaithianathan, 2016) Sebagai contoh, Brar *et al.* (2020) melakukan

penelitian terkait keberpihakan pemerintah Nepal untuk memengaruhi penurunan stunting yaitu melalui peningkatan program di sektoral nutrisi dan non-nutrisi. Kemudian, Brar *et al.*, (2020) juga meneliti intervensi pemerintah Ethiopia untuk penurunan tingkat prevalensi stunting di Ethiopia, tetapi fokus kajian pada sektor pertanian, akses fasilitas kesehatan, sanitasi, dan pendidikan. Namun, Mrema *et al.* (2021) menemukan bahwa intervensi anggaran untuk bantuan nutrisi sebagai variabel independen tidak berpengaruh terhadap penanganan stunting melalui desain eksperimen. Hasil studi Nurbani, (2019) juga memfungsikan anggaran daerah untuk penanganan stunting sebagai variabel independen tidak cukup baik menjelaskan perbedaan kondisi stunting.

Di sisi lain, (Dewi, I. P & Suryanto, S., 2020) meneliti peran variabel pemoderasi dengan menggunakan *Moderated Regression Analysis (MRA)*. Namun, penelitian peran moderasi yang dianalisis memfokuskan pada intervensi pemberian makanan gizi dan kesehatan untuk penurunan prevalensi stunting di Indonesia.

Berdasarkan issue dan gap yang telah dipaparkan diatas maka penelitian ini membangun sebuah model penelitian yang digunakan sebagai upaya mitigasi untuk keluarga beresiko stunting di Provinsi Lampung melalui determinasi ekonomi, sosial dan kesehatan.

### **1.5 Rumusan Masalah Penelitian**

Berdasarkan latar belakang yang telah peneliti paparkan sebelumnya maka disusun rumusan masalah penelitian sebagai berikut:

- 1) Apakah dimensi ekonomi yang terdiri dari variabel keluarga yang memiliki pendapatan, keluarga yang tidak memiliki pendapatan, keluarga yang memiliki tabungan, keluarga yang tidak memiliki tabungan, kepemilikan rumah sendiri, kepemilikan rumah sewa/kontrak berpengaruh terhadap keluarga beresiko stunting pada 15 Kabupaten/Kota di Provinsi Lampung?
- 2) Apakah dimensi sosial yang terdiri dari variabel kepala keluarga tamat sekolah, kepala keluarga tidak tamat sekolah, pola asuh dilakukan suami istri, pola asuh bukan dilakukan suami dan istri berpengaruh terhadap keluarga beresiko stunting pada 15 Kabupaten/Kota di Provinsi Lampung?

- 3) Apakah dimensi kesehatan yang terdiri dari variabel kepemilikan BPJS-PBI, keluarga tidak memiliki BPJS-PBI, layanan antenatal, istri melahirkan pada usia ideal (20-35 tahun), istri melahirkan pada usia terlalu tua (>35tahun), istri melahirkan pada usia terlalu muda (<20 tahun), berpengaruh terhadap keluarga beresiko stunting pada 15 Kabupaten/Kota di Provinsi Lampung?
- 4) Apakah anggaran stunting yang diluncurkan pemerintah memoderasi pengaruh pada variabel dimensi ekonomi, sosial dan kesehatan terhadap keluarga beresiko stunting pada 15 Kabupaten/Kota di Provinsi Lampung?

## 1.6 Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian yang berkaitan dengan rumusan masalah, yaitu :

- 1) Mengetahui secara empiris pengaruh dimensi ekonomi yang terdiri dari variabel keluarga yang memiliki pendapatan, keluarga yang tidak memiliki pendapatan, keluarga yang memiliki tabungan, keluarga yang tidak memiliki tabungan, kepemilikan rumah sendiri, dan kepemilikan rumah sewa/kontrak terhadap keluarga berisiko stunting pada 15 Kabupaten/Kota di Provinsi Lampung.
- 2) Mengetahui secara empiris pengaruh dimensi sosial yang terdiri dari variabel kepala keluarga tamat sekolah, kepala keluarga tidak tamat sekolah, pola asuh dilakukan pasangan suami dan istri dan pola asuh bukan dilakukan pasangan suami istri terhadap keluarga berisiko stunting pada 15 Kabupaten/Kota di Provinsi Lampung.
- 3) Mengetahui secara empiris pengaruh dimensi kesehatan yang terdiri dari variabel keluarga memiliki BPJS-PBI, keluarga tidak memiliki BPJS-PBI, layanan antenatal, istri melahirkan pada usia ideal (20-35 tahun), istri melahirkan pada usia muda (<20 tahun), istri melahirkan pada usia tua (>35 tahun) terhadap keluarga berisiko stunting pada 15 Kabupaten/Kota di Provinsi Lampung.
- 4) Mengetahui secara empiris anggaran stunting yang diluncurkan pemerintah memoderasi pengaruh pada variabel dimensi ekonomi, sosial dan kesehatan terhadap keluarga berisiko stunting pada 15 Kabupaten/Kota di Provinsi Lampung

## 1.7 Keaslian dan Keterbaruan penelitian

Penelitian ini merupakan pengembangan dari studi-studi sebelumnya yang membahas stunting dari berbagai dimensi, dengan menawarkan keterbaruan baik dari sisi perspektif, pemilihan variabel, pendekatan metodologi, maupun kontekstualisasi wilayah. Keterbaruan tersebut dapat dijelaskan dalam tiga poin utama berikut:

### 1. Keterbaruan Perspektif dan Pemilihan Variabel Kontekstual

Penelitian ini mengadaptasi kerangka dasar dari Muche *et al.* (2021), yang meneliti pengaruh pendapatan, pendidikan, dan kesehatan terhadap risiko stunting, dengan fokus pada kesiapan masyarakat dalam aspek sanitasi dan gizi. Namun, pendekatan dalam penelitian ini berbeda secara substantif. Fokus utama diarahkan pada keberlanjutan penurunan angka stunting melalui intervensi kebijakan pemerintah, bukan semata pada kesiapan masyarakat dalam sanitasi dan gizi. Lebih jauh, pemilihan variabel dalam penelitian ini disesuaikan dengan fenomena empiris yang nyata di Provinsi Lampung, di mana masih ditemukan banyak keluarga yang tidak memiliki pendapatan, tidak tamat pendidikan, tidak memiliki jaminan kesehatan, serta tinggal di rumah sewa atau kontrak. Oleh karena itu, variabel penelitian tidak hanya mencerminkan kondisi memiliki tetapi juga secara eksplisit mengakomodasi kategori tidak memiliki.

### 2. Keterbaruan dalam Perlakuan Variabel Anggaran sebagai Moderasi

Penelitian ini juga menawarkan keterbaruan metodologis dengan memposisikan anggaran stunting sebagai variabel moderasi, berbeda dari studi-studi sebelumnya seperti Mrema *et al.* (2021) dan Nurbani (2019) yang memperlakukan anggaran sebagai variabel independen. Dalam model ini, anggaran diuji kemampuannya dalam memperkuat hubungan antara variabel ekonomi, sosial, dan kesehatan terhadap risiko stunting. Ketika interaksi variabel moderasi terbukti berpengaruh, maka analisis dilanjutkan dengan *Moderated Regression Analysis* (MRA) yang diintegrasikan dengan model regresi data panel lima tahunan 2020-2024 untuk 15 kabupaten/kota di Provinsi Lampung. Pendekatan ini juga berbeda

dari penelitian Cameron *et al.* (2021) yang menggunakan MRA dalam konteks gizi dan sanitasi, sedangkan penelitian ini memfokuskan MRA pada alokasi anggaran dalam perspektif ekonomi kebijakan, sebagai bentuk nyata intervensi pemerintah dalam memutus rantai stunting secara berkelanjutan di daerah.

### 3. Keterbaruan Model Multidimensi Berbasis Wilayah

Penelitian ini membangun model multidimensi yang mengintegrasikan variabel ekonomi: pendapatan, tabungan, kepemilikan rumah, sosial: pendidikan, pola asuh, dan Kesehatan: kepemilikan BPJS, layanan antenatal, usia ibu melahirkan. Seluruh dimensi dianalisis dalam satu kerangka utuh untuk menjelaskan determinan stunting secara lebih komprehensif di wilayah Provinsi Lampung. Hal ini memperkuat model analisis terdahulu seperti yang dilakukan oleh Sari *et al.* (2025), Ahnafani *et al.* (2024), Setiawan & Machsus (2023), Aurima *et al.* (2021), dan Tahangnacca *et al.* (2020) yang umumnya masih mengkaji satu atau dua dimensi secara terpisah. Dengan mengintegrasikan pendekatan tersebut ke dalam konteks lokal dan menambahkan variabel-variabel kontekstual yang mencerminkan ketimpangan sosial ekonomi nyata, penelitian ini mengisi gap dalam literatur yang belum banyak mengeksplorasi model stunting berbasis wilayah dengan pendekatan multidimensi dan variabel moderasi kebijakan.

#### 1.8 Kontribusi Penelitian

1. **Kontribusi Teori:** Penelitian ini diharapkan memberikan kontribusi teoritis yang signifikan dengan mengintegrasikan pendekatan multidimensi dari dimensi ekonomi, sosial, dan kesehatan untuk menganalisis pengaruhnya pada jumlah keluarga berisiko stunting. Analisis pengaruh multidimensi tersebut dilakukan dengan memanfaatkan teori pertumbuhan ekonomi, teori modal manusia, teori kesejahteraan, teori sosial ekonomi, teori pembangunan berkelanjutan yang diintegrasikan pada teori pemberdayaan masyarakat, sehingga penelitian ini diharapkan berkontribusi pada penguatan teori tersebut.
2. **Kontribusi Metodologi:** Kontribusi metodologi berfokus pada peran variabel moderasi alokasi anggaran dalam efek dimensi dari setiap dimensi ekonomi, sosial, dan kesehatan terhadap penurunan keluarga berisiko stunting, yang

berimplikasi pada kebijakan pemerintah dalam manajemen dan mekanisme alokasi anggaran stunting yang efektif.

3. **Kontribusi Empiris/Kebijakan:** Penelitian ini memberikan kontribusi empiris dan berimplikasi pada kontribusi kebijakan pemerintah daerah kabupaten/kota di Provinsi Lampung untuk menangani penurunan angka prevalensi stunting minimal mencapai target nasional sebesar 14,0% atau di bawahnya. Hasil analisis moderasi anggaran stunting dalam dimensi ekonomi, sosial, dan kesehatan menawarkan wawasan baru untuk merumuskan strategi dan kebijakan penanggulangan stunting yang lebih terarah dan berkelanjutan di kabupaten/kota khususnya di Provinsi Lampung, dan Indonesia secara umum.

## **BAB II**

### **KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA PEMIKIRAN DAN HIPOTESIS**

#### **2.1 Dasar Teoritis**

Penelitian ini mendasarkan pada teori-teori yang sangat relevan dengan faktor yang menentukan stunting, yang dilihat dari dimensi ekonomi, sosial, dan kesehatan. Teori yang dimaksud adalah *Endogenous Growth Theory*, *Human Capital Theory*, Teori Kesejahteraan, Teori Sosial Ekonomi, Teori Pembangunan Manusia, Teori Pembangunan Berkelanjutan dan Peran Pemerintah. Teori-teori ini saling mendukung, sehingga mampu menjelaskan berbagai faktor yang menentukan stunting.

##### **2.1.1 Teori Pertumbuhan Ekonomi Endogen (*Endogenous Growth Theory*)**

Model pertumbuhan neoklasikal dianggap belum menjelaskan konsep pertumbuhan ekonomi dengan baik karena yang menganggap kemajuan teknologi sebagai sesuatu yang eksogen atau datang dari luar sistem ekonomi (Juhro & Trisnanto, 2018). Hal ini dianggap sebagai kelemahan karena menjadikan kemajuan teknologi sebagai variabel eksogen, padahal dalam kenyataannya, inovasi dan pengetahuan berasal dari kegiatan ekonomi itu sendiri. Kemudian pada tahun 1980-an muncul istilah pertumbuhan endogenous yang dikemukakan oleh Romer (1986), Lucas (1988), dan Grossman & Helpman (1991). Pada model pertumbuhan endogen memasukkan peran teknologi sebagai faktor endogen, kemudian menekankan modal manusia dalam penelitian dan pengembangan (R&D) sebagai tulang punggung pertumbuhan ekonomi. Kemajuan teknologi berperan sebagai faktor endogen dalam pertumbuhan ekonomi jangka panjang (Dornbusch *et al.*, 1998). Teori ini dibangun atas gagasan bahwa peningkatan dalam inovasi, pengetahuan, dan modal manusia akan menghasilkan peningkatan produktivitas, yang berdampak positif pada prospek ekonomi.

Model pertumbuhan endogen menyatakan bahwa pertumbuhan jangka panjang dapat terjadi melalui investasi dalam riset dan pengembangan, karena aktivitas tersebut menghasilkan ide baru yang meningkatkan produktivitas total faktor. Romer, (1994), mengasumsikan bahwa ide-ide inovatif merupakan bagian yang sangat penting dari pertumbuhan ekonomi. Menggabungkan peningkatan modal manusia dan pengetahuan yang ada dapat menciptakan ide-ide inovatif untuk meningkatkan produksi barang dalam suatu perekonomian. Pengetahuan tambahan memberikan manfaat lebih besar dari sebelumnya. Pengetahuan adalah hasil dari tindakan manusia, bukan proses alamiah atau proses sistem dan dalam beberapa kondisi (misalnya melalui hak paten), pengetahuan bisa dijaga sebagai eksklusif. Selanjutnya, Lucas, (1988) menekankan pentingnya akumulasi modal manusia (*human capital*) melalui pendidikan dan pelatihan. Pertumbuhan ekonomi tergantung pada tingkat pembelajaran, keterampilan, dan kualitas kesehatan tenaga kerja. Dengan demikian dalam teori pertumbuhan endogen, faktor-faktor seperti akumulasi pengetahuan, investasi dalam riset dan pengembangan (R&D), pendidikan, dan kualitas sumber daya manusia dipandang sebagai penentu utama pertumbuhan ekonomi jangka panjang. Berikut model matematis dari pertumbuhan endogen:

$$Y = AK^{\alpha}L^{1-\alpha}$$

Dimana:

Y= total output

A= tingkat teknologi

K= modal fisik

L= tenaga kerja

$\alpha$ = elastisitas output kapital

Jika populasi L bernilai konstan dan sama dengan 1, maka diperoleh persamaan sebagai berikut:

Teori pertumbuhan endogen menekankan pentingnya investasi pada manusia dan pengetahuan sebagai kunci pertumbuhan jangka panjang. Teori ini sangat relevan untuk menjelaskan peran kesehatan dan gizi anak (termasuk pencegahan stunting) dalam membentuk kualitas sumber daya manusia yang menjadi motor penggerak pertumbuhan ekonomi suatu negara.

### 2.1.2 Teori Modal Manusia (*Human Capital Theory*)

Teori *Human Capital* (modal manusia) merupakan salah satu pendekatan ekonomi yang menjelaskan kontribusi pendidikan, keterampilan, dan kesehatan individu terhadap produktivitas dan pertumbuhan ekonomi. Berbeda dengan modal fisik seperti mesin dan bangunan, modal manusia merujuk pada kapasitas produktif yang melekat pada individu, yang diperoleh melalui investasi pendidikan, pelatihan, dan perawatan kesehatan (Becker, 1964). Konsep ini dikembangkan pertama kali oleh (Schultz, 1961) dan diperluas secara sistematis oleh Gary Becker (1964). Mereka berargumen bahwa investasi dalam pendidikan dan kesehatan memberikan return ekonomi yang nyata bagi individu maupun negara. Becker menjelaskan bahwa individu yang sehat dan berpendidikan memiliki kemampuan lebih besar untuk menyerap informasi, meningkatkan efisiensi kerja, dan berkontribusi terhadap inovasi.

Menurut (Becker, 1964) dan (George Psacharopoulos & Harry Anthony Patrinos, 2004), modal manusia terdiri dari beberapa dimensi utama. Pertama, pendidikan formal dapat meningkatkan kemampuan kognitif dan keterampilan teknis. Kedua, pelatihan dan pengalaman kerja dapat meningkatkan produktivitas melalui pembelajaran praktis. Ketiga, kesehatan dan gizi sebagai faktor kesehatan yang berkontribusi terhadap ketahanan, kapasitas berpikir, dan durasi produktif kerja. Kemudian nilai sosial dan moral seperti disiplin, motivasi kerja, dan etika turut memengaruhi efektivitas produktivitas.

Dalam konteks makroekonomi, human capital dianggap sebagai penggerak pertumbuhan jangka panjang. Model pertumbuhan seperti Lucas, (1988) dan Barro, (1991) menunjukkan bahwa negara dengan tingkat modal manusia yang lebih tinggi akan mengalami pertumbuhan ekonomi yang lebih cepat. Dalam modelnya, Lucas memperkenalkan *human capital* sebagai faktor produksi yang dapat ditingkatkan melalui pendidikan dan pembelajaran. Akumulasi modal manusia (*human capital accumulation*) telah digunakan secara luas dalam model pertumbuhan ekonomi modern. Modal manusia bersifat *increasing returns to scale* dan modal manusia merupakan sumber eksternalitas (Arrow, 1962; Romer, 1986).

Dalam model pertumbuhan endogen Lucas (1988), “*learning-by-doing*” dan eksternalitas adalah dua konsep kunci yang menjelaskan bagaimana pengetahuan dan keterampilan individu tidak hanya berdampak pada dirinya sendiri, tetapi juga terhadap produktivitas masyarakat secara keseluruhan. *Learning-by-doing* adalah proses di mana individu atau pekerja belajar dan meningkatkan keterampilan mereka melalui pengalaman kerja sehari-hari (Ellery, 1999). Setiap kali seseorang bekerja, mereka tidak hanya menghasilkan output, tapi juga belajar, dan kemampuan mereka meningkat seiring waktu. Kemudian eksternalitas muncul dalam dua kondisi. Pertama, ketika produktivitas individu bergantung pada produktivitas rata-rata dalam perekonomian, eksternalitas dapat muncul diantara stok sumber daya manusia dari individu-individu yang berbeda. Kedua, eksternalitas juga dapat muncul di antara aliran akumulasi modal manusia oleh individu yang berbeda (Chamley, 1993; Lucas, 1988).

Berbeda dengan model Solow, di mana pertumbuhan menyusut karena *decreasing returns*, dalam model Lucas pertumbuhan bisa berkelanjutan karena peningkatan human capital secara terus-menerus. Hal ini dapat ditunjukkan pada model berikut:

$$Y = AK^\alpha(HL)^{1-\alpha}$$

Dimana:

Y= total output

A= tingkat teknologi

K= modal fisik

H= human capital per pekerja

L= tenaga kerja

$\alpha$ = elastisitas output kapital

Teori *human capital* memberikan dasar konseptual kuat dalam menjelaskan bagaimana investasi pada manusia menentukan produktivitas dan pertumbuhan ekonomi jangka panjang. Dalam kaitannya dengan isu stunting, pendekatan ini menegaskan bahwa pencegahan gizi buruk sejak dini bukan hanya isu kesehatan, tapi juga strategi pembangunan ekonomi jangka panjang yang mendasar.

### 2.1.3 Teori Kesejahteraan (*Welfare Theory*)

Umumnya konsep kesejahteraan diadopsi dari *The Wealth of Nation* (1776), dimana manusia memiliki hasrat untuk memenuhi kebutuhannya. Manusia cenderung berusaha memuaskan keinginannya sehingga kesejahteraan dapat dicapai. Adam Smith menyatakan bahwa kesejahteraan masyarakat adalah tercapainya kemakmuran yang mencakup seluruh masyarakat, bukan hanya sebagian.

*Grand theory* kesejahteraan yaitu *Welfare State* oleh Bentham menyatakan bahwa pemerintah bertanggung jawab untuk menjamin kesejahteraan masyarakat dengan menggunakan istilah *utility* (Bentham, 1789). Kemudian Arthur Cecil Pigou dalam karyanya *The Economics of Welfare* (1920), kesejahteraan sosial akan meningkat jika kesejahteraan ekonomi individu dalam masyarakat meningkat, terutama jika terjadi distribusi pendapatan yang lebih merata. Selanjutnya konsep kesejahteraan menurut Maslow (1943) yang dikenal dengan "*The Hierarchy of Needs Theory*" dimana kesejahteraan bisa diukur dari tingkatan pemenuhan kebutuhan. Pertama, kebutuhan fisiologis atau kebutuhan dasar manusia. Kedua, kebutuhan merasa aman baik secara fisik maupun emosional. Ketiga, kebutuhan sosial akan kepilikan dan cinta. Keempat, kebutuhan untuk dihargai atau mendapatkan penghargaan. Kelima, kebutuhan aktualisasi diri. Dengan demikian pencapaian pemenuhan kebutuhan tersebut dapat meningkatkan kesejahteraan manusia.

Sebagai pengembangan lebih lanjut, Amartya Sen (1999) memperkenalkan pendekatan *capability*, yang mendefinisikan kesejahteraan bukan sekadar sebagai kepuasan atau utilitas, tetapi sebagai kebebasan nyata yang dimiliki seseorang untuk memilih dan menjalani kehidupan yang mereka nilai bermakna. Dalam pendekatan ini, akses terhadap gizi yang memadai, pendidikan berkualitas, dan layanan kesehatan yang terjangkau dipandang sebagai *capability set* yang harus dijamin oleh negara. Pendekatan ini menjadi dasar dari indeks pembangunan manusia yang digunakan oleh UNDP sebagai ukuran alternatif kesejahteraan.

Teori Kesejahteraan Sosial (*Social Welfare Theory*) adalah konsep ekonomi dan sosial yang menyoroti peran pemerintah dalam menyediakan perlindungan sosial dan jaminan terhadap risiko ekonomi serta sosial yang dihadapi individu

dalam masyarakat (Barr, 2020). Teori ini berkembang dari kebutuhan untuk mengatasi ketidakpastian yang dialami individu terkait kesehatan, pengangguran, kemiskinan, kecacatan, dan usia lanjut. Teori ini berlandaskan pada gagasan bahwa pasar bebas sering kali gagal mengalokasikan sumber daya secara adil, sehingga diperlukan campur tangan negara untuk menjamin kesejahteraan kolektif. Dalam konteks stunting, teori kesejahteraan sosial memandang kondisi tersebut sebagai manifestasi nyata dari kegagalan sistem sosial dan ekonomi dalam menjamin pemenuhan hak dasar anak. Stunting tidak hanya menurunkan kualitas hidup individu, tetapi juga berdampak sistemik terhadap produktivitas tenaga kerja, beban kesehatan nasional, serta pertumbuhan ekonomi jangka panjang.

#### **2.1.4 Teori Sosial Ekonomi**

Sosial menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia yang baik dan benar /KBBI (<https://kbbi.web.id/>) adalah hal-hal yang berkenaan dengan masyarakat atau sifat-sifat kemasyarakatan yang memperhatikan umum. Jadi sosial bisa dikatakan sebuah perilaku manusia yang berhubungan ataupun bekerja sama satu sama lain dalam kehidupan bermasyarakatnya, dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dan keinginan didalam hidupnya masing-masing baik kebutuhan sandang, papan dan juga pangan. Sedangkan, istilah ekonomi dapat diartikan sebagai perilaku manusia dalam mencari alat pemuas kebutuhan untuk mencapai kesejahteraan dan kebahagiaan di dalam kehidupannya. Alat pemuas kebutuhan manusia dapat diukur dengan tercapai sejumlah konsumsi atas barang dan jasa yang dibutuhkan untuk kesejahteraan dan kebahagiaan dalam kehidupan keseharian.

Konsumsi akan terjadi jika manusia memiliki alat transaksi untuk pemenuhan konsumsinya, yang dikenal dengan pendapatan. Pernyataan ini bersesuaian dengan Teori Ekonomi dari Keynes, yang dikenal dengan *Keynesian Consumption Model* (Teori Konsumsi Keynes). Teori Konsumsi Keynes yang diusul pertama kali oleh (Keynes, 1936), dikenal dengan Hipotesis Pendapatan Absolut (*absolute income hypotesis*) yang pada intinya menjelaskan bahwa konsumsi seseorang dan atau masyarakat secara absolut ditentukan oleh tingkat pendapatan. Teori Konsumsi Keynes didasarkan pada 3 postulat yaitu:

1. Konsumsi meningkat apabila pendapatan meningkat, akan tetapi besarnya peningkatan konsumsi tidak akan sebesar peningkatan pendapatan. Oleh karenanya ada batasan dari Keynes sendiri yaitu bahwa kecenderungan mengonsumsi marginal = MPC (*marginal propensity to consume*) adalah antara nol dan satu, dan besarnya perubahan konsumsi selalu di atas 50% dari besarnya perubahan pendapatan ( $0,5 < 1$ ).
2. Rata-rata kecenderungan mengonsumsi = APC (*average propensity to consume*) akan turun apabila pendapatan naik, karena peningkatan pendapatan selalu lebih besar daripada peningkatan konsumsi, sehingga setiap naiknya pendapatan pastilah akan memperbesar tabungan. Jadi setiap terjadi peningkatan pendapatan maka pastilah rata-rata kecenderungan menabung akan semakin tinggi.
3. Bahwa pendapatan adalah merupakan determinan (faktor penentu utama) dari konsumsi.

Keynes menjelaskan bahwa konsumsi saat ini (*current consumption*) sangat dipengaruhi oleh pendapatan disposabel saat ini (*current disposable income*). Menurut Keynes ada batas konsumsi minimal yang tidak tergantung tingkat pendapatan. Artinya, tingkat konsumsi tersebut harus dipenuhi, walaupun pendapatan sama dengan nol. Konsumsi tersebut disebut konsumsi otonomus (*autonomous consumption*). Perubahan tingkat bunga menciptakan efek terhadap konsumsi rumah tangga. Efek tersebut adalah efek substitusi (*substitution effect*) dan efek pendapatan (*income effect*). Efek substitusi bagi kenaikan tingkat suku bunga adalah apabila terjadi kenaikan tingkat suku bunga, maka rumah tangga cenderung menurunkan pengeluaran konsumsi dan menambah Tabungan, sedangkan efek pendapatan bagi kenaikan tingkat suku bunga adalah apabila terjadi penurunan suku bunga, maka rumah tangga cenderung meningkatkan pengeluaran konsumsi dan mengurangi tabungan. Individu akan mengalokasikan pendapatannya lebih banyak menjadi tabungan dan deposito (uang kuasi), apabila suku bunga tinggi karena akan lebih besar pendapatan bunga yang diperoleh.

Sebaliknya, pada tingkat bunga yang rendah, individu akan mengurangi alokasi pendapatannya untuk tabungan dan deposito (uang kuasi), karena individu lebih memilih melakukan konsumsi dari pada menabung. Dalam perbandingan relatif

terhadap pendapatan nasional, jika proporsi pengeluaran konsumsi masyarakat semakin meningkat, maka terdapat kecenderungan proporsi uang kuasi mengalami penurunan karena digunakan untuk keperluan konsumsi. Meskipun juga terjadi kenaikan uang kuasi dalam periode yang sama, tetapi persentase kenaikannya lebih kecil dibandingkan persentase kenaikan konsumsi. Sebaliknya, jika proporsi pengeluaran konsumsi masyarakat mengalami penurunan, maka terdapat kecenderungan proporsi uang kuasi mengalami kenaikan sehingga hubungan antara konsumsi dengan jumlah uang kuasi merupakan hubungan yang berbanding terbalik.

(Samuelson, 2004), menyatakan bahwa faktor-faktor utama yang mempengaruhi dan menentukan jumlah pengeluaran untuk konsumsi adalah pendapatan disposibel sebagai faktor utama, pendapatan permanen dan pendapatan menurut daur hidup, kekayaan serta faktor permanen lainnya seperti faktor sosial dan harapan tentang kondisi ekonomi dimasa datang. Pendekatan pendapatan permanen dan pendekatan daur hidup mengasumsikan bahwa rumah tangga membagi konsumsinya antara masa sekarang dan masa yang akan datang berdasarkan perkiraan kemampuan konsumsi dalam jangka panjang. Rumah tangga mencoba untuk mempertahankan konsumsi dalam jangka panjang.

Teori konsumsi Keynes juga dikenal sebagai *Income hypothesis*. Keynes menjelaskan bahwa konsumsi saat ini dipengaruhi oleh pendapatan disposibel saat ini, dan ada batas konsumsi minimal yang tidak dipengaruhi tingkat pendapatan sehingga bentuk fungsi konsumsi:

$$C = C_0 + bY_d$$

dimana:

C = konsumsi

C<sub>0</sub> = konsumsi otonomus

b = marginal propensity to consume (MPC)

Y<sub>d</sub> = pendapatan disposable

0 ≤ b ≤ 1

Kecenderungan Mengonsumsi Marginal (*Marginal Propensity to Consume*) disingkat MPC) adalah konsep yang memberikan gambaran tentang berapa konsumsi akan bertambah bila pendapatan *disposable* bertambah satu unit.

$$MPC = \frac{\Delta C}{\Delta Y_d}$$

Kecenderungan Mengonsumsi Rata-rata (*Average Propensity to Consume*) Kecenderungan Mengonsumsi Rata-rata (*Average Propensity to Consume*, disingkat APC) adalah rasio antara konsumsi total dengan pendapatan disposabel total.

$$APC = \frac{C}{Y_d}$$

Hubungan konsumsi dan tabungan pendapatan disposabel yang diterima rumah tangga sebagian besar digunakan untuk konsumsi, sedangkan sisanya ditabung, dengan demikian kita dapat menyatakan:

$$Y_d = C + S$$

dimana: S = tabungan (saving)

Pada konteks penelitian ini, dimensi ekonomi yang menjadi pengukuran adalah pendapatan, tabungan, dan kepemilikan rumah baik rumah sendiri maupun rumah sewa. Fokus utama pendapatan disposable pada penelitian ini digunakan untuk konsumsi harian untuk pemenuhan fisik berupa pangan dan sandang. Namun, posisi kepemilikan rumah juga dapat dikatakan sebagai alokasi tabungan atau investasi dari pendapatan yang diperoleh, terutama bagi keluarga yang berpenghasilan terbatas. Berarti, indikator dari dimensi ekonomi pada penelitian adalah tepat dilihat dari pendapatan, tabungan, dan kepemilikan rumah.

Dua istilah tersebut Sosial dan Ekonomi memunculkan satu istilah dikenal dengan istilah sosial ekonomi. Menurut Soerjono Soekanto (2007), sosial ekonomi adalah posisi seseorang dalam masyarakat berkaitan dengan orang lain dalam arti lingkungan pergaulan, prestasinya, dan hak-hak serta kewajibannya dalam berhubungan dengan sumber daya. Menurut (Soekanto, 2001) menyatakan bahwa komponen pokok kedudukan sosial ekonomi meliputi ukuran kekayaan, ukuran kekuasaan, ukuran kehormatan, dan ukuran ilmu pengetahuan melalui pendidikan.

Pendidikan seseorang berkorelasi dengan kondisi ekonomi (Gerungan, 2009). Kondisi ekonomi keluarga yang cukup memadai akan membangun lingkungan material yang dihadapi anak dalam keluarganya lebih luas, yang juga diharapkan anak mendapatkan kesempatan yang lebih luas untuk mengembangkan kecakapan dan kepandaian terutama untuk mendorong komunikasi sosial yang lebih baik. Daya dorong komunikasi sosial oleh anak dalam keluarga sangat tergantung pola asuh orang tua pasangan suami istri.

Sosial ekonomi yaitu suatu posisi, kedudukan, jabatan, kepemilikan pendidikan yang memungkinkan kecakapan dan kepandaian, dan status pekerjaan yang dimiliki sangat mempengaruhi status sosial seseorang, kelompok keluarga di lingkungan masyarakatnya. Sementara itu, kecakapan dan kepandaian seseorang sangat tergantung pada pola asuh orang tua.

Berikut ini beberapa faktor sosial orang tua yang dapat memengaruhi perkembangan anak menurut Gerungan (2009)

1) Keutuhan keluarga

Keutuhan keluarga adalah keutuhan dalam struktur keluarga, yaitu bahwa keluarga terdiri dari ayah, ibu, dan anak. Apabila salah satu unsur keluarga diatas tidak ada, maka struktur keluarga tidak utuh. Ketidakutuhan keluarga berpengaruh negatif terhadap perkembangan sosial anak. Pengaruh negatif itu bisa mempengaruhi kecakapan-kecakapan anak disekolah. Dalam penilaian kaum psikologi, anak-anak dari keluarga utuh memperoleh nilai psikologis yang lebih baik dari pada anak-anak dari keluarag utuh dalam hal fleksibilitas, penyesuaian diri, pengertian akan orang-orang dan situasi diluarnya, dan dalam hal pengendalian diri.

2) Sikap dan kebiasaan orang tua

Umumnya sikap dan kebiasaan mendidik yang otoriter, *overprotective*, dan penolakan orang tua terhadap anak-anak dapat menjadi suatu kendala bagi perkembangan sosial anak. Sikap dan kebiasaan mendidik oleh orangtua terhadap anak anaknya merupakan cerminan pola asuh orang tua kepada anaknya yang akan membentuk perkembangan anak dalam aktivitas sosialnya.

3) Status anak

Status anak adalah status anak sebagai anak sulung, anak bungsu atau anak tunggal. Selain itu status anak sebagai anak tiri juga mempengaruhi interaksi sosial keluarga.

4) Faktor sosial orang tua bisa terbawa ke lingkungan sekolah jika seorang siswa tidak mampu mengendalikan motivasi belajarnya dan orang tua tidak mampu memberikan semangat lebih akan pentingnya belajar.

Sosial ekonomi menurut Coleman dan Cressey dalam Sumardi (2004) diklasifikasi dalam bentuk jenis status sosial ekonomi, yaitu:

1) Status sosial ekonomi atas

Merupakan kelas sosial yang berada paling atas dari tingkatan sosial yang terdiri dari orang-orang yang sangat kaya seperti kalangan konglomerat, mereka sering menempati posisi teratas dari kekuasaan umumnya dan dapat memenuhi kebutuhan hidupnya dengan baik.

2) Status sosial ekonomi bawah

Merupakan kedudukan seseorang di masyarakat yang diperoleh berdasarkan penggolongan menurut kekayaan dan status sosialnya, dimana harta kekayaan yang dimiliki serta status sosial yang dimiliki termasuk kurang jika dibandingkan dengan rata-rata masyarakat pada umumnya serta tidak mampu dalam memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari.

Sedangkan tingkat Status sosial ekonomi menurut Arifin dalam Sunarto (2004:88) membagi kelas sosial dalam tiga golongan, yaitu:

1) Kelas atas (*upper class*)

Upper class berasal dari golongan kaya raya seperti golongan konglomerat, kelompok eksekutif, dan sebagainya.

2) Kelas menengah (*middle class*)

Kelas menengah biasanya diidentikkan oleh kaum profesional dan para pemilik toko dan bisnis yang lebih kecil.

3) Kelas bawah (*lower class*)

Kelas bawah adalah golongan yang memperoleh pendapatan atau penerimaan sebagai imbalan terhadap kerja mereka yang jumlahnya jauh lebih sedikit dibandingkan dengan kebutuhan pokoknya.

Setiap keluarga di lingkungan masyarakat tentunya memiliki status sosial ekonomi yang berbeda-beda dan beragam. Kepemilikan atas harta kekayaan, jabatan yang diemban, pekerjaan yang dimiliki, dan tingkat pendidikan akan mencirikan status sosial ekonomi setiap keluarganya. Tingkat pendidikan pada keluarga juga akan mewarnai pola asuh kepada keluarga dari orang tua kepada anak. Oleh karena itu pada konteks penelitian ini, indikator dari dimensi sosial ekonomi adalah pendidikan dan pola asuh.

Dengan demikian, penggunaan teori sosial ekonomi yang mengakar dari teori ekonomi dan sosial tepat dimanfaatkan pada penelitian ini, terutama untuk

menganalisis pengaruh indikator pada dimensi ekonomi dan sosial terhadap risiko stunting.

### 2.1.5 Teori Pembangunan Manusia (*Human Development Theory*)

Pembangunan manusia merupakan suatu proses untuk memperbesar pilihan-pilihan bagi manusia (*United Nations Development Programme/UNDP*, 1990). Teori ini dicetuskan oleh UNDP untuk memperbaiki konsep analisis sumber daya manusia sebelumnya yang berlandaskan produk domestik bruto atau rata-rata pendapatan per kapita. Menurut (UNDP, 1990), pendapatan rata-rata tidak secara detil menggambarkan kondisi sumberdaya manusia di suatu wilayah. Hal ini karena kesenjangan antara penduduk kaya dan miskin cenderung tinggi, sehingga penduduk pada dasarnya miskin akan terdata memiliki kesejahteraan lebih tinggi.

Pembangunan manusia muncul pada tahun 1990 untuk memperbaiki pengukuran sebelumnya. Sejumlah premis dasar konsep ini sebagai berikut.

1. Pembangunan harus mengutamakan penduduk sebagai pusat perhatian.
2. Pembangunan dimaksudkan untuk memperbesar pilihan-pilihan bagi penduduk, tidak hanya untuk meningkatkan pendapatan mereka. Oleh karena itu konsep pembangunan manusia harus terpusat pada penduduk secara keseluruhan, dan bukan hanya pada dimensi ekonomi saja.
3. Pembangunan manusia memperhatikan bukan hanya pada upaya meningkatkan kemampuan (kapabilitas) manusia tetapi juga dalam upaya-upaya memanfaatkan kemampuan manusia tersebut secara optimal.
4. Pembangunan manusia didukung oleh empat pilar pokok, yaitu: produktifitas, pemerataan, kesinambungan, dan pemberdayaan.
5. Pembangunan manusia menjadi dasar dalam penentuan tujuan pembangunan dan dalam menganalisis pilihan-pilihan untuk mencapainya.

Sementara itu, pembangunan manusia dalam mencapai tujuan akhirnya memperhatikan empat hal utama, yaitu:

1. Produktifitas

Produktifitas penduduk berkaitan dengan *human capital* yang dimiliki dan investasi manusia dilakukan untuk meningkatkan produktivitasnya. Berkaitan dengan tujuan pembangunan manusia dalam produktivitas ini, stunting menjadi

isu yang dapat menghambat tujuan produktivitas ini, yang diharapkan sebagai modal manusia dan investasi untuk mendukung tercapainya pembangunan ekonomi dan kesejahteraan masyarakat dan negara. Oleh karena itu, stunting perlu diantisipasi untuk tidak terjadi, sehingga tingkat produktivitas manusia diharapkan meningkat untuk berkontribusi bagi pertumbuhan dan kesejahteraan masyarakat dan negara.

## 2. Pemerataan

Penduduk memiliki kesempatan yang sama untuk mendapatkan akses terhadap sumber daya ekonomi dan sosial, seperti kepemilikan rumah sendiri ideal layak huni, yang menjadi isu dan akan dianalisis pada penelitian ini. Semua hambatan yang memperkecil kesempatan untuk memperoleh akses tersebut harus dihapus.

## 3. Kestinambungan

Pembangunan yang dilakukan tidak hanya untuk mencukupi kebutuhan saat ini tapi juga masa depan, dengan menciptakan ada kepemilikan tabungan sebagai investasi masyarakat untuk berjaga jaga dalam melindungi kehidupan tetap selalu sehat dan memiliki tingkat pendidikan tinggi yang lebih baik.

## 4. Pemberdayaan

Penduduk harus berpartisipasi penuh dalam keputusan dan proses yang akan menentukan kehidupan mereka.

Pembangunan manusia dapat diukur dengan menggunakan konsep yang disebut dengan *Human Development Index* (HDI) (UNDP, 1990). Komponen pengukuran dalam HDI terdiri dari tiga, yaitu:

### 1. Indeks Harapan hidup

Indeks Harapan Hidup menunjukkan jumlah tahun hidup yang diharapkan dapat dinikmati penduduk suatu wilayah. Dengan memasukkan informasi mengenai angka kelahiran dan kematian per tahun. Indeks tersebut diharapkan akan mencerminkan rata-rata lama hidup dengan kondisi hidup sehat. Hidup Sehat menjadi faktor utama untuk tidak mendapatkan kondisi stunting. Kondisi sehat dipengaruhi oleh saat anak tersebut dalam kandungan orang tuanya (Prenatal). Saat Prenatal sangat membutuhkan perawatan Kesehatan melalui rutinitas kunjungan kepada institusi layanan kesehatan, yang dikenal dengan *Antenatal Care* (D Magasida & E Erawati, 2022). Jika *Antenatal Care* tidak dilakukan

dengan standar layanan kunjungan perawatan Kesehatan yang ideal, maka potensi usia lahir anak tidak ideal (usia kelahiran dini). Indikator lain, bahwa kondisi sehat perlu diantisipasi dalam kehidupan sehari-hari agar tidak terjadi kondisi tidak sehat pada masa tertentu sebagai akibat faktor lingkungan eksternal, seperti wabah penyakit yang muncul tidak terduga. Untuk mengantisipasi Risiko tidak sehat ini, keluarga membutuhkan layanan kesehatan dari indikator proteksi Asuransi. Pada konteks penelitian ini, Asuransi yang dimaksud yaitu BPS-PBI atau Non PBI (Agustina *et al.*, 2023; Herbawani *et al.*, 2022). Oleh karena itu, pada konteks penelitian ini, layanan BPJS, antenatal, dan usia ibu melahirkan pada usia ideal, tua dan muda menjadi penting untuk diteliti dalam memengaruhi risiko stunting. Dengan demikian, teori pembangunan manusia merupakan teori yang tepat digunakan pada penelitian ini.

## 2. Indeks Hidup Layak

Standar hidup layak diukur menggunakan PDRB per kapita yang dianggap menggambarkan kesejahteraan ekonomi masyarakat. Kesejahteraan ekonomi masyarakat tergantung dari perolehan pendapatan per kapita masyarakat atau keluarga, sehingga pengukuran kepemilikan pendapatan atau keluarga tidak memiliki pendapatan pada penelitian ini tepat digunakan, sesuai dengan teori pembangunan manusia ini.

## 3. Indeks Pendidikan

Penghitungan Indeks Pendidikan (IP) mencakup dua indikator yaitu angka melek huruf dan rata-rata lama sekolah. Populasi yang digunakan adalah penduduk berumur 15 tahun ke atas karena pada kenyataannya penduduk usia tersebut sudah ada yang berhenti sekolah. Indikator pendidikan dimunculkan dengan harapan dapat mencerminkan tingkat pengetahuan, yang mampu membangun pola asuh orang tua terhadap anak dalam kondisi ideal, sehingga mengurangi risiko stunting. Pola asuh mampu mendorong terciptanya keinginan orang tua untuk memberi asupan makanan yang bergizi, yang berpotensi menurunkan risiko stunting, sesuai temuan studi (Rita Aprianti, 2023), bahwa pola asuh anak yang tidak baik berisiko stunting lima kali. Oleh

karena itu, dalam konteks penelitian ini, pendidikan dan pola asuh menjadi penting untuk dianalisis dalam memengaruhi penurunan stunting.

### **2.1.6 Teori Pembangunan Berkelanjutan (*Sustainable Development Theory*)**

Teori Pembangunan Berkelanjutan lahir sebagai respon atas paradigma pembangunan ekonomi yang terlalu menekankan pertumbuhan (*growth-oriented*), namun sering mengabaikan dampak jangka panjang terhadap lingkungan dan ketimpangan sosial. Konsep pembangunan berkelanjutan (*sustainable development*) pertama kali dipopulerkan secara global melalui *Brundtland Report* tahun 1987, yang didefinisikan sebagai “pembangunan yang memenuhi kebutuhan generasi saat ini tanpa mengorbankan kemampuan generasi mendatang untuk memenuhi kebutuhannya” (WCED, 1987).

Pembangunan berkelanjutan mencakup tiga pilar utama: ekonomi, sosial, dan lingkungan. Ketiga aspek ini harus terintegrasi secara harmonis agar pembangunan dapat berlangsung dalam jangka panjang tanpa menimbulkan krisis struktural. Dalam praktiknya, pembangunan berkelanjutan tidak hanya menekankan pertumbuhan ekonomi, tetapi juga memperhatikan pemerataan, keadilan sosial, dan kelestarian lingkungan hidup.

Dimensi sosial merupakan salah satu aspek kunci dalam teori pembangunan berkelanjutan. Hal ini mencakup pengurangan kemiskinan, peningkatan akses terhadap pendidikan dan layanan kesehatan, perlindungan hak-hak kelompok rentan, serta penguatan kapasitas masyarakat untuk berpartisipasi dalam proses Pembangunan (UNDP, 2016). Dalam konteks ini, indikator-indikator seperti angka stunting, harapan hidup, angka melek huruf, dan akses terhadap air bersih dan sanitasi merupakan cerminan dari kualitas pembangunan sosial yang berkelanjutan.

Stunting merupakan indikator multidimensi yang berkaitan dengan gizi buruk, rendahnya kualitas layanan kesehatan, dan keterbatasan pendidikan ibu. Ketika stunting tinggi, akses pendidikan rendah, dan ketimpangan sosial meluas, maka pembangunan dianggap belum berkelanjutan, meskipun indikator ekonomi seperti PDB mungkin meningkat. Oleh karena itu, penanggulangan stunting adalah bagian integral dari strategi pembangunan berkelanjutan (UNICEF, 2021). Dalam

kerangka SDGs (*Sustainable Development Goals*), isu stunting dan pembangunan manusia berkaitan erat dengan:

1. Tujuan 2: Mengakhiri kelaparan dan memastikan akses pada gizi yang cukup
2. Tujuan 3: Menjamin kehidupan yang sehat dan mendukung kesejahteraan semua usia
3. Tujuan 4: Menjamin pendidikan yang inklusif dan berkualitas
4. Tujuan 6: Akses air bersih dan sanitasi
5. Tujuan 10: Mengurangi ketimpangan

Pembangunan manusia yang berkelanjutan harus mampu menjawab ketimpangan sosial yang mendalam dan memperkuat ketahanan masyarakat sejak usia dini. Oleh karena itu, intervensi lintas sektor berbasis pendekatan keberlanjutan yang mengintegrasikan aspek kesehatan, pendidikan, dan ekonomi local yang merupakan bagian dari strategi untuk meningkatkan indeks pembangunan manusia dan kualitas hidup masyarakat secara berkelanjutan (Sachs, 2015).

### **2.1.7 Peran Pemerintah**

Teori peran pemerintah dalam ekonomi telah mengalami evolusi signifikan sejak masa ekonomi klasik. Pemikiran ekonomi klasik seperti Adam Smith (1776) dan David Ricardo (1817) memandang peran pemerintah secara minimalis. Mereka percaya bahwa mekanisme pasar bebas secara alami akan mencapai keseimbangan tanpa campur tangan pemerintah (konsep *invisible hand*). Pemerintah hanya memiliki peran minimal, seperti menjaga hukum dan ketertiban, serta melindungi hak milik. Akan tetapi teori klasik memiliki beberapa keterbatasan dalam menjelaskan dinamika ekonomi modern. Kegagalan pasar terjadi ketika mekanisme pasar gagal mengalokasikan sumber daya secara efisien, seperti dalam kasus monopoli, barang publik, atau eksternalitas. Kemudian ekonomi Neoklasik menerima peran pasar dalam mengalokasikan sumber daya, namun mengakui adanya kegagalan pasar yang memerlukan intervensi pemerintah. Selanjutnya ekonomi Keynesian merespon dengan menekankan peran pemerintah dalam mengatur ekonomi, memberikan perspektif yang lebih komprehensif dalam memahami dan mengatasi masalah ekonomi.

Dalam kebijakan publik, pemerintah berperan meminimalkan dampak kegagalan pasar sehingga pemerataan kesejahteraan dapat dicapai. Richard

Musgrave merupakan salah satu ekonom paling berpengaruh melalui karyanya "*The Theory of Public Finance*" (1959), menjadi landasan utama dalam memahami peran pemerintah dalam perekonomian modern. Teori Musgrave menawarkan kerangka analitis yang komprehensif dengan membagi peran pemerintah ke dalam tiga fungsi utama: alokasi, distribusi, dan stabilisasi. Pada fungsi alokasi Musgrave berargumen bahwa pasar seringkali gagal dalam mengalokasikan sumber daya secara optimal, terutama untuk barang-barang publik (*public goods*) yang memiliki karakteristik *non-rivalry* dan *non-excludability*. Contohnya infrastruktur dasar, layanan publik, pertahanan dan keamanan. Fungsi distribusi dalam pemikiran Musgrave bertujuan untuk mencapai distribusi pendapatan yang adil, mengurangi kesenjangan melalui instrumen pajak progresif dan *transfer payments*, serta menjamin akses minimal terhadap kebutuhan dasar. Kemudian pada fungsi stabilisasi Musgrave mengadopsi pemikiran Keynesian dengan menekankan peran pemerintah dalam menjaga stabilitas makroekonomi, mengendalikan inflasi, serta mengatasi resesi. Konsep ini berkembang pesat pasca krisis ekonomi 2008, dimana Blanchard (2019) menekankan pentingnya fleksibilitas kebijakan fiskal dalam menghadapi guncangan ekonomi.

Dalam konteks Indonesia, pemerintah juga perlu menjamin kesejahteraan sosial dan kesehatan masyarakat. Salah satu bentuk peran pemerintah adalah menyelenggarakan program jaminan sosial, baik jaminan kesehatan maupun ketenagakerjaan melalui program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. BPJS merupakan lembaga independen yang memiliki otonomi dalam mengelola program jaminan sosial.

BPJS memiliki peran penting dalam pengentasan stunting di Indonesia dengan menyediakan akses layanan kesehatan yang diperlukan untuk peserta BPJS kesehatan, terutama ibu dan balita. Program penurunan stunting ini termasuk dalam Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan Stunting. Program startegis nasional ini dilaksanakan secara holistik, integratif, dan berkualitas. Kelompok sasaran mencakup remaja, calon pengantin, ibu hamil, ibu menyusui, dan anak usia 0–59 bulan. Dalam hal ini BPJS Kesehatan menyediakan layanan pemantauan stunting sejak masa kehamilan. Layanan ini mencakup pemeriksaan kehamilan (*Antenatal Care/ANC*), persalinan, dan perawatan pasca

persalinan (Postnatal Care/PNC) yang dapat diakses di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) maupun rumah sakit. Tujuannya adalah untuk mendeteksi risiko stunting sedini mungkin dan memastikan kesehatan ibu serta bayi.

Pemerintah untuk membantu pengentasan stunting, memiliki peran yang penting terutama atas akses layanan kesehatan yang diperlukan untuk mencegah dan mengatasi stunting terutama yang diperlukan ibu dan balita.

## 2.2 Stunting

Stunting merupakan kegagalan dalam mencapai pertumbuhan yang optimal disebabkan oleh keadaan gizi kurang yang berlangsung dalam waktu yang cukup lama. Kekurangan gizi sering kali dikaitkan dari lingkaran yang meliputi pola makan, kemiskinan dan penyakit infeksi. Ketiga faktor ini saling terkait sehingga masing-masing memberikan kontribusi terhadap yang lain. Kekurangan gizi mengacu pada sejumlah penyakit, masing-masing berhubungan dengan satu atau lebih zat gizi, misalnya protein, yodium, vit. A, atau zat besi. Ketidakseimbangan ini meliputi asupan yang tidak memadai dan berlebih asupan energi, yang pertama menuju kekurangan berat badan, stunting, dan kurus yang terakhir mengakibatkan kelebihan berat badan dan obesitas (WHO, 2014).

Stunting atau pendek merupakan gambaran kurang gizi yang berdasarkan pada indeks tinggi badan menurut umur yang terlalu rendah. Stunting atau pendek berdasarkan umur adalah tinggi badan yang berada di bawah minus dua standart deviasi ( $< -2$  SD) dari tabel status gizi WHO child growth standard (*World Health Organization* (WHO), 2012). Pada umumnya pola makan dan asupan gizi pada masa anak tidak jauh berbeda dengan teman sebayanya. Meskipun masa anak merupakan masa yang membutuhkan banyak energi. Namun frekuensi makan pada masa ini lebih rendah karena anak mulai memilih-milih makan yang ma dimakan dan sudah mulai mengenal bentuk makanan cemilan.

Menurut Unicef, (2013), Stunting dapat memberikan dampak bagi kelangsungan hidup anak. WHO (2020) membagi dampak yang diakibatkan oleh stunting menjadi dua yang terdiri dari jangka pendek dan jangka panjang. Dampak jangka pendek dari stunting adalah di bidang kesehatan yang dapat menyebabkan peningkatan mortalitas dan morbiditas, di bidang perkembangan berupa penurunan

perkembangan kognitif, motorik, bahasa, dan di bidang ekonomi berupa peningkatan pengeluaran biaya kesehatan. Stunting juga dapat menyebabkan dampak jangka panjang di bidang kesehatan berupa perawakan pendek, peningkatan Risiko untuk obesitas dan penurunan kesehatan reproduksi, di bidang perkembangan berupa penurunan prestasi dan kapasitas belajar, dan di bidang ekonomi berupa penurunan kemampuan dan kapasitas kerja.

Stunting yang telah terjadi bila tidak diimbangi dengan *catch-up growth* akan mengakibatkan menurunnya pertumbuhan. Masalah stunting merupakan masalah kesehatan masyarakat yang berhubungan dengan meningkatnya Risiko kesakitan, kematian, hambatan pertumbuhan maupun mental. Stunting dibentuk oleh *growth faltering* dan *catch-up growth* yang tidak memadai mencerminkan ketidak mampuan untuk mencapai pertumbuhan yang optimal. Hal tersebut mengungkapkan bahwa kelompok anak usia dini yang lahir dengan berat badan normal dapat mengalami stunting bila pemenuhan kebutuhan selanjutnya tidak terpenuhi dengan baik (Rachim & Pratiwi, 2017). Anak usia dini merupakan usia pertumbuhan yang lambat namun konsisten. Pada usia ini, mereka secara signifikan menunjukkan peningkatan yang berarti dalam motorik, kognitif, sosial dan emosional. Pemilihan makanan yang terbentuk pada usia ini, merupakan dasar pembentukan kebiasaan makan pada usia selanjutnya (Almatsier, 2009).

Status stunting dapat dihitung dengan menggunakan antropometri WHO 2020 untuk anak usia dini dengan menghitung nilai Z-score TB/U masing-masing anak (UNICEF, 2020). Pada dasarnya, tingkat stunting tinggi menurut nilai Z-score TB/U berhubungan dengan kondisi sosial ekonomi yang rendah dan peningkatan Risiko bertambah dengan adanya penyakit atau praktik pemberian makanan yang tidak tepat. Prevalensi stunting mulai naik pada usia sekitar 3 bulan, proses dan terhambatnya pertumbuhan sekitar usia 3 tahun (Haddad, 2003; Kelly *et al.*, 2004, Muhammad *et al.*, 2011, (Asadullah, 2014).

Penelitian Subramanyam *et al.* (2011) menunjukkan bahwa pertumbuhan dan perkembangan anak balita normal lebih baik daripada pertumbuhan dan perkembangan anak balita yang mengalami stunting. Pada kondisi stunting, tinggi anak tidak memenuhi tinggi badan normal menurut umurnya. Anak yang stunting berkaitan dengan keadaan yang terjadi dalam waktu yang lama seperti kemiskinan,

perilaku hidup sehat dan bersih yang kurang, kebiasaan makan, dan rendahnya pendidikan. Masalah stunting merupakan cerminan dari keadaan sosial ekonomi.

Tinggi badan anak menurut umur (TB/U) adalah indikator untuk mengetahui seseorang anak stunting atau normal. Tinggi badan merupakan ukuran antropometri yang menggambarkan pertumbuhan skeletal. Keadaan normal, tinggi badan tumbuh seiring pertambahan umur. Pertumbuhan tinggi badan relatif kurang sensitif terhadap masalah kekurangan gizi dalam waktu yang pendek. Indeks TB/U menggambarkan status gizi masa lampau serta erat kaitannya dengan sosial ekonomi.

### 2.3 Hasil Penelitian Terdahulu

Tabel 2. Rekapitulasi Hasil Penelitian Terdahulu

No	Judul Penelitian dan Penulis	Metode dan Variabel	Hasil Penelitian
1	<i>A review of the evidence linking child stunting to economic outcomes</i>  Penulis: Mark E McGovern, Aditi Krishna, Victor M Aguayo, and SV Subramanian.  Tahun: 2017	Metode: Regresi Berganda ( <i>Ordinary Least Square</i> )  Variabel:  1. Resiko Stunting 2. Produktivitas/pekerjaan 3. Intervensi Gizi 4. Tinggi badan 5. Pendapatan dan Tabungan	Stunting atau kekurangan gizi pada anak berdampak negatif pada hasil ekonomi di masa dewasa, seperti produktivitas, status pekerjaan, dan upah. Studi intervensi menemukan peningkatan upah hingga 25-46% bagi anak yang mendapatkan program gizi, lebih tinggi dibanding studi kuasi-eksperimental (4-6% kenaikan upah per cm tinggi badan) dan data observasional (1% kenaikan upah). Pendapatan dan tabungan keluarga sangat menentukan kemampuan memenuhi kebutuhan pokok untuk mencegah stunting.
2	<i>Analysis of Socioeconomic, Utilization of Maternal Health Services, and Toddler's Characteristic as Stunting Risk Factors</i>  Penulis: M.S. Noor; Andrestian, M.D.; Dina, R.A.; Ferdina, A.R.; Dewi, Z.; Hariati, N.W.; Rachman, P.H.; Setiawan,	Metode: Regresi Berganda ( <i>Ordinary Least Square</i> )  Variabel:  1. Stunting 2. Kunjungan ANC (Antenatal Care) 3. Konsumsi Tablet Tambah Darah (IFA) 4. Persalinan di Fasilitas Kesehatan, BPJS dan asuransi 5. Pendidikan Ibu dan Ayah 6. Faktor Kebersihan dan Sanitasi pada rumah	Beberapa faktor terkait kehamilan dan lingkungan memiliki potensi memengaruhi stunting, meskipun tidak semuanya menunjukkan hubungan signifikan secara statistik. Ibu yang melakukan kunjungan ANC kurang dari 4 kali, tidak mengonsumsi tablet tambah darah (IFA), serta melahirkan di luar fasilitas kesehatan atau tanpa bantuan tenaga terlatih, cenderung memiliki prevalensi stunting yang lebih tinggi, meski tidak signifikan. Sebaliknya, pendidikan orang tua yang rendah dan praktik sanitasi yang buruk terbukti lebih konsisten berkorelasi dengan peningkatan risiko stunting melalui

No	Judul Penelitian dan Penulis	Metode dan Variabel	Hasil Penelitian
	M.I.; Yuana, W.T.; Khomsan,  Tahun: 2022		pengaruh terhadap pola makan, kesadaran gizi, dan paparan infeksi.
3	<i>Relationship of Macroeconomic Policies with Stunting: The Role of The Health Budget, Applying Fiscal Autonomy and Reducing Poverty</i>  Penulis: Maman Sulaeman, Suharno, Abdul Aziz Ahmad.  Tahun: 2022	Metode: model regresi data panel atau data gabungan ( <i>pooling cross section-time series regression</i> ).  Variabel:  1. Prevalensi Stunting 2. Tingkat Kemiskinan 3. Anggaran Kesehatan untuk Stunting 4. Otonomi Fiskal	Analisis menunjukkan bahwa tingkat kemiskinan, anggaran kesehatan, dan otonomi fiskal secara parsial maupun simultan berpengaruh signifikan terhadap kejadian stunting. Anggaran kesehatan berperan dalam aspek sosial (akses layanan), ekonomi (dukungan gizi anak), dan kesehatan (pencegahan stunting). Sementara itu, otonomi fiskal memungkinkan daerah menyesuaikan alokasi anggaran sesuai kebutuhan lokal, mengurangi ketimpangan layanan. Oleh karena itu, penguatan anggaran kesehatan, pengurangan ketimpangan fiskal, dan peningkatan kesejahteraan sosial direkomendasikan untuk menurunkan angka stunting di Indonesia.
4	<i>The effect of maternal age on stunting incidence (Analysis of 2018 Riskesdas Secondary Data)</i>  Penulis: Feni Sulistyawati, Ade Melinda, Ririrn Ratnasar.  Tahun: 2024	Metode: Regresi logistik sederhana  Variabel:  1. Prevalensi Stunting 2. Range Umur ideal ibu 3. Umur terlalu tua 4. Umur Terlalu Muda 5. Layanan antenatal	Penelitian menunjukkan adanya pengaruh signifikan antara usia ibu dan kejadian stunting pada balita ( $p = 0,003$ ), di mana 17,7% kasus stunting terjadi pada ibu remaja. Usia ibu yang masih muda, khususnya akibat pernikahan dini, meningkatkan risiko stunting. Oleh karena itu, diperlukan peningkatan kewaspadaan terhadap pernikahan dini serta penguatan layanan antenatal untuk menjaga kesehatan ibu dan menurunkan risiko stunting.
5	<i>The Influence of Poverty on Stunting in Indonesia and the Implication of Government Policy in Poverty Alleviation Case Study: Addressing Stunting in Indonesia</i>  Penulis: Rusmasari  Tahun: 2024	Metode: Regresi Berganda ( <i>Ordinary Least Square</i> )  Variabel:  1. Prevalensi Stunting 2. Kemiskinan 3. Pendidikan 4. Pendapatan Rumah Tangga	Studi ini menemukan kemiskinan mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap stunting sejalan dengan penelitian sebelumnya yaitu karya Van de Poel 2007; Khan dan Kraimer 2009 dalam Aryastami dan Tarigan 2017. Pemerintah telah berhasil menerapkan serangkaian intervensi yang berhasil menurunkan prevalensi stunting secara global. Capaian tersebut tidak hanya dipengaruhi oleh faktor kesehatan secara langsung namun juga dipengaruhi oleh permasalahan sosial ekonomi, seperti tingkat pendidikan dan pendapatan keluarga. Kesimpulan dari t tabel hitung adalah kemiskinan mempunyai pengaruh terhadap stunting dengan

No	Judul Penelitian dan Penulis	Metode dan Variabel	Hasil Penelitian
			<p>nilai sig sebesar <math>0,003 &lt; 0,05</math>. Sedangkan nilai t hitung sebesar 3,096 lebih besar dari t tabel sebesar 1,99714. Kesimpulan dari hasil perhitungan tersebut adalah kemiskinan mempunyai pengaruh parsial terhadap stunting.</p>
6	<p><i>Examining determinants of stunting in Urban and Rural Indonesian: a multilevel analysis using the population-based Indonesian family life survey (IFLS)</i></p> <p>Penulis: Issara Siramaneerat, Erni Astutik, Farid Agushybana, Pimnapat Bhumkittipich, Wanjai Lamprom.</p> <p>Tahun: 2024</p>	<p>Metode: Regresi logistik multivariat dan regresi logistik multilevel</p> <p>Variabel Y: Stunting</p> <p>Variabel (X) Tingkat Individu (Anak)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jenis kelamin</li> <li>2. Usia anak</li> <li>3. Berat lahir</li> <li>4. Usia saat disapih</li> <li>5. Waktu pemberian makanan pendamping ASI</li> <li>6. Waktu pemberian air pertama kali</li> <li>7. Riwayat menyusui</li> </ol> <p>Variabel Tingkat Orang Tua</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Usia ayah dan ibu</li> <li>2. Status gizi ibu</li> <li>3. Tingkat Pendidikan ayah dan ibu</li> <li>4. Pekerjaan ayah dan ibu</li> <li>5. Jumlah anak</li> <li>6. Pemeriksaan kehamilan</li> <li>7. Jenis penolong persalinan</li> <li>8. Tempat melahirkan</li> </ol> <p>Variabel Tingkat Rumah Tangga</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jumlah anggota rumah tangga</li> <li>2. Jenis tempat tinggal (urban / rural)</li> </ol>	<p>Penelitian ini menganalisis 2.428 anak usia 24–59 bulan di Indonesia dan menemukan bahwa prevalensi stunting mencapai 35,34%. Faktor ibu juga berperan penting. Anak dari ibu yang underweight lebih banyak mengalami stunting (43,94%), begitu juga anak dari ibu yang tidak rutin periksa kehamilan (47,22%). Anak yang lahir di rumah sakit memiliki tingkat stunting paling rendah (28,07%) dibanding tempat lahir lainnya. Dari sisi ayah, tingkat pendidikan yang rendah berkorelasi dengan lebih tingginya kejadian stunting. Terakhir, terdapat kesenjangan geografis yang mencolok: anak di pedesaan memiliki prevalensi stunting lebih tinggi (41,85%) dibanding anak di perkotaan (30,58%).</p>

No	Judul Penelitian dan Penulis	Metode dan Variabel	Hasil Penelitian
7	<p><i>Poor and Uneducated Parents Increased the Risk of Stunting among Children Living in Non-Remote Areas of Indonesia</i></p> <p>Penulis: Wahyu Pudji Nugraheni, Trias Mahmudiono, Debri Rizki Faisal, Yuni Purwatiningsih, Sinta Dewi Lestyoningrum, Anni Yulianti, Olwin Nainggolan, Chrysoprase Thasya Abihail</p> <p>Tahun: 2023</p>	<p>Metode: Uji regresi logistik multivariat dan <i>Adjusted Odds Ratio (AOR)</i></p> <p>Variabel Y: Stunting</p> <p>Variabel X:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Umur anak</li> <li>2. Status ekonomi keluarga</li> <li>3. Tingkat pendidikan kepala keluarga</li> <li>4. Status pekerjaan kepala keluarga</li> <li>5. Akses ke fasilitas kesehatan</li> <li>6. Pemberian ASI eksklusif</li> <li>7. Pemberian makanan tambahan</li> <li>8. Kepemilikan jamban</li> <li>9. Paritas ibu (primipara atau multipara)</li> <li>10. Kepemilikan asuransi kesehatan</li> <li>11. Riwayat infeksi pada anak</li> </ol>	<p>Penelitian ini menunjukkan bahwa <b>29,7%</b> anak usia di bawah lima tahun di wilayah non-terpencil Indonesia mengalami stunting. Meskipun wilayah ini memiliki akses lebih baik ke makanan dan layanan kesehatan, stunting tetap tinggi karena faktor sosial-ekonomi.</p> <p>Tiga faktor utama yang berhubungan signifikan dengan stunting adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemiskinan – Anak dari keluarga miskin 1,49 kali lebih berisiko mengalami stunting.</li> <li>2. Pendidikan rendah kepala keluarga – Risiko stunting meningkat 1,50 kali pada anak dari kepala keluarga berpendidikan rendah.</li> <li>3. Tidak memiliki asuransi kesehatan – Anak tanpa jaminan kesehatan memiliki risiko 1,16 kali lebih besar untuk stunting.</li> </ol>
8	<p><i>Associations between Parenting Style and Nutritional Knowledge on Stunting in Children Aged 24-60 Months in Ketang Health Center, East Nusa Tenggara, Indonesia</i></p> <p>Penulis: Heribertus Handi</p> <p>Tahun: 2023</p>	<p>Metode: Univariate, Bivariate (Spearman Rho), dan multivariate (regresi logistik)</p> <p>Variabel Y: Stunting pada anak usia 24–60 bulan</p> <p>Variabel X:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pola asuh (parenting style)</li> <li>2. Pengetahuan gizi (nutritional knowledge)</li> </ol>	<p>Penelitian ini melibatkan 60 anak usia 24–60 bulan dan ibu mereka di wilayah Puskesmas Ketang, NTT. Mayoritas anak mengalami stunting (70% stunted, 30% severely stunted). Pola asuh yang paling umum adalah permisif (36,7%), dan sebagian besar ibu memiliki pengetahuan gizi yang rendah (86,7%). Analisis menunjukkan adanya hubungan signifikan antara pola asuh dan kejadian stunting (<math>r = -0,55</math>; <math>p &lt; 0,001</math>), serta antara pengetahuan gizi dan stunting (<math>r = -0,49</math>; <math>p = 0,001</math>). Hasil regresi logistik menunjukkan bahwa pola asuh buruk meningkatkan risiko stunting 0,15 kali (OR = 0,15; <math>p = 0,001</math>), dan pengetahuan gizi rendah meningkatkan risiko 0,04 kali (OR = 0,04; <math>p = 0,015</math>).</p>

No	Judul Penelitian dan Penulis	Metode dan Variabel	Hasil Penelitian
9	<p><i>Implementation of Health BPJS Usage in Stunting Toddler Management at Stunting Locus</i></p> <p>Penulis: Rakhmawati Agustina, Merdekawati Evangli Weken, dan Dyta Anggraeny Tahun: 2023</p>	<p>Metode kualitatif dengan pendekatan studi kasus dianalisis secara tematik menggunakan perangkat lunak <i>Open Code</i>.</p> <p>Variabel Y: pemanfaatan layanan kesehatan (BPJS)</p> <p>Variabel X:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kepemilikan BPJS Kesehatan (utama)</li> <li>2. Administrasi kependudukan (NIK, KK, status pernikahan)</li> <li>3. Persepsi ibu terhadap stunting</li> <li>4. Akses informasi dan sosialisasi BPJS</li> <li>5. Dukungan dari puskesmas dan pemerintah desa</li> </ol>	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa meskipun BPJS memiliki manfaat penting dalam rujukan dan penanganan balita stunting, tingkat kepemilikan BPJS masih rendah. Hal ini disebabkan oleh berbagai hambatan administrative dan kurangnya kesadaran ibu tentang bahaya stunting juga menjadi penghambat pemanfaatan layanan rujukan meskipun tersedia. Masyarakat cenderung mengandalkan layanan posyandu dan pemberian makanan tambahan tanpa memanfaatkan fasilitas rujukan BPJS. Pemerintah daerah dan puskesmas telah melakukan berbagai upaya sosialisasi, namun rendahnya kesadaran dan motivasi warga dalam mengurus BPJS menjadi tantangan utama.</p>
10	<p><i>A mixed-methods study of the drivers of stunting reduction among children under-5 in Ghana, 2003–2017</i></p> <p>Penulis: Gloria E. Otoo, Michelle F. Gaffey, Erica Confreda, Ahalya Somaskandan, Muhammad Islam, Frank Kyei-Arthur, Emily C. Keats, Anushka Atallahjan, Zulfiqar A. Bhutta, Seth Adu-Afarwuah Tahun: 2025</p>	<p>Mixed-methods: regresi multivariat, Oaxaca-Blinder decomposition, wawancara dan FGD.</p> <p>Variabel Y: Prevalensi stunting</p> <p>Variabel X:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kepemilikan kelambu antimalaria</li> <li>2. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan</li> <li>3. Usia ibu</li> <li>4. Tempat tinggal (urban/rural)</li> <li>5. Kekayaan rumah tangga</li> <li>6. Akses air bersih dan sanitasi</li> <li>7. Tingkat pendidikan ibu</li> <li>8. Akses layanan antenatal care (ANC)</li> </ol>	<p>Penelitian ini menunjukkan bahwa Ghana berhasil menurunkan prevalensi stunting pada anak di bawah lima tahun secara signifikan dalam periode 2003 hingga 2017. Berdasarkan data survei rumah tangga nasional, prevalensi stunting turun dari 35,1% menjadi 17,5%, dengan rata-rata skor tinggi badan menurut usia (HAZ) meningkat sebesar 0,50 poin. Perbaikan ini disertai dengan penyempitan distribusi HAZ, yang mengindikasikan berkurangnya ketimpangan pertumbuhan anak. Di wilayah utara Ghana (yang memiliki beban stunting tertinggi), perbaikan akses air bersih, peningkatan pendidikan ibu, dan layanan antenatal care (ANC) adalah pendorong utama, meskipun kekayaan rumah tangga relatif tidak meningkat. Selain itu, penurunan stunting di Ghana didorong oleh kombinasi intervensi sektor kesehatan dan non-kesehatan.</p>

Dari tabel 2 terdapat variasi pendekatan metodologis dan fokus variabel yang digunakan untuk menganalisis faktor risiko stunting. Salah satu penelitian penting oleh McGovern *et al.* (2017) menunjukkan bahwa stunting masa kanak-

kanak berdampak signifikan terhadap pendapatan dan tabungan di masa dewasa, menekankan pentingnya intervensi gizi dini. Sementara itu, penelitian oleh Noor *et al.* (2022) menggarisbawahi pengaruh pendidikan orang tua dan sanitasi rumah terhadap kejadian stunting, dengan kunjungan ANC dan konsumsi tablet tambah darah sebagai indikator pendukung. Studi oleh Sulaeman *et al.* (2022) memperluas perspektif, menunjukkan bahwa anggaran kesehatan dan otonomi fiskal memiliki kontribusi signifikan dalam menekan angka stunting melalui kebijakan daerah yang disesuaikan dengan kebutuhan lokal.

Selanjutnya, penelitian Sulistyawati *et al.* (2024) menemukan bahwa usia ibu, khususnya usia muda akibat pernikahan dini, meningkatkan risiko stunting, sementara Rusmasari (2024) menekankan bahwa kemiskinan secara signifikan berpengaruh terhadap stunting di Indonesia. Penelitian Siramaneerat *et al.* (2024) dan Nugraheni *et asaranl.* (2023) menekankan determinan multilevel seperti status gizi ibu, pendidikan, pekerjaan orang tua, serta akses terhadap fasilitas kesehatan. Di sisi lain, penelitian Handi (2023) dan Agustina *et al.* (2023) menyoroti pentingnya faktor perilaku seperti pola asuh, pengetahuan gizi, serta kepemilikan BPJS dalam pengelolaan balita stunting. Sementara itu, studi oleh Otoo *et al.* (2025) di Ghana memberikan gambaran keberhasilan lintas negara dalam menurunkan stunting melalui intervensi multisektor, menekankan pentingnya sinergi antara kesehatan, pendidikan, air bersih, dan gizi dalam konteks kebijakan

## **2.4 Kerangka Pemikiran dan Hipotesis Penelitian**

Kejadian stunting pada konteks penelitian ini ditinjau dari tiga dimensi penentu, yaitu ekonomi, sosial, dan kesehatan. Dimensi ekonomi diukur dari pendapatan, tabungan, dan kepemilikan rumah. Sementara itu, dimensi sosial ditinjau dari pendidikan dan pola asuh. Pendidikan menentukan sikap dan kebiasaan mendidik kepada anak yang memberikan gambaran pola asuh kepada anak. Dimensi kesehatan dapat dilihat dari indikator antenatal, BPJS-PBI dan Non PBI, dan usia ibu melahirkan, dalam standar usia ideal, usia muda, dan usia tua.

Penelitian terdahulu tersebut menunjukkan bahwa dimensi ekonomi, sosial, dan kesehatan memiliki pengaruh, baik secara positif atau negatif terhadap prevalensi stunting, sehingga peran keluarga yang optimal sangat penting dalam

mengatasi masalah stunting ini (Setiawan & Machsus, 2023). Stunting bukan sekadar indikator kesehatan atau gizi, melainkan gambaran akumulasi permasalahan kesehatan sejak anak dalam kandungan hingga usia dua tahun. Masalah ini melibatkan berbagai dimensi ekonomi, sosial dan kesehatan. Oleh karena itu, stunting mencerminkan permasalahan besar yang membutuhkan solusi komprehensif (Setianingsih & Hussain, 2024). Dengan memahami hubungan antar variabel dari dimensi ekonomi, sosial dan kesehatan, kerangka pikir penelitian dapat dikembangkan untuk mengevaluasi ketiga dimensi tersebut memengaruhi tingkat stunting di 15 Kabupaten/Kota pada Provinsi Lampung, dan bagaimana intervensi Anggaran Pemerintah sebagai variabel Pemoderasi dapat dioptimalkan.

Berikut adalah kerangka pemikiran faktor penentu stunting dari dimensi ekonomi, sosial, dan kesehatan yang diuraikan dari beberapa tinjauan hasil penelitian terdahulu dan diintegrasikan dengan konsep teori yang relevan, sehingga hipotesis dirumuskan.

#### **2.4.1 Kerangka Pimikiran dan Hipotesis Dimensi Ekonomi**

Penyebab stunting bersifat multiindikator dari dimensi ekonomi, terutama pada pendapatan, tabungan, dan kepemilikan rumah (Rusmasari, (2024); Dwi Aulia Puspitaningrum *et al.* (2023); Ade Nurul aida,(2019); Mark E McGovern *et al.* (2017). Indikator tersebut bersesuaian dengan konsep teori ekonomi Keynesian bahwa pemenuhan kebutuhan hidup manusia sangat tergantung pada perolehan pendapatan yang akan dialokasi pada aktivitas konsumsi dan tabungan. Indikator konsumsi tidak menjadi fokus analisis, meskipun penelitian lain telah melakukan dengan hasil signifikan. Peneliti menduga pendapatan keluarga difokuskan lebih untuk aktivitas tabungan dan atau investasi dalam bentuk kepemilikan rumah.

Adeela & Seur (2016) mengungkapkan bahwa keluarga dengan pendapatan lebih besar memiliki lebih banyak akses ke makanan bergizi dan perawatan kesehatan yang dapat mengurangi risiko stunting. Selain itu, kesulitan ekonomi dalam memperoleh bantuan medis juga berkontribusi pada tingginya prevalensi stunting, karena kurangnya akses ke layanan kesehatan yang memadai (Adeela & Seur, 2016), sehingga pendapatan menjadi indikator utama. UNICEF (2020) juga menyebutkan bahwa keterbatasan pendapatan rumah tangga dalam pemenuhan pangan yang cukup baik kuantitas maupun kualitas setiap anggota rumah tangga

terutama bagi ibu hamil, ibu menyusui, balita dan anak-anak merupakan penentu risiko stunting, yang berarti bahwa pendapatan menjadi penentu stunting. Menurut, (Agustin & Rahmawati, 2021a), bahwa pendapatan keluarga sangat berpengaruh terhadap status gizi balita terutama balita stunting. Yanti & Fauziah (2021); Hastuti (2023) juga menemukan bahwa kasus anak stunting paling banyak ditemukan pada keluarga dengan pendapatan di bawah UMR, dengan mengalokasikan pada kualitas konsumsi pangan anggota keluarga rendah.

Tingkat ekonomi akan mencerminkan tingkat kesejahteraan keluarga, yang mendasari pada perolehan pendapatan untuk pemenuhan kebutuhan (Ezzati *et al.*, 2002). (Reyes *et al.*, 2004) mengungkapkan bahwa faktor pendapatan orang tua sangat mempengaruhi tingkat kesehatan anak. Ia mengungkapkan bahwa pada wilayah pedesaan risiko anak stunting lebih tinggi terjadi pada pendapatan keluarga terbatas dengan pekerjaan orang tua sebagai petani, sementara untuk wilayah perkotaan risiko anak stunting lebih rendah disebabkan oleh pendapatan memadai akibat pekerjaan orang tua yang stabil. Kondisi mencerminkan bahwa pendapatan keluarga memiliki pengaruh signifikan secara negatif pada stunting.

Alokasi pendapatan tidak hanya untuk konsumsi makanan layak gizi yang mencerminkan tidak memunculkan risiko stunting, tetapi juga dialokasikan untuk tabungan. Tergambarkan bahwa keluarga stunting memiliki keterbatasan pendapatan, sehingga alokasi konsumsi layak gizi pangan berkurang, tetapi ironinya keluarga berisiko stunting masih memiliki tabungan (Siga.Bkkbn.go.id, 2024). Hal ini menggambarkan bahwa alokasi pendapatan lebih diutamakan untuk tabungan dari pada konsumsi. Kondisi ini memotivasi penelitian ini untuk menganalisis efek tabungan pada stunting, yang sebelumnya juga pernah diteliti oleh (Mark E Mc Govern *et al.*, 2017). Hasil penelitian mereka menunjukkan bahwa terdapat pengaruh tabungan pada keluarga stunting signifikan secara negatif.

Status kepemilikan rumah (rumah sendiri dan sewa) dengan lingkungan layak bersih, nyaman, dan asri, berpotensi sebagai Indikator penentu stunting, meskipun penelitian kepemilikan rumah belum dilakukan, tetapi hanya menganalisis lingkungan rumah layak (Tamar *et al.*, 2023; Christine *et al.*, 2022). Meskipun demikian, penelitian mereka mencerminkan bahwa lingkungan rumah

layak sangat ditentukan oleh kepemilikan rumah sebagai salah satu indikator ekonomi.

Kepemilikan rumah tempat tinggal, baik yang dimiliki sendiri maupun yang disewa, berpotensi menentukan kejadian stunting. Rumah yang dimiliki sendiri cenderung memberikan stabilitas dan akses yang lebih baik terhadap fasilitas dasar seperti air bersih, sanitasi, dan tempat pembuangan sampah yang layak, yang merupakan indikator kesehatan lingkungan sesuai dengan standar WHO dan Permenkes RI. Sebaliknya, rumah sewa sering kali memiliki keterbatasan dalam akses fasilitas tersebut, meningkatkan risiko stunting pada anak. Kondisi rumah sewa yang tidak banyak mendapatkan perawatan standar kesehatan lingkungan dapat memperburuk kondisi kesehatan keluarga dan berkontribusi pada tingginya angka stunting, sehingga dapat dikatakan kepemilikan rumah menjadi salah satu indikator penentu stunting. Pernyataan ini diperkuat dengan penelitian (Lestari, 2023), bahwa tipe rumah layak huni pada status kepemilikan rumah secara pribadi akan mengurangi risiko stunting pada anak.

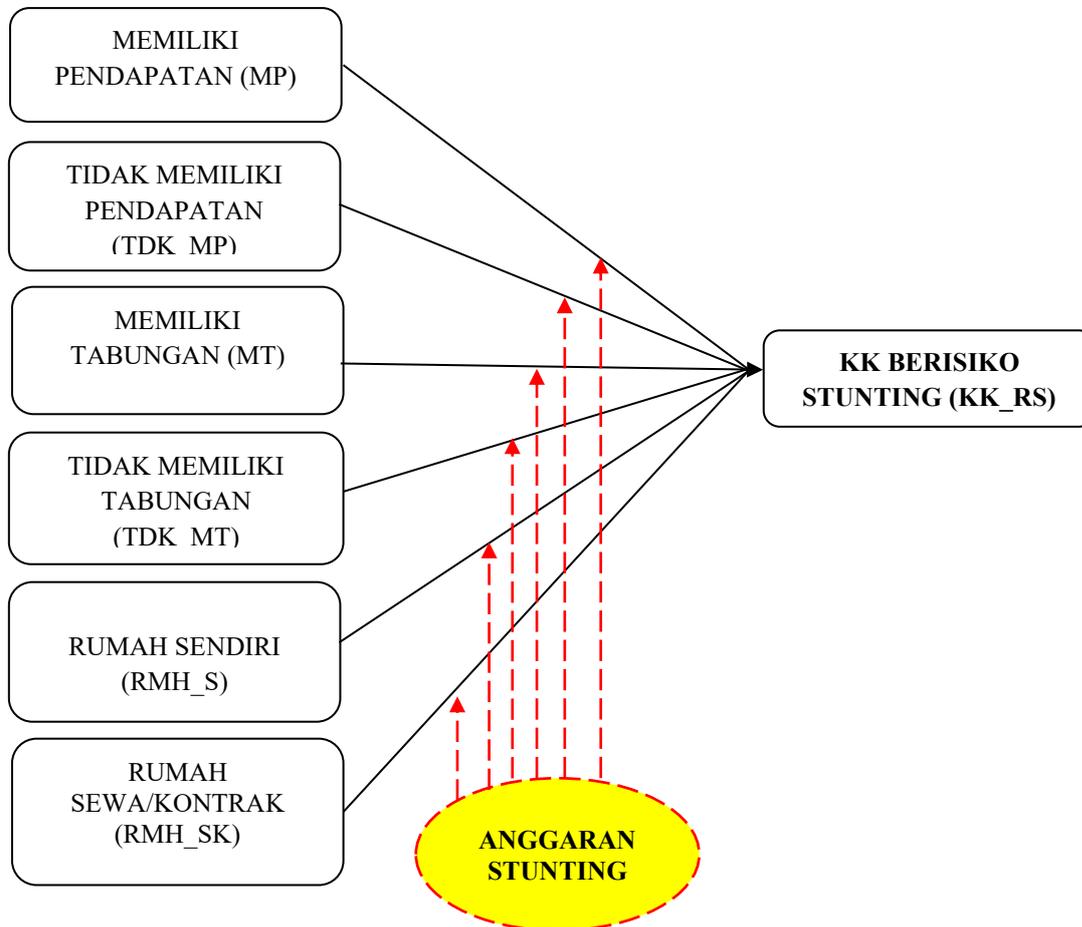
Anggaran pemerintah telah menjadi program pembiayaan untuk penurunan stunting yang dialokasikan di APBN melalui dua formula, yaitu: pertama, Belanja Pemerintah Pusat (BPP) dilakukan melalui kementerian/lembaga yang mendanai kewenangan 6 urusan dan bersifat mutlak. Melalui Dana Vertikal, Program/Kegiatan Kementerian/Lembaga Pusat, Dana Sektorial yang dikerjakan oleh UPT, Dana Dekonsentrasi di limpahkan ke Gubernur, dan Dana Tugas Pembantuan di tugaskan kepada Gubernur/Bupati/ Walikota. Anggaran non-K/L yaitu berupa Subsidi; Kedua, Transfer ke Daerah dan Dana Desa (TKDD) ini masuk dalam APBD. Melalui Dana Otonomi Khusus dan Keistimewaan DIY, Dana Perimbangan (Dana Alokasi Umum, Dana Bagi Hasil dan Dana Alokasi Khusus), Dana Insentif Daerah (DID), Dana Desa (DD) dan Alokasi Dana Desa (ADD). Kedua, Untuk Dana Alokasi khusus (DAU) dan Dana Bagi Hasil (DBH) melalui skema Block Grant. Untuk DAK melalui Spesifik Grant penggunaannya untuk bidang tertentu. DID mendanai kebijakan tertentu, misalnya pembangunan infrastruktur. Sedangkan DD dan ADD masuk dalam APBD Desa dalam bentuk program/kegiatan desa ((DJKN KEMENKEU, 2022).

Alokasi anggaran untuk penurunan stunting bertujuan untuk Intervensi Gizi Sensitif melalui program lintas sektor, dengan kontribusi pada 70% Intervensi Stunting. Sasaran dari intervensi gizi sensitif adalah masyarakat secara umum dan tidak khusus ibu hamil dan balita pada 1000 Hari Pertama Kehidupan/HPK. Kegiatan terkait Intervensi gizi sensitif dapat dilaksanakan melalui beberapa kegiatan yang umumnya makro dan dilakukan secara lintas Kementerian dan Lembaga. Ada 12 kegiatan yang dapat berkontribusi pada penurunan stunting melalui Intervensi Gizi Sensitif yaitu (Archda & Tumangger, 2019):

- 1) Menyediakan dan memastikan akses terhadap air bersih melalui program PAMSIMAS (Penyediaan Air Bersih dan Sanitasi berbasis Masyarakat).
- 2) Menyediakan dan memastikan akses terhadap sanitasi melalui kebijakan.
- 3) Melakukan fortifikasi bahan pangan.
- 4) Menyediakan akses kepada layanan kesehatan dan Keluarga Berencana (KB).
- 5) Menyediakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
- 6) Menyediakan Jaminan Persalinan Universal (Jampersal).
- 7) Memberikan pendidikan pengasuhan pada orang tua.
- 8) Memberikan Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) Universal.
- 9) Memberikan pendidikan gizi masyarakat.
- 10) Memberikan edukasi kesehatan seksual dan reproduksi, serta gizi pada remaja.
- 11) Menyediakan banyuan dan jaminan sosial bagi keluarga miskin.
- 12) Meningkatkan ketahanan pangan dan gizi.

Kebijakan prioritas alokasi anggaran pemerintah pada program lintas kementerian/lembaga berdampak holistik dalam upaya penurunan stunting secara langsung, sesuai dengan penelitian Maman Sulaeman (2022); Mrema *et al.* (2021); Nurbani (2019). Namun, hasil penelitian Maman Sulaeman (2022) memeriksa peran Anggaran Kesehatan menyarankan bahwa pemerintah Indonesia perlu memperkuat anggaran kesehatan untuk menurunkan stunting, sehingga kesejahteraan masyarakat meningkat, yang berimplikasi bahwa anggaran kesehatan berpotensi sebagai variabel pemoderasi, untuk menguatkan penurunan stunting secara positif signifikan. Berarti, anggaran stunting memiliki hubungan negatif dengan penguatan penurunan stunting.

Oleh karena itu, Kerangka Pemikiran penelitian ini, terutama pada Dimensi Ekonomi, yaitu:



Gambar 8. Kerangka Pemikiran Dimensi Ekonomi

Rumusan hipotesis dimensi Ekonomi, yaitu:

1.  $H_1$  = Keluarga yang memiliki pendapatan (MP) berpengaruh negatif terhadap keluarga berisiko stunting (KK\_RS)
2.  $H_2$  = Keluarga yang tidak memiliki pendapatan (TDK\_MP) berpengaruh positif terhadap keluarga berisiko stunting (KK\_RS)
3.  $H_3$  = Keluarga yang memiliki tabungan (MT) berpengaruh negatif terhadap keluarga berisiko stunting (KK\_RS)
4.  $H_4$  = Keluarga yang tidak memiliki tabungan (TDK\_MT) berpengaruh positif terhadap keluarga berisiko stunting (KK\_RS)

5.  $H_5$  = Keluarga yang memiliki rumah sendiri (RMH\_S) berpengaruh negatif terhadap keluarga berisiko stunting (KK\_RS)
6.  $H_6$  = Keluarga yang memiliki rumah sewa/kontrak (RMH\_SK) berpengaruh positif terhadap keluarga berisiko stunting (KK\_RS)
7.  $H_7$  = Anggaran Stunting (AS) memoderasi hubungan antara keluarga yang memiliki pendapatan (MP) dan keluarga berisiko stunting (KK\_RS) secara negatif
8.  $H_8$  = Anggaran Stunting (AS) memoderasi hubungan antara keluarga yang tidak memiliki pendapatan (TDK\_MP) dan keluarga berisiko stunting (KK\_RS) secara negatif
9.  $H_9$  = Anggaran Stunting (AS) memoderasi hubungan antara keluarga yang memiliki tabungan (MT) dan keluarga berisiko stunting (KK\_RS) secara negatif
10.  $H_{10}$  = Anggaran Stunting (AS) memoderasi hubungan antara keluarga yang tidak memiliki tabungan (TDK\_MT) dan keluarga berisiko stunting (KK\_RS) secara negatif
11.  $H_{11}$  = Anggaran Stunting (AS) memoderasi hubungan antara keluarga yang memiliki rumah sendiri (RMH\_S) dan keluarga berisiko stunting (KK\_RS) secara negatif
12.  $H_{12}$  = Anggaran Stunting (AS) memoderasi hubungan antara keluarga yang memiliki rumah sewa/kontra (RMH\_SK) dan keluarga berisiko stunting (KK\_RS) secara negatif

#### **2.4.2 Kerangka Pimikiran dan Hipotesis Dimensi Sosial**

Status sosial adalah gambaran tentang keadaan suatu masyarakat yang ditinjau dari segi sosial, gambaran itu meliputi tingkat pendidikan, pekerjaan kepala rumah tangga, dan tempat tinggal. Lebih lanjut, faktor yang menentukan tinggi rendahnya keadaan sosial ekonomi seseorang ataupun keluarga, dapat dilihat dari tingkat pendidikan (Ezzati *et al.*, 2002b). Kemudian, Barros *et al.* (2010) mengatakan bahwa keadaan sosial ekonomi keluarga miskin berpengaruh pada kualitas kesehatan anak, yang berarti ada efek pada stunting. Ezzati *et al.* (2002b); Van De Poel *et al.* (2007); Victora *et al.* (2008) menyatakan bahwa status sosial adalah ukuran total gabungan ekonomi dan sosiologis dari posisi ekonomi dan

sosial individu atau keluarga relatif terhadap orang lain, salah satunya berdasarkan Pendidikan.

MS Noor (2022) menemukan bahwa pendidikan orang tua memiliki dampak yang lebih kuat terhadap status nutrisi anak, yang berpotensi pada penurunan stunting. Pendidikan diperlukan agar seseorang lebih tanggap terhadap masalah gizi dan bisa mengambil tindakan secepatnya untuk menurunkan stunting. Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Wagstaff & Doorslaer, 2000) pada anak usia 5-19 tahun ditemukan bahwa Pendidikan menjadi faktor Risiko stunting, yaitu tingkat pendidikan orang tua yang rendah. Pendidikan ibu/ayah yang rendah merupakan faktor Risiko terjadinya stunting yang paling tinggi dibanding dengan faktor lain. Di negara-negara berkembang seperti Indonesia, menunjukkan data bahwa lebih dari separuh anak lahir dari ibu yang tidak memiliki pendidikan apa pun, dan sekitar 30% dari anak-anak ini berasal dari ayah yang tidak memiliki pendidikan formal. Pendidikan orang tua merupakan penentu kuat stunting di Indonesia. Peningkatan pendidikan formal orang tua akan menyebabkan penurunan 3-5% risiko anak mengalami stunting (Soekatri *et al.*, 2020).

Pendidikan juga menjadi sumber pengaruh pada penciptaan pola asuh kepada anak, yang berpotensi memengaruhi penurunan stunting. Tingkat pendidikan orang tua khususnya kepala keluarga memengaruhi pola asuh orang tua kepada anak dalam upaya pencegahan stunting pada anak (Nugraheni *et al.*, 2023).

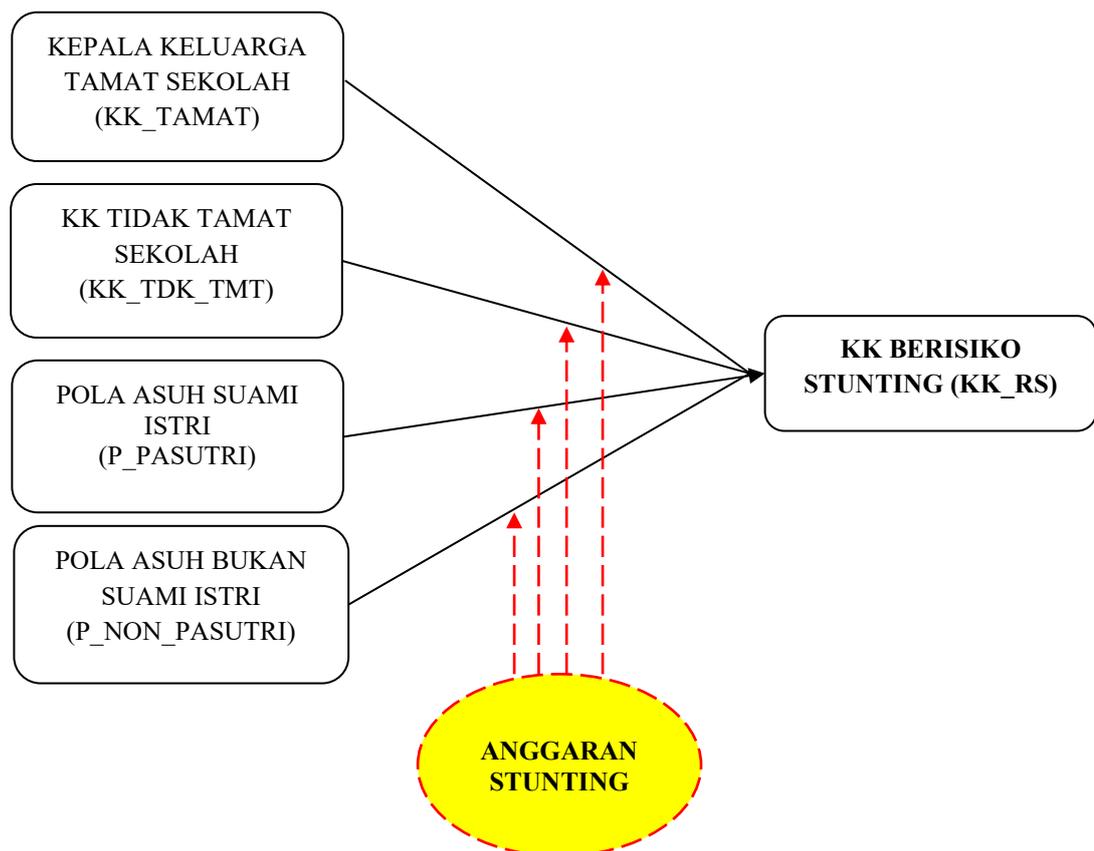
Pola asuh terhadap anak dengan berdasarkan ketentuan adat istiadat yang berlaku di masyarakat akan memberikan pengaruh pola asuh anak, dengan membentuk karakteristik anak, karakteristik orang tua dan berdampak ada kesejahteraan keluarga dan pada akhirnya akan berpengaruh terhadap stunting (Yuwono, 2017). Pola asuh mengacu pada perilaku yang dilakukan oleh pengasuh (seperti ibu, ayah, kakek-nenek, atau lainnya) dalam menyediakan makanan, perawatan kesehatan, dukungan emosional, dan stimulasi yang diperlukan untuk tumbuh kembang anak. Hal ini mencakup dimensi cinta, kasih sayang, dan tanggung jawab orang tua (Maria Sambriang, 2022).

Pencegahan stunting diawali dengan pemberian pola asuh yang baik pada balita. Ibu yang memiliki pola asuh yang baik akan mampu memberikan perhatian, dukungan, dan perilaku yang baik untuk mendukung peningkatan kesehatan atau

perbaiki gizi dengan memperhatikan pola makan, memberikan makanan yang bergizi dan sehat, melaksanakan kebersihan diri dan anak, serta memanfaatkan pelayanan kesehatan. Pola asuh yang tidak dilakukan oleh orang tua inti cenderung memiliki risiko stunting yang lebih tinggi karena kurangnya tingkat perhatian atas segala dimensi pertumbuhan anak (Handini *et al.*, 2023).

Stunting melibatkan pola asuh pasangan suami istri yang tepat, termasuk keterlibatan keluarga, sesuai dengan hasil penelitian Rita Aprianti, (2023); Agustini *et al.* (2023); Damayanti *et al.* (2016). Orang tua mencontohkan anak mereka melalui pemberian ASI dan makanan pendamping ASI, dorongan psikososial.

Oleh karena itu, Kerangka Pemikiran pada Dimensi Sosial dapat dilihat pada Gambar 9



Gambar 9. Kerangka Pemikiran Dimensi Sosial

Rumusan hipotesis pada dimensi Sosial, yaitu:

1.  $H_1$  = Kepala keluarga tamat sekolah (KK\_TAMAT) berpengaruh negatif terhadap keluarga berisiko stunting (KK\_RS)

2.  $H_2$  = Kepala keluarga tidak tamat sekolah (TDK\_TAMAT) berpengaruh positif terhadap keluarga berisiko stunting (KK\_RS)
3.  $H_3$  = Pola asuh suami istri (P\_PASUTRI) berpengaruh negatif terhadap keluarga berisiko stunting (KK\_RS)
4.  $H_4$  = Pola asuh bukan suami istri (P\_NON\_PASUTRI) berpengaruh positif terhadap keluarga berisiko stunting (KK\_RS)
5.  $H_5$  = Anggaran Stunting (AS) memoderasi hubungan antara kepala keluarga Tamat Sekolah (KK\_TAMAT) dan keluarga berisiko stunting (KK\_RS) secara negatif
6.  $H_6$  = Anggaran Stunting (AS) memoderasi hubungan antara kepala keluarga tidak tamat sekolah (TDK\_TAMAT) dan keluarga berisiko stunting (KK\_RS) secara negatif .
7.  $H_7$  = Anggaran Stunting (AS) memoderasi hubungan antara pola asuh suami istri (P\_PASUTRI) dan keluarga berisiko stunting (KK\_RS) secara negatif
8.  $H_8$  = Anggaran Stunting (AS) memoderasi hubungan antara pola asuh bukan suami istri (P\_NON\_PASUTRI) dan keluarga berisiko stunting (KK\_RS) secara negatif

### 2.4.3 Kerangka Pemikiran dan Hipotesis Dimensi Kesehatan

Kesehatan merupakan faktor kunci menentukan risiko stunting. Keluarga sehat dibentuk sejak awal dari proses kandungan (prenatal) yang dijaga kesehatannya melalui perawatan kesehatan dengan memeriksakan kandungan ibu hamil dalam periode standar layanan kunjungan ke lembaga layanan kesehatan, yang dikenal dengan *Antenatal Care*. Indikator hidup sehat lain dapat dibentuk dari layanan kesehatan, yang difasilitasi oleh perlindungan asuransi, dengan kepemilikan BPJS kesehatan terutama bagi keluarga berisiko stunting. Layanan perawatan ibu hamil sangat diperlukan untuk mencegah kelahiran usia dini, terlebih jika kandungan ibu yang dipengaruhi oleh usia perkawinan muda atau tidak ideal (tua) akan berpotensi melahirkan anak usia dini, yang berdampak pada kejadian stunting. Pernyataan tersebut bersesuaian dengan penelitian Agustini *et al.*, (2023); D Magasida & E Erawati, (2022); Lydia *et al.*, (2023); Simbolon, (2014).

Keluarga peserta jaminan kesehatan Non-ASKESKIN sebagai faktor protektif terjadinya BBLR. Namun, tidak ada perbedaan risiko BBLR antara bayi dari keluarga peserta Askeskin dan yang tidak memiliki jaminan kesehatan (Simbolon, 2014). Jaminan kesehatan seperti BPJS dapat meningkatkan akses layanan kesehatan, termasuk layanan kesehatan ibu dan anak (KIA). BPJS diperlukan untuk perlindungan Jaminan Kesehatan, terutama bagi keluarga berisiko stunting (Agustina *et al.*, 2023).

Angka kejadian stunting tinggi terhadap keluarga atau balita yang tidak memiliki BPJS kesehatan (S. Fitriani *et al.*, 2021); (Herbawani *et al.*, 2022); (Putriyanti *et al.*, 2021); (D. Sari *et al.*, 2020). Namun, hasil penelitian Pertiwi *et al.*, (2021) menunjukkan bahwa hanya sebanyak 5,3% balita stunting tidak memiliki BPJS kesehatan.

Pemeriksaan ibu hamil yang berkualitas, yang sering dilakukan dengan kunjungan antenatal akan mencegah secara dini komplikasi ataupun kecacatan pada ibu dan janin, sehingga dapat menjadi faktor untuk mencegah terjadinya stunting pada anak. (Camelia & Vita, 2020) mengatakan pelayanan antenatal adalah pelayanan untuk mencegah adanya komplikasi obstetrik bila mungkin dan memastikan bahwa komplikasi dideteksi sedini mungkin serta ditangani secara memadai. Jika pemeriksaan *Antenatal Care* (ANC) tidak sesuai standar pelayanan maka kesejahteraan ibu dan janin tidak terpantau dengan baik sehingga ada risiko mempunyai anak stunting. (D Magasida & E Erawati, 2022) menyatakan bahwa ibu yang melakukan kunjungan ANC tidak terstandar memiliki risiko mempunyai balita stunting 2,4 kali dibandingkan ibu yang melakukan kunjungan ANC.

Usia reproduksi yang optimal untuk perempuan yaitu usia 20-35 tahun karena pada usia tersebut perempuan berada pada usia ideal sehingga energi yang dimilikinya pun lebih banyak, dan pada saat melahirkan di usia tersebut tidak berisiko stunting (Monita, 2015). Usia ibu yang terlalu muda (< 20 tahun) masih dalam proses pertumbuhan sehingga perkembangan fisik belum sempurna termasuk organ reproduksinya (Ida, 2010). Pada usia ini, peredaran darah menuju serviks dan uterus masih belum sempurna sehingga dapat mengganggu proses penyaluran nutrisi dari ibu ke janin yang dikandungnya (Manuaba, 2012).

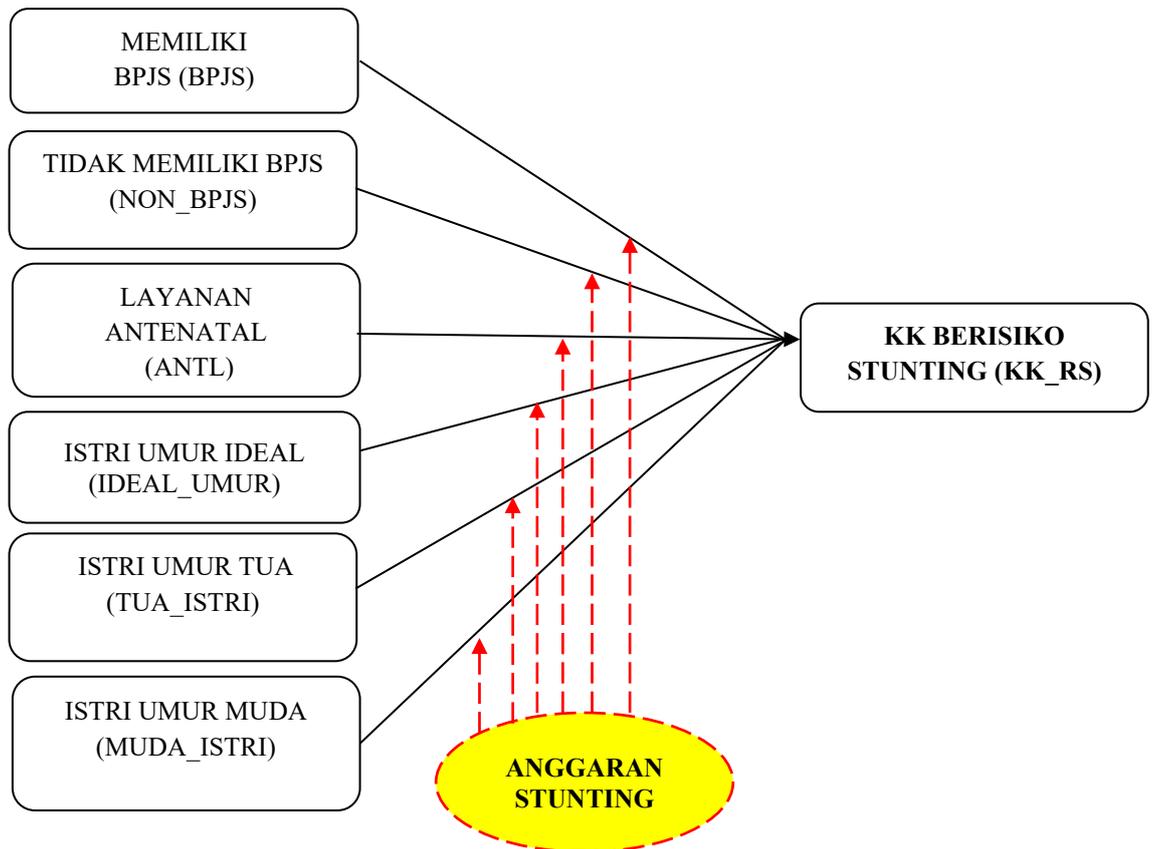
Seorang ibu yang hamil pada usia < 20 tahun tidak punya pengalaman dan pengetahuan yang cukup untuk memerhatikan kehamilan, begitupun usia ibu yang terlalu tua (>35 tahun) saat hamil cenderung tidak memiliki semangat dalam merawat kehamilannya (Chirande *et al.*, 2015). Selain itu, pada usia ini mulai mengalami penurunan daya serap zat gizi sehingga asupan makanan tidak seimbang serta mengalami penurunan daya tahan tubuh pada ibu yang mulai menginjak usia 35 tahun keatas sehingga akan berisiko mengalami berbagai penyakit, termasuk melahirkan anak berisiko stunting (Sistiarani, 2008).

Usia merupakan salah satu faktor risiko terjadinya stunting pada balita. Berbagai hasil penelitian menemukan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara usia ibu saat hamil dengan kejadian stunting pada balita kejadian stunting pada anak usia 7-24 bulan ditemukan berhubungan signifikan dengan usia ibu saat hamil. Hasil penelitian membuktikan bahwa ibu hamil pada usia muda memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian stunting. Kejadian stunting meningkat apabila usia ibu saat hamil <20 tahun atau  $\geq 35$  tahun, lingkaran lengan atas ibu saat hamil  $\geq 23,5$  cm, usia kehamilan remaja, dan tinggi badan ibu rendah. Ibu hamil dengan usia risiko <20 tahun atau >35 tahun memiliki risiko tinggi melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah yang akan menjadi predisposisi terjadinya stunting pada balita, (Lydia *et al.*, 2023). Faktor usia dapat mempengaruhi derajat stunting pada balita. Kehamilan di bawah usia 20 tahun dapat dikatakan berisiko karena berdasarkan anatomi tubuh, perkembangan panggul wanita pada usia tersebut belum sempurna sehingga dapat menimbulkan kesulitan saat melahirkan. Pada usia 35 tahun atau lebih, baik pada kehamilan pertama maupun kehamilan berikutnya tergolong kehamilan pada usia lanjut. Wanita yang hamil pada usia tersebut umumnya lebih berisiko mengalami gangguan kesehatan saat hamil, (Ernawati *et al.*, 2024).

Faktor risiko seperti keteraturan kunjungan antenatal care (ANC)/Layanan antenatal ibu secara tidak langsung dapat mempengaruhi kejadian stunting pada anak balita (Boah *et al.*, 2019). *Outcome* kehamilan dapat dipengaruhi secara negatif oleh ANC yang tidak efisien. Ibu yang rutin melakukan ANC akan memperoleh pelayanan yang berkaitan dengan pencegahan, deteksi dini, dan pemeliharaan kesehatan yang prima selama masa kehamilan. Kejadian berat badan

lahir rendah (BBLR) pada bayi harus diturunkan karena merupakan faktor risiko langsung terjadinya stunting pada anak usia di bawah lima tahun. ANC yang bermutu sangat penting untuk tujuan tersebut, (Zamzamy *et al.*, 2024).

Oleh karena itu, Kerangka Pemikiran dimensi Sosial berikut dapat dilihat pada Gambar 10.



Gambar 10. Kerangka Pemikiran Dimensi Kesehatan

Dengan demikian rumusan hipotesis pada dimensi Kesehatan, yaitu :

1.  $H_1$  = Kepemilikan BPJS (BPJS) berpengaruh negatif terhadap keluarga berisiko stunting (KK\_RS)
2.  $H_2$  = Tidak memiliki BPJS (NON\_BPJS) berpengaruh positif terhadap keluarga berisiko stunting (KK\_RS)
3.  $H_3$  = Layanan Antenatal (L\_ANTL) berpengaruh negatif terhadap keluarga berisiko stunting (KK\_RS)

4.  $H_4$  = Istri Umur Ideal (IDEAL\_UMUR) berpengaruh negatif terhadap keluarga berisiko stunting (KK\_RS)
5.  $H_5$  = Istri Umur Tua (TUA\_ISTRI) berpengaruh positif terhadap keluarga berisiko stunting (KK\_RS)
6.  $H_6$  = Istri Umur Muda (MUDA\_ISTRI) berpengaruh positif terhadap keluarga berisiko stunting (KK\_RS)
7.  $H_7$  = Anggaran Stunting (AS) memoderasi hubungan antara kepemilikan BPJS (BPJS) dan keluarga berisiko stunting (KK\_RS) secara negatif
8.  $H_8$  = Anggaran Stunting (AS) memoderasi hubungan antara tidak memiliki BPJS (NON\_BPJS) dan keluarga berisiko stunting (KK\_RS) secara negatif
9.  $H_9$  = Anggaran Stunting (AS) memoderasi hubungan antara layanan antenatal (L\_ANTL) dan keluarga berisiko stunting (KK\_RS) secara negatif.
10.  $H_{10}$  = Anggaran Stunting (AS) memoderasi hubungan antara umur istri terlalu muda (MUDA\_ISTRI) dan keluarga berisiko stunting (KK\_RS) secara negatif.
11.  $H_{11}$  = Anggaran Stunting (AS) memoderasi hubungan antara umur istri terlalu tua (TUA\_ISTRI) dan keluarga berisiko stunting (KK\_RS) secara negatif
12.  $H_{12}$  = Anggaran Stunting (AS) memoderasi hubungan antara istri dengan umur ideal (IDEAL\_UMUR) dan keluarga berisiko stunting (KK\_RS) secara negatif

## **BAB III METODOLOGI PENELITIAN**

### **3.1 Jenis Desain Penelitian**

Desain penelitian yang digunakan dalam disertasi ini adalah desain penelitian kuantitatif, sebagaimana dijelaskan oleh (Neuman, 2014), yang bertujuan untuk menggali dan menjelaskan hubungan kausalitas antara berbagai variabel yang diteliti. Pendekatan kuantitatif ini berfokus pada pengujian teori atau hipotesis yang ada dengan menggunakan data numerik yang diolah secara statistik. Tujuan utamanya adalah untuk memperoleh bukti empiris yang dapat memperkuat atau bahkan membantah teori atau hipotesis yang telah diajukan sebelumnya, dengan cara menguji hubungan sebab-akibat yang telah diperkirakan. Metode ini sejalan dengan pendekatan deduktif-hipotesis yang dijelaskan oleh (Sekaran & Bougie, 2016), yang melibatkan proses pengujian hipotesis berdasarkan teori yang ada, di mana hasil penelitian diharapkan dapat memberikan konfirmasi atau penolakan terhadap hipotesis tersebut. Dengan demikian, penelitian ini tidak hanya bertujuan untuk mendalami hubungan antar variabel, tetapi juga untuk memberikan kontribusi dalam pengembangan ilmu pengetahuan dengan memvalidasi atau merevisi teori-teori yang ada.

Penelitian yang dilakukan dalam disertasi ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor determinasi ekonomi, sosial, dan kesehatan yang mempengaruhi upaya pengentasan stunting di Provinsi Lampung. Penelitian ini berfokus pada pemahaman mendalam mengenai bagaimana kondisi ekonomi, akses terhadap layanan sosial, serta faktor-faktor kesehatan dapat berkontribusi pada prevalensi stunting di wilayah tersebut. Dengan menganalisis hubungan antara faktor-faktor tersebut, diharapkan dapat ditemukan solusi yang lebih efektif untuk mengurangi angka stunting di Lampung, serta memberikan wawasan yang berguna bagi pengambilan kebijakan dalam meningkatkan kualitas hidup masyarakat, khususnya anak-anak yang terdampak.

### **3.2 Populasi dan Sampel**

Populasi dalam penelitian ini adalah jumlah keluarga berisiko stunting yang terdapat di 15 kabupaten/kota di Provinsi Lampung, yang tercatat sejak tahun 2020 hingga 2024, sehingga data populasi dikenal dengan data panel (Arellano & Honoré, 2001), yang membutuhkan data deret waktu, dan *Cross Section*, sehingga data observasi berjumlah 75 data.

Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah sampel jenuh, di mana seluruh keluarga berisiko stunting yang terdaftar di masing-masing kabupaten/kota akan dijadikan objek penelitian, tanpa ada pemilihan sampel acak. Pendekatan sampel jenuh ini dipilih untuk mendapatkan data yang lebih komprehensif dan representatif mengenai kondisi keluarga berisiko stunting di seluruh wilayah yang diteliti.

### **3.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Variabel**

(Creswell, 2014), menjelaskan bahwa variabel penelitian adalah variabel yang merujuk pada karakteristik atau atribut seseorang individu atau suatu organisasi yang dapat diukur atau diobservasi. Penelitian ini menggunakan variabel dependen, variabel independen, dan variabel moderasi.

#### **3.3.1 Variabel Dependen**

Variabel dependen atau variabel terikat adalah variabel yang dipengaruhi oleh variabel lain (Sekaran dan Bougie, 2016:44). Variabel terikat pada penelitian ini yaitu Keluarga Berisiko Stunting.

#### **3.3.2 Variabel Independen**

Variabel independen atau variabel bebas adalah variabel yang dapat memengaruhi variabel lain (Sekaran dan Bougie, 2016:181). Variabel bebas yang digunakan dalam penelitian ini adalah variabel dengan 3 dimensi yang mencakup dimensi ekonomi, dimensi sosial dan dimensi kesehatan.

### 3.3.3 Variabel Pemoderasi

Variabel pemoderasi adalah variabel yang mempunyai pengaruh ketergantungan (*contingent effect*) yang kuat dalam memengaruhi variabel bebas terhadap variabel terikat (Sekaran dan Bougie, 2018: 80-82). Variabel moderasi dalam penelitian ini yaitu anggaran.

Variabel-variabel penelitian ini dapat dijabarkan sebagai berikut :

Tabel 3. Definisi Operasional, Simbol, Sumber data dan Penelitian Terdahulu

No	Variabel	Definisi Operasional	Simbol	Satuan	Peneliti Terdahulu
1	Keluarga Beresiko Stunting	Menurut BKKBN, keluarga berisiko stunting adalah keluarga dengan satu atau lebih faktor risiko, seperti memiliki anggota remaja putri, calon pengantin, ibu hamil, atau anak usia 0–59 bulan, berasal dari rumah tangga miskin, pendidikan orang tua rendah, sanitasi buruk, dan akses air minum tidak layak.	KK_RS	Jiwa	(De Onis & Branca, 2016), (Meylia KN et al., 2020). (Paramashanti et al., 2016; Khasanah et al., 2022; Supriyanto, Y. et al., 2018). (Karyati, 2021),
2	Anggaran	Realisasi anggaran kesehatan untuk operasional puskesmas dan layanan kesehatan masyarakat, (meliputi promotif dan preventif) Sumber: <a href="https://djk.kemenkeu.go.id/portal/data/tkdd?tahun=2024&amp;provinsi=08&amp;pemda=06">https://djk.kemenkeu.go.id/portal/data/tkdd?tahun=2024&amp;provinsi=08&amp;pemda=06</a>	Anggaran_z	Milliar Rupiah	(Archda & Tumangger, 2019): (KEMENKEU, 2022). (Archda & Tumangger, 2019). Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 (Wapres, 2024)
<b>Variabel Dimensi Ekonomi</b>					
1	Pendapatan	Kepemilikan pendapatan dalam keluarga minimal oleh 1 anggota keluarga dalam 6 bulan terakhir Sumber: <a href="https://Siga.Bkkbn.Go.Id/">https://Siga.Bkkbn.Go.Id/</a>	MP	JIWA	(Agustin & Rahmawati, 2021), (Yanti & Fauziah, 2021). (Hastuti, 2023). (Adriani dan Wirjatmadi, 2014). (Andriani, 2012).
2	Tidak Memiliki Pendapatan	Keluarga tidak memiliki pendapatan jika dalam 6 bulan terakhir tidak ada anggota yang memiliki sumber penghasilan Sumber: <a href="https://Siga.Bkkbn.Go.Id/">https://Siga.Bkkbn.Go.Id/</a>	TDK_MP	JIWA	(Agustin & Rahmawati, 2021), (Yanti & Fauziah, 2021).

No	Variabel	Definisi Operasional	Simbol	Satuan	Peneliti Terdahulu
					(Hastuti, 2023). (Adriani dan Wirjatmadi, 2014). (Adriani, 2012).
3	Tabungan	Keluarga memiliki tabungan mempunyai simpanan dalam bentuk uang, perhiasan, ternak, hasil kebun, atau aset lain yang dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan pokok dalam 3 bulan kedepan. Sumber: <a href="https://Siga.Bkkbn.Go.Id/">https://Siga.Bkkbn.Go.Id/</a>	MT	JIWA	(Omondi & Kirabira, 2016). (Adriani dalam Illahi, 2015). (Ranoor, 2010). (Atiqul Hoque Chowdhury et al., 2013). (Maria Sambriang, 2022), (de Pee et al., 2010), (Ardani DWSR, Wulandari M, Suharmanto S, 2020).
4	Tidak Memiliki Tabungan	Keluarga tidak memiliki tabungan jika dalam 3 bulan kedepan tidak memiliki simpanan atau aset yang dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan pokok. Sumber: <a href="https://Siga.Bkkbn.Go.Id/">https://Siga.Bkkbn.Go.Id/</a>	TDK_MT	JIWA	(Omondi dan Kirabira, 2016). (Adriani dalam Illahi, 2015). (Ranoor, 2010). (A, Chowdhury S, 2006). (de Pee et al., 2010), (Ardani DWSR, Wulandari M, Suharmanto S, 2020).
5	Rumah Sendiri	Tempat tinggal yang dimiliki keluarga secara hukum atau adat, dibuktikan dengan dokumen resmi seperti sertifikat tanah atau hak milik lainnya. Sumber: <a href="https://siga.bkkbn.go.id/">https://siga.bkkbn.go.id/</a>	RMH_S	JIWA	(Atiqul Hoque Chowdhury et al., 2013; Osmani & Sen, 2011). (Sutarto et al, 2018) (Nisa et al, 2021),

No	Variabel	Definisi Operasional	Simbol	Satuan	Peneliti Terdahulu
					(Inamah <i>et al.</i> , 2021),
6	Rumah Sewa/Kontrakk	Tempat tinggal yang ditempati dengan membayar sewa dalam jangka waktu tertentu dan hak penggunaan sesuai perjanjian. Sumber: <a href="https://siga.bkkbn.go.id/">https://siga.bkkbn.go.id/</a>	RMH_SK	JIWA	(Atiqul Hoque Chowdhury <i>et al.</i> , 2013; Osmani & Sen, 2011). (Sutarto <i>et al.</i> , 2018) (Nisa <i>et al.</i> , 2021), (Inamah <i>et al.</i> , 2021),
<b>Variabel Dimensi Sosial</b>					
1	Kepala Keluarga Tamat Sekolah	Tingkat pendidikan terakhir kepala keluarga adalah SLTP (SMP) atau SLTA (SMA/SMK), dibuktikan dengan ijazah atau sertifikat setara. Sumber: <a href="https://Siga.Bkkbn.Go.Id/">https://Siga.Bkkbn.Go.Id/</a>	KK_TAMAT	JIWA	(Ezzati <i>et al.</i> , 2002b) (Barros <i>et al.</i> , 2010) (Alderman & Headey, 2017a) (Suhardjo, 2003).
2	Kepala Keluarga tidak Tamat Sekolah	Kepala keluarga belum menyelesaikan SLTP (SMP) atau SLTA (SMA/SMK), dibuktikan dengan ijazah atau sertifikat setara. Sumber: <a href="https://Siga.Bkkbn.Go.Id/">https://Siga.Bkkbn.Go.Id/</a>	KK_TDK_TAMAT	JIWA	(Ezzati <i>et al.</i> , 2002b) (Barros <i>et al.</i> , 2010) (Alderman & Headey, 2017a) (Suhardjo, 2003).
3	Pengasuhan anak dilakukan suami dan Istri	Pengasuhan anak dilakukan bersama oleh suami dan istri dalam 6 bulan terakhir, dengan berbagi peran dan tanggung jawab dalam mengasuh, mendidik, dan memenuhi kebutuhan anak. Sumber: <a href="https://Siga.Bkkbn.Go.Id/">https://Siga.Bkkbn.Go.Id/</a>	P_PASUTRI	JIWA	(N. M. Putri <i>et al.</i> , 2024). (Yuwono, 2017). (Maria Sambriang, 2022). (Handini <i>et al.</i> , 2023). (Bloem <i>et al.</i> , 2013).

No	Variabel	Definisi Operasional	Simbol	Satuan	Peneliti Terdahulu
4	Pengasuhan anak tidak dilakukan suami dan Istri	Pengasuhan anak tidak dilakukan bersama oleh suami dan istri dalam 6 bulan terakhir, tanpa berbagi peran dan tanggung jawab secara aktif. Sumber: <a href="https://Siga.Bkkbn.Go.Id/">https://Siga.Bkkbn.Go.Id/</a>	P_NON_PASUTRI	JIWA	(N. M. Putri <i>et al.</i> , 2024). (Yuwono, 2017). (Maria Sambriang, 2022). (Handini <i>et al.</i> , 2023). (Bloem <i>et al.</i> , 2013).
<b>Variabel dimensi kesehatan</b>					
1	BPJS PBI	Keluarga peserta BPJS memiliki akses layanan kesehatan bersubsidi melalui skema PBI atau mandiri, memberikan jaminan kesehatan dan perlindungan sosial. Sumber: <a href="https://siga.bkkbn.go.id/">https://siga.bkkbn.go.id/</a>	BPJS PBI	JIWA	(Simbolon, 2014). (Camelia & Vita, 2020), (Diani Magasida & E. Erawati, 2022),
2	Tidak Memiliki BPJS PBI	Keluarga yang tidak terdaftar dalam BPJS tidak memiliki akses ke layanan kesehatan bersubsidi atau perlindungan jaminan sosial dari pemerintah Sumber: <a href="https://siga.bkkbn.go.id/">https://siga.bkkbn.go.id/</a>	NON_BPJS PBI	JIWA	(Simbolon, 2014). (Camelia & Vita, 2020), (Diani Magasida & E. Erawati, 2022),
3	Layanan Antenatal	Layanan antenatal adalah perawatan medis bagi ibu hamil untuk memantau kesehatan ibu dan janin, mencegah komplikasi, serta mendukung pencegahan stunting. Sumber: <a href="https://siga.bkkbn.go.id/">https://siga.bkkbn.go.id/</a>	L_ANTL	JIWA	(Nurfatihah <i>et al.</i> , 2021) (Sundari & Baedowi, 2022). (Nasrul, 2018). Risky Malinda, (2020), (Anna Vipta Resti Mauludyani, 2014). Bella Mardya,(2023), (Fajariyah, R.N., & Hidajah, A. C, (2020), (Diani Magasida and E. Erawati, 2022),

No	Variabel	Definisi Operasional	Simbol	Satuan	Peneliti Terdahulu
4	Umur Ideal	Usia ideal kehamilan (20-35 tahun) mengurangi risiko komplikasi dan mendukung berat badan lahir sehat, penting untuk pencegahan stunting.  Sumber: <a href="https://siga.bkkbn.go.id/">https://siga.bkkbn.go.id/</a>	IDEAL_UMUR	JIWA	(Monita <i>et al.</i> , 2016). (Ida, 2010). (Manuaba, 2012). (Chirande <i>et al.</i> , 2015). (Sistiarani, 2008).
5	Istri Terlalu Tua	Umur istri terlalu tua (35–40 tahun) berisiko mengalami komplikasi kehamilan yang dapat meningkatkan risiko stunting pada anak.  Sumber: <a href="https://siga.bkkbn.go.id/">https://siga.bkkbn.go.id/</a>	TUA_ISTRI	JIWA	(Monita <i>et al.</i> , 2016). (Ida, 2010). (Manuaba, 2012). (Chirande <i>et al.</i> , 2015). (Sistiarani, 2008).
6	Istri Terlalu Muda	Umur istri terlalu muda (<20 tahun) berisiko karena keterbatasan fisik dan emosional ibu, yang dapat memengaruhi kesehatan dan pertumbuhan anak. Sumber: <a href="https://siga.bkkbn.go.id/">https://siga.bkkbn.go.id/</a>	MUDA_ISTR I	JIWA	(Monita, Suhaimi, & Ernalia, 2016). (Ida, 2010). (Manuaba, 2012). (Chirande <i>et al.</i> , 2015). (Sistiarani, 2008).

### 3.4 Jenis dan Sumber Data

Data yang digunakan pada penelitian ini adalah data sekunder. Data yang digunakan merupakan data sekunder yaitu data yang diperoleh secara tidak langsung melalui berbagai publikasi-publikasi, laman resmi dan berbagai buku kumpulan data. Sumber data penelitian ini adalah data yang merupakan hasil rilis Badan Pusat Statistik, Direktorat Jendral Perimbangan Keuangan, Sistem Informasi Data Keluarga (SIGA) BKKBN baik dalam taraf kabupaten/kota maupun Provinsi Lampung, dengan terbitan <https://lampung.bps.go.id/>, <https://djpk.kemenkeu.go.id/portal/data> dan <https://siga.bkkbn.go.id/> serta berbagai terbitan publikasi yang relevan dengan sumber data.

### 3.5 Metode Pengumpulan Data

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode dokumentasi, yaitu mempelajari catatan-catatan pada instansi terkait yang diperlukan, dan terdapat dalam *Report* siga BKKBN Provinsi Lampung 2020 – 2025. Dokumentasi data yang utama adalah data panel, yang berkaitan dengan indikator penelitian (ekonomi: pendapatan, tabungan, dan kepemilikan rumah; sosial: pendidikan dan pola asuh; kesehatan: kepemilikan BPJS, antenatal, dan usia ibu melahirkan).

Data panel yaitu gabungan data berbentuk runtun waktu (*time series*) dan observasi wilayah (*cross section*). Data runtun waktu merupakan data yang terdiri atas satu atau lebih variabel yang akan diamati pada satu unit observasi dalam kurun waktu tertentu. Sedangkan, data *cross section* merupakan data observasi dari beberapa observasi dalam satu titik. Data runtun waktu (*time series*) yang digunakan pada penelitian ini pada periode 2020-2024, dengan menggunakan observasi wilayah (*cross section*) yaitu 15 Kabupaten/Kota di Provinsi Lampung.

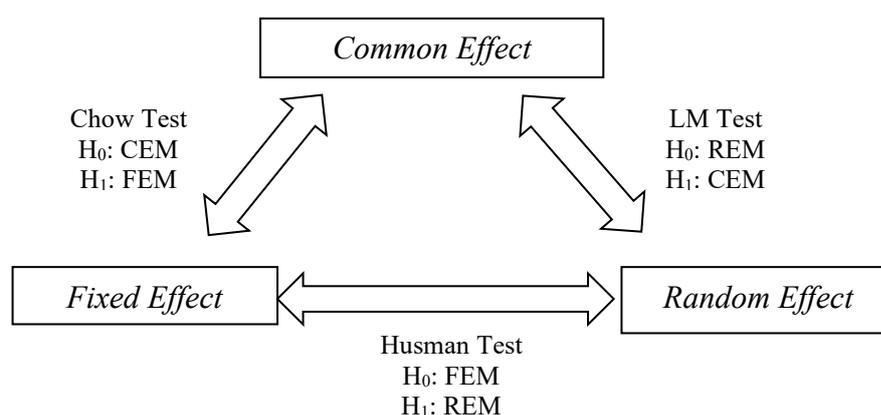
Pemilihan data panel dikarenakan didalam penelitian ini menggunakan rentang waktu lima tahun dan wilayah kabupaten/kota berjumlah 15 di Provinsi Lampung. Data panel memiliki keunggulan, menurut (Widarjono, 2017), yaitu:

1. Data panel yang merupakan gabungan dua data deret waktu dan *cross section* mampu menyediakan data yang lebih banyak, sehingga akan menghasilkan *degree of freedom* yang lebih besar.

- Menggabungkan informasi dari data deret waktu dan *cross section* dapat mengatasi masalah yang timbul ketika ada masalah penghilangan variabel (*omitted-variabel*).

### 3.6 Metode Analisis Data

Model analisis data pada penelitian ini, yaitu Model Regresi OLS (*Ordinary Least Square*) data panel. Sebelum melakukan analisis data dengan Model Regresi OLS data panel, peneliti perlu mengevaluasi data panel yang terbaik untuk digunakan pada analisis estimasi model regresi OLS data panel selanjutnya (Agus Tri Basuki dan Nano Prawoto, 2017), dengan tiga model pendekatan, yaitu *Common Effect*, *Fixed Effect*, dan *Random Effect*, seperti pada Gambar 11.



Gambar 11. Pemilihan Model Data Panel

Sumber: Widarjono, 2017

#### 3.6.1 *Common Effects (Pooled Least Square)*

Pendekatan PLS merupakan model paling sederhana untuk mengestimasi data panel. Model diasumsikan bahwa terdapat efek tetap individu yang tidak berubah seiring waktu dan berkontribusi pada variasi dalam variabel dependen. Efek tetap ini dapat mencakup faktor-faktor yang spesifik terhadap masing-masing individu dalam panel data, seperti karakteristik individu, kebiasaan individu, atau faktor-faktor tidak diamati lainnya. (Widarjono, 2017).

### 3.6.2 *Fixed Effects Model*

Pendekatan FEM merupakan model regresi yang pendekatannya digunakan untuk mengestimasi hubungan antara variabel independen dan dependen dengan mempertimbangkan efek tetap individu dari setiap unit observasi. Dalam FEM diasumsikan bahwa terdapat efek tetap individu yang spesifik dan tidak berubah seiring waktu yang mempengaruhi variabel dependen. Efek tetap ini mencerminkan karakteristik khusus atau faktor-faktor individu yang membedakan satu unit observasi dari yang lain, seperti perbedaan dalam kebiasaan, preferensi, atau kualitas individu (Gujarati & Porter, 2013). Estimasi model dilakukan dengan menggunakan variabel dummy untuk menangkap perbedaan intersep. Dalam model ini, karakteristik perusahaan dianggap berbeda dalam hal intersep antar individu, namun tetap konstan antar waktu, sementara slope tetap konstan antara perusahaan maupun antar waktu. Pendekatan estimasi ini juga dikenal sebagai *Least Squares Dummy Variables* (LSDV) (Widarjono, 2017).

### 3.6.3 *Random Effects Model*

Pendekatan menggunakan variabel dummy dalam fixed effect model bertujuan untuk menggambarkan ketidakpastian terhadap model yang sebenarnya. Namun, pendekatan ini juga memiliki konsekuensi berkurangnya derajat kebebasan yang pada akhirnya dapat mengurangi efisiensi parameter. Untuk mengatasi masalah ini, dapat digunakan metode *random effect* yang menggunakan variabel gangguan. Dalam model ini, kita akan melakukan estimasi data panel di mana variabel gangguan dapat terkait antar waktu dan antar individu (Widarjono, 2017).

## 3.7 **Pemilihan Metode Regresi Data Panel**

Estimasi data panel terdiri dari 3 macam metode yaitu Common Effect (PLS), Fixed Effect (FEM), dan Random Effect (REM). Ada tiga pengujian untuk mengetahui metode yang paling baik, diantaranya.

### 3.7.1 Uji Chow (*Likelihood Rasio*)

Uji Chow digunakan untuk menentukan model yang terbaik antara CEM dan FEM dengan melihat nilai dari p valuenya (Juanda & Junaidi, 2012). Dalam hal ini hipotesis pengujiannya yaitu :

$H_0 = \text{Common Effect Model (pooled OLS)}$

$H_a = \text{Fixed Effect Model (LSDV)}$

Kriteria :

Jika nilai *probability cross section F*  $> 0,05$  , maka model yang dipilih adalah pendekatan *common effect*.

Jika nilai *probability cross section F*  $< 0,05$  , maka model yang dipilih adalah pendekatan *fixed effect*.

### 3.7.2 Uji Hausman

Uji Hausman digunakan untuk menentukan model yang terbaik antara FEM dan REM dengan melihat nilai dari p valuenya (Juanda & Junaidi, 2012). Adapun hipotesis dari pengujiannya yaitu:

$H_0 = \text{Random Effect Model (REM)}$

$H_a = \text{Fixed Effect Model (LSDV)}$

Kriteria :

Jika nilai probabilitas chi-square random  $< \alpha 0.05$ , model yang digunakan adalah *Fixed Effect Model*.

Jika nilai probabilitas chi-square random  $> \alpha 0.01$ , model yang digunakan adalah *Random Effect Model*

### 3.7.3 Uji Breusch-Pagan Lagrange Multiplier Test

Uji Breusch-Pagan digunakan untuk menentukan model terbaik antara CEM dan REM. Uji Breusch-Pagan dilakukan dengan cara melihat nilai chi squares dan nilai dari uji Lagrange Multiplier (Widarjono, 2017). Adapun hipotesis dari pengujian yaitu :

$H_0 = \text{Common Effect Model (pooled OLS)}$

$H_a = \text{Random Effect Model (REM)}$

Kriteria :

Jika nilai  $LM < \text{nilai chi square}$ , maka digunakan model *Common Effect*

Jika nilai  $LM > \text{nilai chi square}$ , maka digunakan model *Random Effect*.

### 3.8 Pengujian Asumsi Klasik

Model Regresi OLS Data Panel tersebut dapat dilakukan, jika model OLS Regresi Panel memenuhi uji Asumsi Klasik, yang dilihat dari Uji Normalitas, Multikolinearitas, Heterokedastisitas, AutoKorelasi

#### 3.8.1 Uji Normalitas

Uji asumsi normalitas untuk melihat apakah *error term* terdistribusi secara normal atau tidak. Jika asumsi normalitas tidak dipenuhi maka prosedur pengujian dengan uji *t-statistic* menjadi tidak sah. Pengujian asumsi normalitas dapat dilakukan dengan uji *Jarque-Bera* atau dengan melihat plot dari sisaan. Hipotesis dalam pengujian normalitas adalah:

$H_0$  = Data berdistribusi normal

$H_a$  = Data tidak berdistribusi normal

Kriteria

Jika nilai *Probability*  $> 0,05$  maka distribusi adalah normal

Jika nilai *Probability*  $< 0,05$  maka distribusi adalah tidak normal

Namun, Baltagi *et al.* (2005); Gujarati & Porter, (2009); Wooldridge, (2010) menyatakan bahwa Uji Normalitas pada Data Panel tidak diperlukan sebagai syarat regresi OLS bersifat BLUE (*Best Linear Unbiased Estimator*). Pengujian normalitas residual pada analisis regresi data panel tidak dilakukan karena asumsi normalitas bukan syarat utama untuk mendapatkan estimator yang konsisten. Normalitas residual hanya diperlukan apabila tujuan analisis adalah melakukan uji statistik inferensial yang sangat sensitif terhadap distribusi, seperti uji t atau F dalam sampel kecil. Namun, dalam model data panel, jumlah observasi biasanya besar (baik dari sisi waktu maupun unit *cross-section*), sehingga estimasi parameter regresi mengandalkan sifat *asymptotic consistency* yang tidak bergantung pada distribusi residual.

Baltagi (2005) menjelaskan bahwa asumsi normalitas tidak dibutuhkan dalam model data panel selama data cukup besar, karena distribusi sampling dari estimator akan mendekati normal berdasarkan Teorema Limit Tengah (*Central Limit Theorem*). Wooldridge (2010) juga menegaskan bahwa penggunaan *robust standard errors* dan pendekatan estimasi berbasis data panel tidak mensyaratkan residual harus normal untuk validitas hasil.

Menurut Gujarati dan Porter (2009), Normalitas hanya menjadi penting ketika jumlah data kecil dan inferensi statistik dilakukan secara ketat berdasarkan asumsi klasik. Dalam praktik model panel, yang sering menggunakan estimator *Fixed Effects* (FE) atau *Random Effects* (RE), estimasi parameter tetap konsisten meskipun residual tidak normal, selama asumsi lain seperti homoskedastisitas dan tidak ada autokorelasi terpenuhi.

### 3.8.2 Uji Multikolinieritas

Multikolinieritas dapat dilakukan dengan melihat nilai *Variance – Inflating Factor* (VIF) dari hasil analisis regresi. Jika nilai  $VIF > 10$  maka terdapat gejala multikolinieritas yang tinggi (Sanusi, 2014). Kecepatan dari meningkatnya varians atau kovarians dapat dilihat dengan *Variance Inflation Factor* (VIF), yang didefinisikan sebagai:

$$VIF = \frac{1}{(1 - R^2)}$$

Seiring dengan  $R^2$  mendekati 1, VIF mendekati tidak terhingga. Hal tersebut menunjukkan sebagaimana jangkauan kolinieritas meningkat, varian dari sebuah estimator juga meningkat, dan pada suatu nilai batas dapat menjadi tidak terhingga (Gujarati, 2010). Berikut Hipotesis penelitian dalam uji multikolinieritas penelitian:

$H_0$ : Tidak terdapat multikolinieritas antar variabel bebas

$H_a$ : Terdapat multikolinieritas antar variabel bebas

Kriteria :

$VIF > 10$ , terdapat multikolinieritas antar variabel bebas

$VIF < 10$ , tidak ada multikolinieritas antar variabel bebas

### 3.8.3 Uji Heterokedastisitas

Menurut Widarjono (2013) suatu model yang terbebas dari heteroskedastisitas berarti variansi dari *error* bersifat konstan (tetap) atau dapat dikatakan homoskedastis. Cara untuk mendeteksi adanya heteroskedastisitas yaitu dengan uji *White*. Model dikatakan mengandung heteroskedastisitas jika statistik *white* ( $n \times R^2$ ) lebih besar dari  $\chi^2$  tabel. Cara lainnya adalah dengan menggunakan metode *GLS Weight Cross-section* yang tersedia dalam estimasi output program *EViews*. Nilai *Sum Square Resid (SSR) Weighted* dibandingkan dengan *Sum Square Resid (SSR) Unweighted*. Jika  $SSR\ weighted < SSR\ Unweighted$  maka dapat dikatakan bahwa model terbebas dari masalah heteroskedastisitas. Berikut hipotesis uji heterokedastisitas dalam penelitian ini :

$H_0$  : tidak ada masalah heteroskedastisitas

$H_a$  : ada masalah heteroskedastisitas

### 3.8.4 Uji Autokorelasi

Widarjono, (2013), salah satu asumsi penting dalam metode OLS berkaitan dengan variabel gangguan adalah tidak adanya hubungan antara variabel gangguan satu dengan variabel gangguan lain. Sedangkan autokorelasi merupakan adanya korelasi antara anggota observasi satu dengan observasi lain yang berlainan waktu. Dalam kaitannya dengan metode OLS, autokorelasi merupakan korelasi antar satu variabel gangguan dengan variabel gangguan yang lain. Jadi dengan adanya autokorelasi, estimator OLS tidak menghasilkan estimator yang *Best Linear Unbiased Estimator* (BLUE) hanya *Linear Unbiased Estimator* (LUE). Terdapat beberapa metode yang digunakan untuk mendeteksi masalah autokorelasi yaitu melalui metode *Durbin-Watson*, Metode *Breusch-Godfrey*.

$H_0$  : tidak ada masalah autokorelasi

$H_a$  : ada masalah autokorelasi

### 3.9 Analisis Regresi Berganda Interaksi *Moderated Regression Analysis* (MRA)

Penelitian ini menggunakan regresi berganda dengan *Interaksi Moderated Regression Analysis (MRA)* untuk mengetahui hubungan sebagai variabel pemoderasi. *Moderated Regression Analysis (MRA)* atau model uji interaksi merupakan aplikasi khusus regresi linear berganda dimana dalam persamaan regresinya mengandung unsur interaksi (perkalian dua atau lebih variabel independen). Pengujian ini dilakukan untuk melihat pengaruh individual dari variabel-variabel bebas dalam model terhadap variabel dependennya.

Salah satu cara untuk menguji regresi dengan variabel moderating yaitu dengan menggunakan uji interaksi *Moderated Regression Analysis* menggunakan pendekatan analitik yang mempertahankan integritas sample dan memberikan dasar untuk mengontrol pengaruh variabel moderator. Metode ini dilakukan dengan menambahkan variabel perkalian antara variabel bebas dengan variabel moderatingnya (Ghozali, 2011).

*Interaksi Moderated Regression Analysis (MRA)* merupakan analisis khusus regresi berganda linier dimana persamaan regresinya mengandung unsur interaksi (perkalian dua atau lebih variabel independen). Pada penelitian ini, interaksi yang terjadi adalah perkalian antara realisasi dan ukuran perusahaan terhadap seluruh variabel bebas baik dimensi ekonomi, dimensi sosial dan dimensi kesehatan terhadap intervensi variabel Realisasi Anggaran Bidang Kesehatan (Anggaran<sub>z</sub>). *Moderated Regression Analysis (MRA)* atau uji interaksi merupakan aplikasi khusus regresi berganda linear dimana dalam persamaan regresinya mengandung unsur interaksi (perkalian dua atau lebih variabel independen) dengan rumus persamaan sebagai berikut:

$$Y_{it} = \beta_0 + \beta_1 X1_{it} + \beta_2 X2_{it} + \varepsilon_{it} \quad (1)$$

$$Y_{it} = \beta_0 + \beta_1 X1_{it} + \beta_2 X2_{it} + \beta_3 M_{it} + \varepsilon_{it} \quad (2)$$

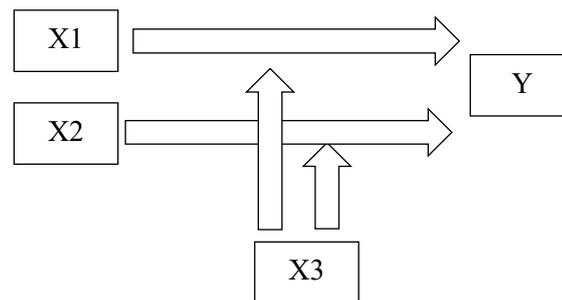
Pada persamaan (2) variabel X3 adalah variabel yang dapat moderat/mengintervensi pengaruh X1 dan X2, maka variabel X3 merupakan pengalihan untuk X1 dan X2, artinya ketika X1 dan X2 sudah dikalikan/dimoderat dengan X3 memiliki pengaruh yang lebih kuat/lemah terhadap Y, Berikut adalah menunjukkan persamaan:

$$Y_{it} = \beta_0 + \beta_1 X1_{it} + \beta_2 X2_{it} + \beta_3 Mit + \beta_4 (X1_{it} * Mit) + \beta_5 (X2_{it} * Mit) + E_{it}$$

Hipotesis:

1. X1 berpengaruh langsung terhadap Y
2. X2 berpengaruh langsung terhadap Y
3. X1 berpengaruh terhadap Y dimoderasi oleh X3
4. X2 berpengaruh terhadap Y dimoderasi oleh X3

Secara singkat maka sebagai berikut kerangka alur MRA:



Gambar 12. Model Hubungan regresi dengan variabel moderating MRA

Sumber: Ghazali (2011); (Baron & Kenny, 1986)

Untuk menguji apakah terdapat peran variabel pemoderasi, maka dapat dideteksi dari koefisien  $\beta_4$  dan  $\beta_5$  pada persamaan regresi (1) di atas dengan hasil harus signifikan pada tingkat signifikansi yang ditentukan, umumnya pada signifikansi 5% (Liana, 2009).

Pada konteks penelitian ini, persamaan regresi Moderasi (MRA) memasukan variabel pemoderasi Anggaran Stunting (Anggaran<sub>z</sub>), dengan mengikuti mekanisme kerja MRA (Baron dan Kenny, 1986), sebagai berikut.

1.a. Persamaan matematis regresi linier berganda (OLS) dimensi Ekonomi tanpa anggaran (Pengaruh Langsung) :

$$KK_{RS_{it}} = \beta_0 + \beta_1 MP_{it} + \beta_2 TDK_{MP_{it}} + \beta_3 MT_{it} + \beta_4 TDK_{MT_{it}} + \beta_5 RMH_{S_{it}} + \beta_6 RMH_{SK_{it}} + \epsilon_{it}$$

1.b. Persamaan matematis regresi linier berganda (OLS) dan *Moderated Regression Analysis (MRA)* dimensi Ekonomi dengan anggaran:

$$\begin{aligned}
 KK_{RS_{it}} = & \beta_0 + \beta_1 MP_{it} + \beta_2 TDK_{MP_{it}} + \beta_3 MT_{it} + \beta_4 TDK_{MT_{it}} + \beta_5 RMH_{S_{it}} \\
 & + \beta_6 RMH_{SK_{it}} + \beta_7 M_{ANGGARAN_{it}} + \beta_8 (MP_{it} * M_{ANGGARAN_{it}}) \\
 & + \beta_9 (TDK_{MP_{it}} * M_{ANGGARAN_{it}}) \\
 & + \beta_{10} (MT_{it} * M_{ANGGARAN_{it}}) + \beta_{11} (TDK_{MT_{it}} * M_{ANGGARAN_{it}})
 \end{aligned}$$

$$+\beta_{12}(\text{RMH\_Sit} * \text{M\_ANGGARAN}_{it})$$

$$+\beta_{13}(\text{RMH\_SK}_{it} * \text{M\_ANGGARAN}_{it}) + \varepsilon_{it}$$

Dimana:

KK_RS	=	Keluarga Beresiko Stunting
MP	=	Keluarga Memiliki Pendapatan
TDK_MP	=	Keluarga tidak memiliki pendapatan
MT	=	Keluarga memiliki Tabungan
TDK_MT	=	Keluarga tidak memiliki tabungan
RMH_S	=	Keluarga dengan rumah sendiri
RMH_SK	=	Keluarga dengan rumah Sewa/Kontrak
M	=	Moderasi variabel Realisasi Anggaran Bidang Kesehatan
ANGGARAN		
(Z)		
i	=	Observasi 15 Kabupaten/kota di provinsi Lampung ( <i>Cross section</i> )
t	=	Periode penelitian Tahun 2020-2024 ( <i>time Series</i> )
$\beta_0$	=	Koefisien Konstanta intersep yang merupakan skalar
$\beta_1, \beta_2, \beta_3, \beta_4, \beta_5,$	=	Koefisien regresi atau slop kemiringan dari masing-masing variabel
$\beta_6, \beta_7, \beta_8, \beta_9,$		
$\beta_{10}, \beta_{11}, \beta_{12},$		
$\beta_{13}$		
$\varepsilon_{it}$	=	Standar error pada model matematis, ( <i>Error Term</i> )

2.a. Persamaan matematis regresi linier berganda (OLS) dimensi Sosial tanpa anggaran (Pengaruh Langsung):

$$\text{KK\_RS}_{it} = \beta_0 + \beta_1 \text{KK\_TAMAT}_{it} + \beta_2 \text{KK\_TDK\_TMT}_{it} + \beta_3 \text{P\_PASUTRI}_{it} + \beta_4 \text{P\_NON\_PASUTRI}_{it} + \varepsilon_{it}$$

2.b. Persamaan matematis regresi linier berganda (OLS) dan *Moderated Regression*

*Analysis (MRA)* dimensi Sosial dengan anggaran:

$$\begin{aligned} \text{KK\_RS}_{it} = & \beta_0 + \beta_1 \text{KK\_TAMAT}_{it} + \beta_2 \text{KK\_TDK\_TMT}_{it} + \beta_3 \text{P\_PASUTRI}_{it} \\ & + \beta_4 \text{P\_NON\_PASUTRI}_{it} + \beta_5 \text{M\_ANGGARAN\_Z}_{it} \\ & + \beta_6 (\text{KK\_TAMAT}_{it} * \text{M\_ANGGARAN\_Z}_{it}) \\ & + \beta_7 (\text{KK\_TDK\_TMT}_{it} * \text{M\_ANGGARAN\_Z}_{it}) \\ & + \beta_8 (\text{P\_PASUTRI}_{it} * \text{M\_ANGGARAN\_Z}_{it}) \\ & + \beta_9 (\text{P\_NON\_PASUTRI}_{it} * \text{M\_ANGGARAN\_Z}_{it}) + \varepsilon_{it} \end{aligned}$$

Dimana:

KK_RS	=	Keluarga Beresiko Stunting
KK_TAMAT	=	Tingkat pendidikan terakhir yang diselesaikan oleh kepala keluarga, yaitu setara dengan jenjang Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama (SLTP, setara SMP) atau Sekolah Lanjutan Tingkat Atas (SLTA, setara SMA/SMK).
KK_TIDAK_TAMAT	=	Tingkat pendidikan kepala keluarga yang belum menyelesaikan jenjang pendidikan formal Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama (SLTP/SMP) atau Sekolah Lanjutan Tingkat Atas (SLTA/SMA).

P_PASUTRI	=	Selama 6 (Enam) Bulan Terakhir, Pengasuhan Anak Dilakukan Bersama Antara Suami Dan Istri.
P_NON_PASUTRI	=	Selama 6 (Enam) Bulan Terakhir, Pengasuhan Anak Tidak Dilakukan Bersama Antara Suami Dan Istri.
M_ANGGARAN_Z	=	Moderasi variabel Realisasi Anggaran Bidang Kesehatan
i	=	Observasi 15 Kabupaten/kota di provinsi Lampung ( <i>Cross section</i> )
t	=	Periode penelitian Tahun 2020-2024 ( <i>time Series</i> )
$\beta_0$	=	Koefisien Konstanta intersep yang merupakan skalar
$\beta_1, \beta_2, \beta_3, \beta_4, \beta_5, \beta_6, \beta_7, \beta_8, \beta_9$	=	Koefisien regresi atau slop kemiringan dari masing-masing variabel
et	=	Standar error pada model matematis, ( <i>Error Term</i> )

3.a. Persamaan matematis regresi linier berganda (OLS) dimensi Kesehatan tanpa anggaran (Pengaruh Langsung) :

$$KK_{RS_{it}} = \beta_0 + \beta_1 BPJS_{it} + \beta_2 NON\_BPJS_{it} + \beta_3 L\_ANTL_{it} + \beta_4 IDEAL\_UMUR_{it} + \beta_5 MUDA\_ISTRI_{S_{it}} + \beta_6 TUA\_ISTRI_{it} + \epsilon_{it}$$

3.b. Persamaan matematis regresi linier berganda (OLS) dan *Moderated Regression Analysis (MRA)* dimensi Kesehatan dengan anggaran :

$$KK_{RS_{it}} = \beta_0 + \beta_1 BPJS_{it} + \beta_2 NON\_BPJS_{it} + \beta_3 L\_ANTL_{it} + \beta_4 IDEAL\_UMUR_{it} + \beta_5 MUDA\_ISTRI_{it} + \beta_6 TUA\_ISTRI_{it} + \beta_7 M\_ANGGARAN\_Z_{it} + \beta_8 (BPJS_{it} * M\_ANGGARAN\_Z_{it}) + \beta_9 (NON\_BPJS_{it} * M\_ANGGARAN\_Z_{it}) + \beta_{10} (L\_ANTL_{it} * M\_ANGGARAN\_Z_{it}) + \beta_{11} (IDEAL\_UMUR_{it} * M\_ANGGARAN\_Z_{it}) + \beta_{12} (MUDA\_ISTRI_{it} * M\_ANGGARAN\_Z_{it}) + \beta_{13} (TUA\_ISTRI_{it} * M\_ANGGARAN\_Z_{it}) + \epsilon_{it}$$

Dimana:

KK_RS	=	Keluarga Beresiko Stunting
BPJS	=	Keluarga memiliki layanan BPJS
NON_BPJS	=	Keluarga tidak memiliki layanan BPJS
L_ANTL	=	Keluarga yang mendapatkan Serangkaian Perawatan Medis Yang Diberikan Oleh Tenaga Kesehatan Selama Masa Kehamilan, Yang Meliputi Pemeriksaan Rutin, Imunisasi, Edukasi Gizi, Dan Pemantauan Kesehatan Ibu Dan Janin.
IDEAL_UMUR	=	Usia Ideal (20-35 Tahun): Pada Rentang Usia Ini, Tubuh Ibu Umumnya Sudah Cukup Matang Untuk Mengandung Dan Melahirkan,
MUDA_ISTRI	=	Usia Ini Dianggap Sebagai Faktor Risik Terlalu Muda (Umur Istri < 20 Tahun), Dalam Keluarga Stunting Mengacu Pada Pasangan Usia Subur (PUS) Di Mana Istri Melahirkan Pada Usia Di

		Bawah 20 Tahun. Usia Ini Dianggap Sebagai Faktor Risiko Karena Keterbatasan Fisik
TUA_ISTRI	=	Pus Terlalu Tua (Umur Istri 35–40 Tahun)" Dalam Keluarga Stunting Merujuk Pada Kelompok Pasangan Usia Subur (Pus) Usia Ini Dianggap Sebagai Faktor Risiko Karena Terkait Dengan Potensi Komplikasi Kesehatan Ibu.
M_ANGGARA	=	Moderasi variabel Realisasi Anggaran Bidang Kesehatan
N_Z		
i	=	Observasi 15 Kabupaten/kota di provinsi Lampung ( <i>Cross section</i> )
t	=	Periode penelitian Tahun 2020-2024 ( <i>time Series</i> )
$\beta_0$	=	Koefisien Konstanta intersep yang merupakan skalar
$\beta_1, \beta_2, \beta_3, \beta_4, \beta_5, \beta_6, \beta_7, \beta_8, \beta_9, \beta_{10}, \beta_{11}, \beta_{12}, \beta_{13}$	=	Koefisien regresi atau slop kemiringan dari masing-masing variabel
et	=	Standar error pada model matematis, ( <i>Error Term</i> )

### 3.10 Pengujian Hipotesis Penelitian

Pengujian hipotesis penelitian ini menggunakan uji parsial atau dapat dilihat dari hasil nilai signifikansi *p value* (Hair *et al.*, 2019). Uji hipotesis ini digunakan untuk melihat signifikansi dari pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen secara individual, dengan uji 1 (satu) arah. Hipotesis pengujian sebagai berikut.:

- 1) Jika  $\text{sig} < \alpha$  (0,05) maka  $H_0$  ditolak atau menerima  $H_a$ , artinya variabel bebas berpengaruh terhadap variabel terikat.
- 2) Jika  $\text{sig} > \alpha$  (0,05) maka  $H_0$  diterima atau menolak  $H_a$ , artinya variabel bebas tidak berpengaruh terhadap variabel terikat.

### 3.11 Individual Effect

Individual effect digunakan ketika model akhir data panel menggunakan model akhir *Fixed Effect* model. *Individual effect* merupakan nilai individu masing-masing *cross-section* yang di dapat dari *Fixed Effect* model (Widarjono, 2013). Rumus *individual effect* yaitu:

$$C_i = \alpha + \beta$$

Dimana:

- $C_i$  : *Individual Effect*  
 $\alpha$  : Koefisien konstanta  
 $\beta$  : koefisien dari masing-masing Kabupaten/kota

## **BAB V**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1 Simpulan**

Uraian simpulan berikut disesuaikan dengan rumusan masalah, hasil pengujian hipotesis, dan pembahasan, yang ditinjau dari dimensi ekonomi, sosial, dan kesehatan.

##### **5.1.1 Simpulan Dimensi Ekonomi**

Dimensi ekonomi terbukti memainkan peran penting dalam memengaruhi risiko stunting di Provinsi Lampung. Keluarga yang memiliki pendapatan dan tabungan menunjukkan kecenderungan lebih rendah dalam menghadapi risiko stunting. Hal ini menunjukkan bahwa stabilitas ekonomi rumah tangga sangat menentukan kemampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan gizi anak, mengakses layanan kesehatan, serta menyediakan lingkungan hidup yang sehat. Pendapatan dan tabungan menjadi indikator penting yang mencerminkan kapasitas keluarga dalam merespons kebutuhan darurat, terutama yang terkait dengan kesehatan dan nutrisi anak.

Sebaliknya, keluarga yang tidak memiliki penghasilan, tidak memiliki tabungan, serta tinggal di rumah sewa atau kontrak menunjukkan kecenderungan risiko stunting yang lebih tinggi. Rumah sewa sering kali dikaitkan dengan kondisi lingkungan yang kurang sehat, keterbatasan akses air bersih, serta ketidakpastian hunian, yang semuanya berdampak negatif terhadap tumbuh kembang anak. Hasil ini menggarisbawahi bahwa ketidakstabilan ekonomi berkontribusi terhadap kualitas hidup yang rendah, yang secara langsung memengaruhi risiko stunting.

Lebih lanjut, intervensi anggaran stunting dari pemerintah berperan sebagai variabel moderasi yang memperkuat hubungan antara faktor ekonomi dan penurunan risiko stunting. Namun demikian, efektivitas anggaran masih dipengaruhi oleh ketepatan sasaran dan pelaksanaan program di lapangan. Temuan

ini menegaskan perlunya kebijakan anggaran yang tidak hanya besar secara nominal, tetapi juga efisien dan tepat dalam distribusinya.

### **5.1.2 Simpulan pada Dimensi Sosial**

Dimensi sosial, khususnya dilihat dari tingkat pendidikan kepala keluarga, juga memberikan pengaruh terhadap penurunan risiko stunting. Keluarga yang memiliki kepala keluarga dengan status tamat sekolah memiliki akses lebih besar terhadap informasi kesehatan, gizi, dan pola pengasuhan yang tepat. Pendidikan yang memadai memberikan pengetahuan dan kesadaran pentingnya menjaga kualitas hidup anak, mulai dari masa kehamilan hingga balita, serta memahami pentingnya akses ke layanan kesehatan.

Namun, penelitian ini menemukan bahwa kepala keluarga yang tidak tamat sekolah tidak menunjukkan pengaruh terhadap peningkatan risiko stunting. Meskipun demikian, kelompok ini cenderung menghadapi hambatan dalam memahami dan mengimplementasikan pola asuh dan perilaku sehat dalam keluarga, yang secara tidak langsung dapat menurunkan kualitas perawatan anak.

Sementara itu, pola asuh anak, baik yang dilakukan oleh pasangan suami istri maupun bukan pasangan suami istri (seperti oleh kakek-nenek atau orang tua tunggal), tidak berpengaruh terhadap risiko stunting dalam penelitian ini. Hal ini bisa disebabkan oleh banyaknya faktor lain yang memengaruhi keberhasilan pola asuh, seperti keterlibatan aktif dalam kegiatan pengasuhan, kondisi emosional anak, dan kemampuan ekonomi.

Dalam hal ini, intervensi anggaran pemerintah tidak secara konsisten memoderasi hubungan antara variabel sosial dan risiko stunting. Oleh karena itu, perlu ditinjau kembali bagaimana anggaran sosial digunakan, dan menyorot pada kegiatan peningkatan kapasitas pendidikan dan penyuluhan keluarga secara efektif.

### **5.1.3 Simpulan pada Dimensi Kesehatan**

Dimensi kesehatan menjadi salah satu faktor utama yang berkontribusi terhadap peningkatan maupun penurunan risiko stunting. Temuan dalam penelitian ini menunjukkan bahwa kepemilikan BPJS dan akses terhadap layanan antenatal care (ANC) selama kehamilan memiliki pengaruh negatif terhadap risiko stunting,

artinya keberadaan jaminan dan layanan kesehatan berkontribusi menurunkan kemungkinan anak mengalami stunting. Keluarga yang memiliki jaminan kesehatan cenderung lebih aktif memeriksakan kehamilan dan tumbuh kembang anak secara rutin, serta memiliki akses terhadap imunisasi, gizi, dan edukasi kesehatan.

Namun, kondisi yang berbeda terlihat pada kelompok keluarga yang tidak memiliki BPJS, serta pada ibu yang melahirkan di usia tidak ideal, baik terlalu muda (<20 tahun) maupun terlalu tua (>35 tahun). Kelompok ini menunjukkan pengaruh positif terhadap risiko stunting, yang berarti mereka lebih rentan melahirkan anak dengan gangguan pertumbuhan. Usia yang tidak ideal meningkatkan risiko komplikasi saat kehamilan dan kelahiran, serta memperbesar kemungkinan bayi lahir dengan berat badan rendah dan perkembangan organ yang belum optimal. Bahkan, usia ideal sekalipun tidak menjamin bebas risiko, jika tidak diiringi dengan akses dan pemanfaatan layanan kesehatan yang memadai.

Seluruh variabel dalam dimensi kesehatan ini terbukti dimoderasi secara signifikan oleh intervensi anggaran pemerintah. Artinya, dengan adanya dukungan dana dari pemerintah yang tepat sasaran, efektivitas program kesehatan seperti Jaminan Kesehatan Nasional, Posyandu, hingga layanan ANC dapat meningkat secara substansial dalam menurunkan risiko stunting. Namun, jika anggaran tidak tepat sasaran atau tidak diimbangi dengan edukasi dan partisipasi masyarakat, maka dampaknya terhadap penurunan stunting akan terbatas.

## **5.2 Keterbatasan dan Pengembangan Penelitian Masa Depan**

Keterbatasan data sekunder dan sifat variabel. Penelitian ini menggunakan data sekunder yang tersedia secara agregat dari instansi pemerintah daerah dan nasional. Meskipun data ini cukup luas cakupannya, terdapat keterbatasan dari segi kelengkapan, akurasi, dan keterwakilan variabel variabel sosial dan kesehatan. Banyak variabel yang bersifat kualitatif seperti pola asuh, kualitas layanan kesehatan, dan keterlibatan orang tua yang dalam penelitian ini disederhanakan menjadi bentuk kuantitatif atau administratif. Hal ini dapat mengurangi kedalaman analisis dan menyederhanakan realitas sosial di lapangan.

Keterbatasan pendekatan kuantitatif. Analisis dalam penelitian ini menggunakan model regresi data panel dan *Moderated Regression Analysis* (MRA), yang sangat berguna untuk menjelaskan hubungan statistik antar variabel. Namun, pendekatan ini belum mampu mengungkap mekanisme kausalitas yang kompleks atau dinamika sosial-budaya yang lebih mendalam di balik fenomena stunting, seperti pengaruh relasi gender dalam pengasuhan anak atau keputusan keuangan keluarga.

Penelitian ini belum membedakan karakteristik wilayah pedesaan dan perkotaan yang kemungkinan besar memiliki konteks sosial-ekonomi dan akses layanan publik yang sangat berbeda. Selain itu, dimensi budaya lokal, peran adat, dan praktik tradisional dalam pengasuhan serta kehamilan juga tidak dimasukkan ke dalam model, padahal faktor-faktor tersebut bisa sangat memengaruhi praktik-praktik yang berdampak pada stunting.

### 5.3 Saran

Berdasarkan hasil analisis dan temuan yang diperoleh, penelitian ini merekomendasikan beberapa hal berikut:

1. Pemerintah perlu mengalokasikan anggaran penanganan stunting secara berbasis data keluarga berisiko, bukan hanya pemerataan wilayah administratif. Wilayah dengan jumlah keluarga risiko tinggi seperti Lampung Tengah, Lampung Timur, dan Lampung Selatan harus menjadi prioritas dalam intervensi anggaran dan program stunting.
2. Intervensi ekonomi harus diperluas secara terarah, melalui bantuan tunai, program tabungan keluarga, dan subsidi rumah layak bagi keluarga tanpa pendapatan, tabungan, atau tempat tinggal tetap. Kelompok ini terbukti paling rentan terhadap stunting dan memerlukan dukungan.
3. Edukasi keluarga dan penguatan pola asuh perlu ditingkatkan, terutama bagi kepala keluarga yang tidak tamat sekolah serta keluarga non-pasutri orang tua tunggal, kakek-nenek. Intervensi sosial ini penting karena kelompok tersebut tetap menunjukkan kerentanan tinggi meskipun telah ada bantuan anggaran.

4. Perluasan kepesertaan BPJS dan penguatan layanan kesehatan ibu-anak, seperti antenatal care, perlu menjadi prioritas. Hal ini menunjukkan bahwa intervensi kesehatan terbukti efektif menurunkan risiko stunting jika disertai dukungan yang memadai, terutama untuk ibu yang melahirkan di usia tidak ideal.
5. Pemerintah perlu mengembangkan sistem data terpadu keluarga risiko stunting, yang mencakup dimensi ekonomi, sosial, dan kesehatan, agar kebijakan dan alokasi anggaran lebih tepat sasaran dan efisien.

## 5.4 Kontribusi Penelitian

Kontribusi penelitian ini dikaji dari tiga perspektif utama, yaitu: kontribusi teoritis, kontribusi empiris yang berdampak pada kebijakan, serta kontribusi metodologis melalui pendekatan analisis yang digunakan

### 5.4.1 Kontribusi Teori

Penelitian ini memberikan kontribusi teoritis di antaranya:

1. Teori Modal Manusia (*Human Capital Theory*): Temuan bahwa pendapatan, pendidikan, dan layanan kesehatan secara simultan berpengaruh terhadap status stunting memperkuat pentingnya investasi pada manusia sejak usia dini sebagai fondasi pembangunan jangka panjang.
2. Teori Pembangunan Berkelanjutan dan Pembangunan Manusia: Penelitian ini menegaskan perlunya pendekatan pembangunan yang holistik tidak hanya berbasis pertumbuhan ekonomi, tetapi juga kualitas hidup masyarakat.
3. Teori Kesejahteraan (*Welfare Theory*): Hasil penelitian mempertegas peran pemerintah dalam menyediakan perlindungan sosial dan distribusi sumber daya secara adil, khususnya untuk keluarga miskin yang rentan terhadap stunting.
4. Penelitian ini juga memperluas kerangka teori dengan menempatkan anggaran pemerintah sebagai variabel moderasi, yang memengaruhi kekuatan hubungan antara faktor determinan stunting dan hasil kesehatan anak.

#### 5.4.2 Kontribusi Empiris dan Kebijakan

Secara empiris, penelitian ini:

1. Menunjukkan secara kuantitatif bahwa determinan ekonomi (pendapatan, tabungan), sosial (pendidikan), dan kesehatan (akses BPJS, layanan ANC, usia ibu) secara nyata memengaruhi risiko stunting.
2. Memberikan bukti baru bahwa efektivitas kebijakan anggaran untuk penanggulangan stunting sangat tergantung pada karakteristik sosialekonomi keluarga sasaran.
3. Menawarkan model kebijakan berbasis bukti yang dapat diadopsi pemerintah daerah di Provinsi Lampung maupun wilayah lain dalam merancang intervensi stunting yang kontekstual dan berkelanjutan.

#### 5.4.3 Kontribusi Metodologi

Dari sisi metodologi, penelitian ini memberikan kontribusi melalui:

1. Penerapan *Moderated Regression Analysis* (MRA) dalam model regresi data panel, yang mampu mengungkap pengaruh simultan dan interaksi antar variabel dalam lintas waktu dan wilayah.
2. Penggunaan data panel 2020-2024 dari 15 kabupaten/kota di Provinsi Lampung, yang memungkinkan identifikasi dinamika spasial dan temporal dalam fenomena stunting secara lebih akurat.
3. Penyajian pendekatan ini memberikan contoh nyata bagi peneliti lain yang ingin mengkaji isu sosial multidimensi dengan desain statistik berbasis kebijakan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ade Nurul aida. (2019). *The effect of socio-economic on the stunting in Indonesia*.
- Adebisi, Y. A., Ibrahim, K., Lucero-Prisno, D. E., Ekpenyong, A., Micheal, A. I., Chinemelum, I. G., & Sina-Odunsi, A. B. (2019). Prevalence and Socio-economic Impacts of Malnutrition Among Children in Uganda. *Nutrition and Metabolic Insights*, 12, 1178638819887398. <https://doi.org/10.1177/1178638819887398>
- Adeela, A., & Seur, D. K. (2016). *Impact Of Maternal Socio-Economic Determinants On Early Childhood Stunting In Maldives: An Analysis Of Maldives Demographic Health Survey 2009*. 5(06).
- Afework, E., S, M., & D, W. (2021). Stunting And Associated Factors Among Under-Five-Age Children In West Guji Zone, Oromia, Ethiopia. *J Nutr Metab*. <https://doi.org/10.1155/2021/8890725>.
- Agus Tri Basuki dan Nano Prawoto. (2017). In *Ekonomi & Bisnis: Dilengkapi Aplikasi SPSS & EVIEWS. PT*.
- Agustin, L., & Rahmawati, D. (2021a). Hubungan Pendapatan Keluarga dengan Kejadian Stunting. *Indonesian Journal of Midwifery (IJM)*, 4(1), 30. <https://doi.org/10.35473/ijm.v4i1.715>
- Agustin, L., & Rahmawati, D. (2021b). Hubungan Pendapatan Keluarga dengan Kejadian Stunting. *Indonesian Journal of Midwifery (IJM)*, 4(1), 30. <https://doi.org/10.35473/ijm.v4i1.715>
- Agustina, R., Weken, M. E., & Anggraeny, D. (2023a). Implementasi Penggunaan BPJS Kesehatan dalam Penanganan Balita Stunting di Lokus Stunting. *Amerta Nutrition*, 7(2SP), 7–12. <https://doi.org/10.20473/amnt.v7i2SP.2023.7-12>
- Agustina, R., Weken, M. E., & Anggraeny, D. (2023b). Implementasi Penggunaan BPJS Kesehatan dalam Penanganan Balita Stunting di Lokus Stunting. *Amerta Nutrition*, 7(2SP), 7–12. <https://doi.org/10.20473/amnt.v7i2SP.2023.7-12>
- Agustini, R., Wahyuni, S., Armanila, A., Juliana, R., Lubis, J. N., Yuisman, D., & Nasution, A. (2023). Urgensi Pola Asuh Orang Tua Dalam Mencegah

- Stunting Pada Anak Di Desa Sukaramai. *Community Development Journal : Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 4(2), 5380–5385. <https://doi.org/10.31004/cdj.v4i2.16757>
- Agustini, R., Wahyuni, S., Juliana, R., Lubis, J. N., Yuisman, D., Nasution, A., & Tua, O. (2023). Urgensi Pola Asuh Orang Tua Dalam Mencegah Stunting Pada Anak Di Desa Sukaramai. *Community Development Journal*, 4(2), 5380–5385.
- Ahnaiani, M. N., Ariani, M., Fetriyah, U. H., & Nito, P. J. B. (2024a). Hubungan Status Ekonomi Dan Tingkat Pendidikan Ibu Dengan Kejadian Stunting Pada Balita. *Holistik Jurnal Kesehatan*, 18(8), Article 8. <https://doi.org/10.33024/hjk.v18i8.485>
- Ahnaiani, M. N., Ariani, M., Fetriyah, U. H., & Nito, P. J. B. (2024b). Hubungan Status Ekonomi Dan Tingkat Pendidikan Ibu Dengan Kejadian Stunting Pada Balita. *Holistik Jurnal Kesehatan*, 18(8), Article 8. <https://doi.org/10.33024/hjk.v18i8.485>
- Akombi, B. J., Agho, K. E., Merom, D., Renzaho, A. M., & Hall, J. J. (2017). Child Malnutrition In Sub-Saharan Africa: A Meta-Analysis Of Demographic And Health Surveys (2006–2016. *PLoS ONE*, 12(5), 0177338. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177338>
- Al-Ateeq, M. A., & Al-Rusaies, A. A. (2015). Health education during antenatal care: The need for more. *Int J Womens Health*, 7, 239–242.
- Alderman, H., & Headey, D. D. (2017a). How Important is Parental Education for Child Nutrition? *World Development*, 94, 448–464. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2017.02.007>
- Alderman, H., & Headey, D. D. (2017b). How Important is Parental Education for Child Nutrition? *World Development*, 94, 448–464. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2017.02.007>
- Alemu, T. G., Fentie, E. A., Belay, D. G., Asmamaw, D. B., Shewarega, E. S., Negash, W. D., Eshetu, H. B., Aragaw, F. M., Fetene, S. M., & Teklu, R. E. (2025a). Socioeconomic Inequality In The Co-Occurrence Of Anemia And Stunting Among Adolescent Girls Aged 15–19 Years In Sub-Saharan African Countries: A Decomposition Analysis. *BMC Public Health*, 25, 573. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21841-1>
- Alemu, T. G., Fentie, E. A., Belay, D. G., Asmamaw, D. B., Shewarega, E. S., Negash, W. D., Eshetu, H. B., Aragaw, F. M., Fetene, S. M., & Teklu, R. E. (2025b). Socioeconomic Inequality In The Co-Occurrence Of Anemia And

Stunting Among Adolescent Girls Aged 15–19 Years In Sub-Saharan African Countries: A Decomposition Analysis. *BMC Public Health*, 25, 573. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21841-1>

Almatsier, S. (2009). *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Gramedia Pustaka Utama.

Amalia, I. N., Setiani, O., & Darundati, Y. H. (2023). Environmental Factors Associated With Incidence Of Stunting In Toddlers: Literature Review. *Journal Of Serambi Engineering*, 8(3), 6736–6743. <https://doi.org/10.32672/jse.v8i3.5740>

Amini, A. (2016). *Hubungan Antenatal care (ANC) dengan Kejadian Stunting pada Anak Usia 12-59 Bulan di Kabupaten Lombok Utara Provinsi NTB Tahun 2016*. Universitas Aisyiyah Yogyakarta.

Andriani, A. (2012). *Asuhan gizi nutrition care process*. Graha Ilmu.

Anggraini, Y., & Romadona, N. F. (2020). Review of stunting in Indonesia. *Proceedings of the International Conference on Early Childhood Education and Parenting 2019 (ECEP 2019)*.

Anne., S., & S, B. (2014). Literature Review. *ANZ J Surg*, 84, 207–210.

Apriluana, G., & Fikawati, S. (2018). Analisis Faktor-Faktor Risiko terhadap Kejadian Stunting pada Balita (0-59 Bulan) di Negara Berkembang dan Asia Tenggara'. *Media Litbangkes*, 28(4), 247–256.

Aramico, B., Sudargo, T., & Susilo, J. (2016). Hubungan sosial ekonomi, pola asuh, pola makan dengan stunting pada siswa sekolah dasar di Kecamatan Lut Tawar, Kabupaten Aceh Tengah. *Indonesian Journal of Nutrition and Dietetics*, 1(3), 121–130. [https://doi.org/10.21927/ijnd.2013.1\(3\).121-130](https://doi.org/10.21927/ijnd.2013.1(3).121-130).

Archda, R., & Tumangger, J. (2019, July 24). *Hulu-Hilir Penanggulangan Stunting Di Indonesia* [Mpra Paper]. <https://Mpra.Ub.Uni-Muenchen.De/97671/>

Arellano, M., & Honoré, B. (2001). Panel Data Models: Some Recent Developments\*. In J. J. Heckman & E. Leamer (Eds.), *Handbook of Econometrics* (Vol. 5, pp. 3229–3296). Elsevier. [https://doi.org/10.1016/S1573-4412\(01\)05006-1](https://doi.org/10.1016/S1573-4412(01)05006-1)

Arifin, B. (2004). Penyediaan dan Aksesibilitas Ketahanan Pangan (Supply and Accessibility of Food Security). *Widyakarya Pangan Dan Gizi*, 8, 17–19.

Arrow, K. J. (1962). The Economic Implications of Learning by Doing. *The Review of Economic Studies*, 29(3), 155–173. <https://doi.org/10.2307/2295952>

- Asadullah, M. (2014). Biomass Gasification Gas Cleaning For Downstream Applications: A Comparative Critical Review. *Renewable and Sustainable Energy Reviews*, *40*, 118–132. <https://doi.org/10.1016/j.rser.2014.07.132>
- Astuti, F. D., Azka, A., & Rokhmayanti, R. (2022). Maternal Age Correlates with Stunting in Children: Systematics Review. *Journal of Maternal and Child Health*, *7*(4), Article 4. <https://doi.org/10.26911/thejmch.2022.07.04.11>
- Atiqul Hoque Chowdhury, Md., Mehedi Hasan, Md., Ahmed, S., Darwin, C., Sazzad Hasan, M., & Rabiul Haque, Md. (2013). Socio-demographic Factors Associated with Home Delivery Assisted by Untrained Traditional Birth Attendant in Rural Bangladesh. *American Journal of Public Health Research*, *1*(8), 226–230. <https://doi.org/10.12691/ajphr-1-8-6>
- Azahra, I. T., Ningrum, D., & Dolifah, D. (2023). Hubungan Antara Pengetahuan Dengan Kepemilikan Dalam Pemanfaatan BPJS Kesehatan Pada Ibu Balita Stunting. *Jurnal Universitas Pahlawan*, *7*.
- Baltagi, B. H., Bratberg, E., & Holmås, T. H. (2005). A panel data study of physicians' labor supply: The case of Norway. *Health Economics*, *14*(10), 1035–1045. <https://doi.org/10.1002/Hec.991>
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The Moderator–Mediator Variable Distinction In Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, And Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*(6), 1173–1182. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>
- Barr, N. (2020). *The Economics of the Welfare State* (6th ed.). Oxford Review of Economic Policy.
- Barro, R. J. (1991). Economic Growth in a Cross Section of Countries\*. *The Quarterly Journal of Economics*, *106*(2), 407–443. <https://doi.org/10.2307/2937943>
- Barros, F. C., Victora, C. G., Scherpbier, R., & Gwatkin, D. (2010). Socioeconomic inequities in the health and nutrition of children in low/middle income countries. *Rev Saude Publica*, *44*(1), 1–16.
- Baskoro, C., & Djamaluddin, S. (2023). Pengaruh Ketidakpastian Pendapatan Terhadap Status Kepemilikan Rumah di Indonesia. *Jurnal Ekonomi Dan Statistik Indonesia*, *3*(2), Article 2. <https://doi.org/10.11594/jesi.03.02.01>
- Bayram Değer, V., & Yiğitalp, G. (2024a). Level Of Hesitation Of Parents About Childhood Vaccines And Affecting Factors: A Cross-Sectional Study In Turkey. *BMC Public Health*, *24*(1), 2494. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19961-1>

- Bayram Değer, V., & Yiğitalp, G. (2024b). Level Of Hesitation Of Parents About Childhood Vaccines And Affecting Factors: A Cross-Sectional Study In Turkey. *BMC Public Health*, 24(1), 2494. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19961-1>
- Becker, G. S. (1964). *Human Capital A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education*. The University of Chicago Pers.
- Bentham, J. (1789). *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*.
- Black, R. E., Victora, C. G., Walker, S. P., Bhutta, Z. A., Christian, P., Onis, M. de, Ezzati, M., Grantham-McGregor, S., Katz, J., Martorell, R., & Uauy, R. (2013). Maternal And Child Undernutrition And Overweight In Low-Income And Middle-Income Countries. *The Lancet*, 382(9890), 427–451. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60937-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60937-X)
- Blanchard, O. (2019). Public Debt and Low Interest Rates. *American Economic Review*, 109(4), 1197–1229. <https://doi.org/10.1257/aer.109.4.1197>
- Bloem, M. W., Pee, S. D., Hop, L. T., & dkk. (2013). Key strategies to further reduce stunting in Southeast Asia: Lessons from the ASEAN countries workshop. *Food and Nutrition Bulletin*, 34(2).
- Boah, M., Azupogo, F., Amporfro, D. A., & Abada, L. A. (2019). The Epidemiology Of Undernutrition And Its Determinants In Children Under Five Years In Ghana. *PLOS ONE*, 14(7), e0219665. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219665>
- Brar, S., Akseer, N., Sall, M., Conway, K., Diouf, I., Everett, K., Islam, M., Sène, P. I. S., Tasic, H., Wigle, J., & Bhutta, Z. (2020). Drivers of stunting reduction in Senegal: A country case study. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 112, 860S-874S. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqaa151>
- Cahyaningrum, N. E., Mars, S. P., & Suratman. (2024). Factors Influencing the Incidence of Stunting in Children Aged 24-59 Months in the Work Area Muara Delang Health Center, Jambi. *International Journal of Science and Society (IJSOC)*, 6(2), Article 2. <https://doi.org/10.54783/ij soc.v6i2.1112>
- Camelia, & Vita. (2020). Hubungan Antara Kualitas & Kuantitas Riwayat Kunjungan Antenatal Care (ANC) Dengan Stunting Pada Balita Usia 24-59 Bulan Di Kecamatan Pujon Kabupaten Malang. *Journal of Issues in Midwifery*, 4(3), 100–111. <https://doi.org/10.21776/ub.JOIM.2020.004.03.1>
- Cameron, L., Chase, C., Haque, S., Joseph, G., Pinto, R., & Wang, Q. (2021). Childhood stunting and cognitive effects of water and sanitation in Indonesia.

- Economics and Human Biology*, 40, 100944.  
<https://doi.org/10.1016/j.ehb.2020.100944>
- Center for Parenting and Education. (2019).  
<https://centerforparentingeducation.org/parentscorners/2018/02/parenting-tip-work-together-team/>
- Chamley, C. (1993). Externalities and Dynamics in Models of “Learning or Doing.”  
*International Economic Review*, 34(3), 583–609.  
<https://doi.org/10.2307/2527183>
- Chirande, L., Charwe, D., Mbwana, H., Victor, R., Kimboka, S., Issaka, A. I., Baines, S. K., Dibley, M. J., & Agho, K. E. (2015). Determinants of stunting and severe stunting among under-fives in Tanzania: Evidence from the 2010 cross-sectional household survey. *BMC Pediatrics*, 15(1), 165.  
<https://doi.org/10.1186/s12887-015-0482-9>
- Christine, Felysca Veronica Margareth Politon, & Fahmi Hafid. (2022). *Sanitasi rumah dan stunting di Wilayah Kerja Puskesmas Labuan Kabupaten Donggala*.
- Creswell, J. W. (2014). *Penelitian Kualitatif & Desain Riset*. Pustaka Pelajar.
- D Magasida, & E Erawati. (2022). Hubungan Antenatal Care Terhadap Kejadian Stunting Pada Balita Usia 24-59 Bulan. *Midwifery Res*.
- Damayanti, R. A., Muniroh, L., & Farapti, F. (2016). Perbedaan Tingkat Kecukupan Zat Gizi Dan Riwayat Pemberian Asi Eksklusif Pada Balita Stunting Dan Non Stunting. *Media Gizi Indonesia*, 11(1), Article 1.  
<https://doi.org/10.20473/mgi.v11i1.61-69>
- de Onis, M., & Branca, F. (2016). Childhood stunting: A global perspective. *Maternal & Child Nutrition*, 12(S1), 12–26.  
<https://doi.org/10.1111/mcn.12231>
- de Pee, S., Brinkman, H.-J., Sanogo, I., Subran, L., & Bloem, M. W. (2010). High Food Prices and the Global Financial Crisis Have Reduced Access to Nutritious Food and Worsened Nutritional Status and Health<sup>1,2</sup>. *The Journal of Nutrition*, 140(1), 153S-161S. <https://doi.org/10.3945/jn.109.110767>
- Deatrick, J. A. (2017). Where Is “Family” in the Social Determinants of Health? Implications for Family Nursing Practice, Research, Education, and Policy. *J. Fam. Nurs*, 23, 423–433.

- Desai, S., & Alva, S. (1998). Maternal education and child health: Is there a strong causal relationship? *Demography*, 35(1), 71–81. <https://doi.org/10.2307/3004028>
- Devereux, S. (2002). *Social Protection for the Poor: Lessons from International Experience*. IDS Working Paper.
- Dewi, I. P., & Suryanto, S. (2020). *Application of moderated regression analysis to assess the impact of health and nutritional interventions on stunting reduction in Indonesia*. *Journal of Public Health and Development*,.
- Diani Magasida, & E. Erawati. (2022). *Hubungan Antenatal Care Terhadap Kejadian Stunting Pada Balita Usia 24-59 Bulan*. 11.
- DJKN KEMENKEU. (2022). *Pendanaan APBN Penurunan Stunting*.
- Dornbusch, R., Favero, C., & Giavazzi, F. (1998). Immediate challenges for the European Central Bank. *Economic Policy*, 13(26), 16–64. <https://doi.org/10.1111/1468-0327.00028>
- Dwi Aulia Puspitaningrum, Khoirul Hikmah, Muhammad Maulana Azimatun Nur, Aditya Ananta Putra, Ravid Ikhsan T.J, Mukminan Arief H, & Vista Nur Defiana. (2023). *Protein Consumption in Communities Affected by Stunting in Daerah Istimewa Yogyakarta, Indonesia*.
- Dwimita, A. N. (2023). Pengaruh Tingkat Pendidikan Dan Pola Asuh Orang Tua Terhadap Moralitas Anak Di Desa Lawanganagung Kecamatan Sugio Kabupaten Lamongan: Pengaruh Tingkat Pendidikan dan Pola Asuh Orang Tua terhadap Moralitas Anak. *Kajian Moral dan Kewarganegaraan*, 11(2), 586–600. <https://doi.org/10.26740/kmkn.v11n2.p586-600>
- El Sinta Bustami, L., Insani, A. A., & Yulizawati, Y. (2018). Hubungan pola pemenuhan kebutuhan dasar bayi dalam pemberian ASI terhadap perkembangan bayi. *Trik Tunas Riset Kesehatan*, 8(2), 77–81.
- Ellery, R. (1999). Learning-by-Doing and Schooling. *HEW*, Article 9904001. <https://ideas.repec.org/p/wpa/wuwphe/9904001.html>
- Ernawati, E., Karnasih, I. G. A., M, S. A., & Fakhriza, I. (2024). The Influence of Maternal Age on Stunting Toddlers in Balung Lor Village, Balung District. *Jurnal Kesehatan Dr. Soebandi*, 12(1), Article 1. <https://doi.org/10.36858/jkds.v12i1.515>
- Ezzati, M., Lopez, A. D., Rodgers, A., Hoorn, S. V., & Murray, C. J. (2002a). Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *The*

*Lancet*, 360(9343), 1347–1360. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11403-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11403-6)

- Ezzati, M., Lopez, A., Rodgers, A., Hoorn, S., & Murray, C. (2002b). Comparative Risk Assessment Collaborating Group. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *The Lancet*, 360(2).
- Fajariyah, R. N., & Hidajah, A. C. (2020). CORRELATION BETWEEN IMMUNIZATION STATUS AND MOTHER'S HEIGHT, AND STUNTING IN CHILDREN 2–5 YEARS IN INDONESIA. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 8(1), Article 1. <https://doi.org/10.20473/jbe.V8I12020.89-96>
- Feni Sulistyawati, Melinda, A., & Ratnasar, R. (2024). *The effect of maternal age on stunting incidence (Analysis of 2018 Riskesdas Secondary Data)*.
- Fikadu, T., Assegid, S., & Dube, L. (2014). Factors associated with stunting among children of age 24 to 59 months in Meskan district, Gurage Zone, South Ethiopia: A case-control study. *Bmc Public Health*, 14(1), 800.
- Fitriani, F., Yarmaliza, Y., & Farisni, T. N. (2024). Analyzing the Level of Knowledge, Food Consumption Diversity, and Nutritional Intake on Chronic Energy Deficiency among Pregnant Women in Stunting Prevention. *European Journal of Medical and Health Sciences*, 6(2), Article 2. <https://doi.org/10.24018/ejmed.2024.6.2.1939>
- Fitriani, S., Yogaswara, D., Wahyuni, S., Maulida, Y. N., & Maulida, S. (2021). Jaminan Kesehatan dan Pendapatan Keluarga Balita Stunting. *Afiasi: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6(3), 179–185.
- Friedman, M. (1957). *A Theory of the Consumption Function*. Princeton University Press.
- George Psacharopoulos & Harry Anthony Patrinos. (2004). Human Capital and Rates of Return. *ResearchGate*. [https://www.researchgate.net/publication/286620726\\_Human\\_capital\\_and\\_rates\\_of\\_return](https://www.researchgate.net/publication/286620726_Human_capital_and_rates_of_return)
- Gerungan. (2009). *Psikologi Sosial*. Refika Aditama.
- Ghozali, I. (2011). *“Aplikasi Analisis Multivariate Dengan Program SPSS*. Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Grossman, G. M., & Helpman, E. (1991). Trade, knowledge spillovers, and growth. *European Economic Review*, 35(2), 517–526. [https://doi.org/10.1016/0014-2921\(91\)90153-A](https://doi.org/10.1016/0014-2921(91)90153-A)

- Guja, H., Belgiu, M., Baye, K., & Stein, A. (2025). Prevalence and determinants of stunting and anaemia in children aged 6–23 months: A multilevel analysis from rural Ethiopia. *Maternal & Child Nutrition*, *21*(1), e13736. <https://doi.org/10.1111/mcn.13736>
- Gujarati, D. N., & Porter, D. C. (2013). *Dasar-dasar Ekonometrika*. Salemba Empat.
- Habimana, S., & Biracyaza, E. (2015). Risk factors of stunting among children under 5 years of age in the Eastern and Western provinces of Rwanda: Analysis of Rwanda demographic and health survey 2014/2015. *Pediatr Heal Med Ther*, *10*, 115–130.
- Haddad, L. (2003). Reducing Child Malnutrition: How Far Does Income Growth Take Us? *The World Bank Economic Review*, *17*(>1), 107–131. <https://doi.org/10.1093/wber/lhg012>
- Hair, J. F., G. Tomas M. Hult, & Christian M. Ringle. (2019). Partial Least Squares Structural Squation Modeling (PLS-SEM) Analysis for Social and Management Research: A Literature Review. *Journal of Industrial Engineering*.
- Halimatunnisa, M., R, R. I., Ubudiyah, M., Trihartuty, T., Sari, N. K. P. M., & Suhardi, S. (2020). Family Determinants of Stunting in Indonesia: A Systematic Review. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, *24*(09).
- Hamel, C., Enne, J., Omer, K., Ayara, N., Yarima, Y., Cockcroft, A., & Andersson, N. (2015). Childhood malnutrition is associated with maternal care during pregnancy and childbirth: A cross-sectional study in Bauchi and cross river states, Nigeria. *Journal of Public Health Research*, *4*(1), 58–64. <https://doi.org/10.4081/jphr.2015.408>.
- Hamzah, M. Z., Sofilda, E., & Kusairi, S. (2024). How do socioeconomic indicators and fiscal decentralization affect stunting? Evidence from Indonesia. *International Journal of Development Issues*. <https://doi.org/10.1108/IJDI-05-2024-0150>
- Handi, H. (2023). Associations between Parenting Style and Nutritional Knowledge on Stunting in Children Aged 24-60 Months in Ketang Health Center, East Nusa Tenggara, Indonesia. *Journal of Epidemiology and Public Health*, *8*(4), 533–543. <https://doi.org/10.26911/jepublichealth.2023.08.04.12>
- Handini, L., Trisnawati, E., Marlenywati, M., & Budiastutik, I. (2023). The Effect Of Education Through Diary Stunting Prevention Against Strengthening

Mother's Knowledge In A Family Camp Of High Quality Charity (A Case Study On The Tribe Of Ahe). *Jurnal EduHealth*, 14(04), Article 04.

- Hartono, D., Indriyani, W., Iryani, B. S., Komarulzaman, A., Nugroho, A., & Kurniawan, R. (2023). Carbon tax, energy policy, and sustainable development in Indonesia. *Sustainable Development*, 31(4), 2332–2346. <https://doi.org/10.1002/sd.2511>
- Hastuti, L. (2023). The Influence Of Sociocultural Factors On Stunting Incidents (Qualitative Studies In Rural). *International Journal of Progressive Sciences and Technologies*, 38(2), 103. <https://doi.org/10.52155/ijpsat.v38.2.5295>
- Heltberg, R. (2009). Malnutrition, poverty, and economic growth. *Health Economics*, 18(S1), S77–S88. <https://doi.org/10.1002/hec.1462>
- Heltberg, R., & and Lund, N. (2009). Shocks, Coping, and Outcomes for Pakistan's Poor: Health Risks Predominate. *The Journal of Development Studies*, 45(6), 889–910. <https://doi.org/10.1080/00220380902802214>
- Herbawani, C. K., Karima, U. Q., Syah, M. N. H., Hidayati, A. N., & Aprianto, B. (2022). Analisis Determinan Kejadian Stunting di Wilayah Kerja Puskesmas Cinangka, Kota Depok. *Ghidza: Jurnal Gizi Dan Kesehatan*, 6(1), 64–79.
- Hermayani, H., & Maran, P. W. B. (2024). The Relationship between Parenting Patterns and the Incidence of Stunting in Children Aged 25-59 Months. *Indonesian Journal of Global Health Research*, 6(S5), Article S5. <https://doi.org/10.37287/ijghr.v6iS5.4557>
- Herwinda Kusuma Rahayu, S. Gz, M. P. H., M.Gz, N. A. H., S. Gz, M.Kom, D. P. W., S. Kom, Cahyaningrum, H., Kurniawan, M. E. T., Salsabila, & Faiza, T. A. (2019). *Gizi Dan Kesehatan Remaja*. Zahira Media Publisher.
- Heryanto, M. L. (2021). Kunjungan antenatal care dengan kejadian stunting pada anak usia 24–36 bulan. *Jurnal Ilmiah PANNMED*, 16(1), 1–8.
- Huicho, L., Vidal-Cárdenas, E., Akseer, N., Brar, S., Conway, K., Islam, M., Juarez, E., Rappaport, A. I., Tasic, H., Vaivada, T., Wigle, J., & Bhutta, Z. A. (2020). Drivers of stunting reduction in Peru: A country case study. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 112, 816S-829S. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqaa164>
- Ida, M. (2010). *Penyakit Kandungan untuk Pendidikan Bidan, edisi 2*. EGC.
- Illahi, R. K. (2015). Hubungan Pendapatan Keluarga, Berat Lahir, Dan Panjang Lahir Dengan Kejadian Stunting Balita 24-59 Bulan Di Bangkalan. *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS Dr. Soetomo*, 3(1), 1–14.

- Javid, N., & Pu, C. (2020). Maternal stature, maternaeducation and child growth in Pakistan: A crosssectional study. *AIMS Public Health*, 7(2), 380-392 10 3934 2020032.
- Jiang, N., & Vaithianathan, R. (2016). Childhood Stunting, Wasting and Obesity in Indonesia: Evidence from the Indonesian Family Life Survey. *Value in Health*, 19(7), A881. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.08.316>
- Juhro, S., & Trisnanto, B. (2018). Paradigma Dan Model Pertumbuhan Ekonomi Endogen Indonesia. *Working Papers*, Article WP/11/2018. <https://ideas.repec.org/p/idn/wpaper/wp112018.html>
- Kamuri, K. J., Aman, D. K. T., Neno, M. S., Manongga, I. R. A., & E.A, M. (2023). *Nenohai,(2023) Management Of Improving Household Economic Structure To Overcome Stunting*. <https://iss.internationaljournallabs.com/index.php/iss>.
- Karyati, Y. (2021). Pengaruh Jumlah Penduduk Miskin, Laju Pertumbuhan Ekonomi, dan Tingkat Pendidikan terhadap Jumlah Stunting di 10 Wilayah Tertinggi Indonesia Tahun 2010-2019. *Jurnal Riset Ilmu Ekonomi Dan Bisnis*, 101–108. <https://doi.org/10.29313/jrieb.v1i2.401>
- Kassie, G. A., & Asgedom, Y. S. (2025). Childhood stunting severity level and associated factors among under-five children in Tanzania: A multi-level ordinal logistic regression analysis using 2022 Tanzanian demographic and health survey. *BMC Pediatrics*, 25, 129. <https://doi.org/10.1186/s12887-025-05490-2>
- Kemenkes, R. I. (2018). *Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan: Situasi Balita Pendek di Indonesia*, Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkeu, D. (2022). Pendanaan Penurunan Stunting. *Kemenkeu.Go.Id*. <https://www.djkn.kemenkeu.go.id/kpkn1-Ternate/Baca-Artikel/15355/Pendanaan-Program-PenurunanStunting.Html#:~:text=Pada Tahun 2022%2C Pemerintah Telah,Mendukung Program Percepatan Pencegahan Stunting>.
- Keynes, J. M. (1936). The Supply of Gold. *The Economic Journal*, 46(183), 412–418. <https://doi.org/10.2307/2224879>
- Khasanah, U., Esyuananik, E., W, M. N., Laili, A. N., Saadah, N. L., & Pavadhgul, P. (2022). Family Empowerment Model on Sensitive Nutrition Intervention for Stunting. *International Journal of Advanced Health Science and Technology*, 2(5), Article 5. <https://doi.org/10.35882/ijahst.v2i5.153>

- Kofinti, R. E., Koomson, I., Paintsil, J. A., & Ameyaw, E. K. (2022). Reducing children's malnutrition by increasing mothers' health insurance coverage: A focus on stunting and underweight across 32 sub-Saharan African countries. *Economic Modelling*, *117*, 106049. <https://doi.org/10.1016/j.econmod.2022.106049>
- Kohli, N., Nguyen, P. H., Avula, R., & Menon, P. (2020). The role of the state government, civil society and programmes across sectors in stunting reduction in Chhattisgarh, India, 2006–2016. *BMJ Global Health*, *5*(7). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002274>
- Krisnana, I., Pratiwi, I., & Cahyadi, A. (2020). The Relationship between Socio-Economic Factors and Parenting Styles with the Incidence of Stunting in Children. *Systematic Reviews in Pharmacy*, *11*, 738–743.
- Krisnana, I., Widiani, N. M., & Sulistiawati, S. (2020). Prenatal and postnatal factors related to the incidence of stunting in the coastal area Surabaya, Indonesia. *Sri Lanka Journal of Child Health*, *49*(3). <https://doi.org/10.4038/sljch.v49i3.9138>
- Kwami, C. S., Godfrey, S., Gavilan, H., Lakhanpaul, M., & Parikh, P. (2019). Water, sanitation, and hygiene: Linkages with stunting in rural Ethiopia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(20). <https://doi.org/10.3390/ijerph16203793>.
- Laksono, A. D., Wulandari, R. D., Amaliah, N., & Wisnuwardani, R. W. (2022). Stunting among children under two years in Indonesia: Does maternal education matter? *PLOS ONE*, *17*(7), e0271509. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271509>
- Lestari, M. C. (2023). Analysis of The Relationship Between Self-Help Housing Assistance Programs and The Reduction of Stunting in Indonesia. *Journal of World Science*, *2*(8), 1188–1194. <https://doi.org/10.58344/jws.v2i8.378>
- Liana, L. (2009). Penggunaan MRA dengan Spss untuk Menguji Pengaruh Variabel Moderating terhadap Hubungan antara Variabel Independen dan Variabel Dependen. *Jurnal Teknologi Informasi DINAMIK*, *XIV*(2), 90–97.
- Lucas, R. E. (1988). On the mechanics of economic development. *Journal of Monetary Economics*, *22*(1), 3–42. [https://doi.org/10.1016/0304-3932\(88\)90168-7](https://doi.org/10.1016/0304-3932(88)90168-7)
- Lydia, M., Lada, C. O., & Roga, A. U. (2023). Comparison of Indicators of Families at Risk of Stunting in High-Income Regencies and Low-Income Regencies

- in East Nusa Tenggara Province. *JURNAL INFO KESEHATAN*, 21(4), 875–885. <https://doi.org/10.31965/infokes.Vol21.Iss4.1164>
- Madi, A. S., Babakal, A., & Simanjuntak, S. R. (2023). Hubungan Pelayanan Antenatal Care Dengan Kejadian Stunting Pada Anak Usia 24-59 Bulan Di Puskesmas Kotabunan Kecamatan Kotabunan. *Mapalus Nursing Science Journal*, 1(2), Article 2.
- Maman Sulaeman, & Suharno, A. A. A. (2022). Relationship of Macroeconomic Policies with Stunting: The Role of The Health Budget, Applying Fiscal Autonomy and Reducing Poverty. *Science and Technology Research Symposium (SIRES), KnE Social Page 264 Sciences*, 264–273. <https://doi.org/10.18502/kss.v0i0.12336>.
- Manuaba, I. (2012). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana*. EGC.
- Maria Sambriang, Y. K. B. (2022). Enomena Stunting Di Era Pandemi Covid 19. *Media Sains Indonesia*.
- Mark E McGovern, Aditi Krishna, Victor M Aguayo, & SV Subramanian. (2017). *A review of the evidence linking child stunting to economic outcomes*.
- Marsella, M. A., & Eprilianto, D. F. (2023). Analisis Partisipasi Masyarakat Dalam Mencapai Zero Stunting Di Kelurahan Bulak Banteng Kecamatan Kenjeran Kota Surabaya. *Publika*, 2637–2650. <https://doi.org/10.26740/publika.v11n4.p2637-2650>
- Maslow, A. (n.d.). *Classics in the History of Psychology—A. H. Maslow (1943) A Theory of Human Motivation*. Retrieved May 11, 2025, from <https://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm>
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>
- Meylia KN, Siswati T, P. B., & Hati FS. (2020). *Fine motor, gross motor, and social independence skills among stunted and nonstunted children. Early Child Development and Care*.
- 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.
- Monita, F. (2015). *Hubungan Usia, Jarak Kelahiran dan Kadar Hemoglobin Ibu Hamil dengan Kejadian Berat Bayi Lahir Rendah di RSUD Arifin Achmad*

*Provinsi Riau* (Issue 2) [Journal:eArticle, Riau University].  
<https://www.neliti.com/publications/186716/>

- Monita, F., Suhaimi, D., & Ernalina, Y. (2016). Hubungan usia, jarak kelahiran dan kadar hemoglobin ibu hamil dengan kejadian berat bayi lahir rendah di rsud arifin achmad provinsi riau. *Jom FK*, 3, 1.
- Moucheraud, C., Owen, H., Singh, N. S., Ng, C. K., Requejo, J., Lawn, J. E., & Berman, P. (2016). Countdown to 2015 country case studies: What have we learned about processes and progress towards MDGs 4 and 5? *BMC Public Health*, 16(S2), 794. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3401-6>
- Mrema, J. D., Elisaria, E., Mwanri, A. W., & Nyaruhucha, C. M. (2021). Prevalence and Determinants of Undernutrition among 6- to 59-Months-Old Children in Lowland and Highland Areas in Kilosa District, Tanzania: A Cross-Sectional Study. *Journal of Nutrition and Metabolism*, 2021(1), 6627557. <https://doi.org/10.1155/2021/6627557>
- M.S. Noor, M.D. Andrestian, R.A. Dina, A.R. Ferdina, Z. Dewi, Hariati, N. W., Rachman, P. H., Setiawan, M. I., Yuana, W. T., & Khomsan. (2022). A. Analysis of Socioeconomic, Utilization of Maternal Health Services, and Toddler's Characteristics as Stunting Risk Factors. *Nutrients*, 14, 4373. <https://doi.org/10.3390/nu14204373>
- Muche, A., Gezie, L. D., Baraki, A. G., & Amsalu, E. T. (2021). Predictors of stunting among children age 6–59 months in Ethiopia using Bayesian multi-level analysis. *Scientific Reports*, 11(1), 3759. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-82755-7>
- Muhammad Fikru Rizal. (2019). Explaining the fall of socioeconomic inequality in childhood stunting in Indonesia. *Erasmus University Rotterdam*.
- Musgrave, R. A. (1959). *The Theory of Public Finance: A Study in Public Economy*. McGraw-Hill.
- Nainggolan, S. M., Siahaan, U., Saputra, S. A., Langi, L. A., Wirawan, L., & Vito, J. (2025). *A case study: House condition of stunting children at Tidung Island* (Vol. 5, Issue 1). *Jurnal Arsitektur*. <https://doi.org/10.32546/rustic.v5i1.2869>
- Nasikhah, R., & Margawati, A. (2012). *Faktor risiko kejadian stunting pada balita usia 24–36 bulan di Kecamatan Semarang Timur*. Diponegoro University.
- Neuman. (2014). *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches Seventh Edition*. Assex: Pearson Education Limited.

- Nshakira-Rukundo, E., Mussa, E. C., Gerber, N., & von Braun, J. (2020a). Impact of voluntary community-based health insurance on child stunting: Evidence from rural Uganda. *Social Science & Medicine*, 245, 112738. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112738>
- Nshakira-Rukundo, E., Mussa, E. C., Gerber, N., & von Braun, J. (2020b). Impact of voluntary community-based health insurance on child stunting: Evidence from rural Uganda. *Social Science & Medicine*, 245, 112738. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112738>
- Nugraheni, W. P., Mahmudiono, T., Faisal, D. R., Purwatiningsih, Y., Lestyoningrum, S. D., Yulianti, A., Nainggolan, O., & Abihail, C. T. (2023a). *Poor and Uneducated Parents Increased the Risk of Stunting among Children Living in Non-Remote Areas of Indonesia*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2537611/v1>
- Nugraheni, W. P., Mahmudiono, T., Faisal, D. R., Purwatiningsih, Y., Lestyoningrum, S. D., Yulianti, A., Nainggolan, O., & Abihail, C. T. (2023b). *Poor and Uneducated Parents Increased the Risk of Stunting among Children Living in Non-Remote Areas of Indonesia*. Research Square. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2537611/v1>
- Nurbani, R. I. (2019). *Analisis Pengeluaran Publik untuk Penanggulangan Stunting di Tingkat Daerah: Faktor-faktor yang Memengaruhi Variasi Tingkat Stunting di Enam Kabupaten/Kota di Indonesia*.
- Nurfatimah, N., Anakoda, P., Ramadhan, K., Entoh, C., Sitorus, S. B. M., & Longgupa, L. W. (2021). Perilaku pencegahan stunting pada ibu hamil. *Poltekita: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 15(2), 97–104.
- Oktaviani, N. R., & Mulyandani, V. C. (2022). Analisis Efektivitas Dan Efisiensi Anggaran Belanja Langsung Perwakilan Badan Kependudukan Dan Keluarga Berencana Nasional Provinsi Jawa Barat Tahun Anggaran 2016-2020. *Indonesian Accounting Literacy Journal*, 2(2), 484–493.
- Okutse, A. O., & Athiany, H. (2025). Socioeconomic disparities in child malnutrition: Trends, determinants, and policy implications from the Kenya demographic and health survey (2014 - 2022). *BMC Public Health*, 25(1), 295. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-21037-z>
- Omondi, & Kirabira. (2016). Socio-Demographic Factors Influencing Nutritional Status of Children (6-59 Months) in Obunga Slums, Kisumu City, Kenya. *Public Health Research 2016*, 6(2): 69-75.

- Onis, D., Blossner, M., & Borghi, E. (2013). Global and regional estimates of stunting and underweight in children under 5 years of age. *The Journal of Nutrition*, 143(7), 1480–1489. <https://doi.org/10.3945/jn.113.175868>
- Osmani, A. S. R., & Sen, B. (2011). Inequality in Rural Bangladesh in the 2000s: Trends and Causes. *The Bangladesh Development Studies*, 34(4), 1–36.
- Otoo, G. E., Gaffey, M. F., Confreda, E., Somaskandan, A., Islam, M., Kyei-Arthur, F., Keats, E. C., Ataullahjan, A., Bhutta, Z. A., & Adu-Afarwuah, S. (2025). A mixed-methods study of the drivers of stunting reduction among children under-5 in Ghana, 2003–2017. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 121, S95–S105. <https://doi.org/10.1016/j.ajcnut.2025.02.011>
- Paramashanti, B. A., Hadi, H., & Gunawan, I. M. A. (2016). Pemberian ASI eksklusif tidak berhubungan dengan stunting pada anak usia 6–23 bulan di Indonesia. *Jurnal Gizi Dan Dietetik Indonesia (Indonesian Journal of Nutrition and Dietetics)*, 3(3), Article 3. [https://doi.org/10.21927/ijnd.2015.3\(3\).162-174](https://doi.org/10.21927/ijnd.2015.3(3).162-174)
- Patel, R., & Sharma, K. (2021). Maternal age at interview and child stunting: A longitudinal analysis of urban and rural communities in India. *Journal of Population Studies*, 12(1), 55–68.
- Permatasari, M. A., & Eprilianto, D. F. (2023). Analisis Partisipasi Masyarakat Dalam Mencapai Zero Stunting Di Kelurahan Bulak Banteng Kecamatan Kenjeran Kota Surabaya. *Publika*, 2637–2650. <https://doi.org/10.26740/publika.v11n4.p2637-2650>
- Pertiwi, F. D., Prastia, T. N., & Nasution, A. (2021). Hubungan Faktor Sosial Ekonomi dan Riwayat Pemberian ASI Eksklusif dengan Kejadian Stunting pada Balita. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 10(04), 208–216.
- Pigou, A. C. (1920). *The Economics of Welfare*. Macmillan.
- Pratiwi, E., Masrul, T. D., & Yerizel, M. (2016). Hubungan pola asuh ibu dengan status gizi balita di wilayah kerja Puskesmas Belimbing Kota Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 5(3), 661–665. <https://doi.org/10.25077/jka.v5i3.595>
- Psacharopoulos, G., & Patrinos, H. A. (2004). Human Capital and Rates of Return. In G. Johnes & J. Johnes (Eds.), *International Handbook on the Economics of Education*. Edward Elgar Publishing. <https://doi.org/10.4337/9781845421694.00006>
- Putri, A. A. N. Y., & Febrianta, Y. (2024). Hubungan Tingkat Pendidikan Orang Tua Terhadap Status Gizi Anak Pada Siswa Kelas V SD Negeri 1

- Tambaksogra. *JSH: Journal of Sport and Health*, 5(2), Article 2. <https://doi.org/10.26486/jsh.v5i2.3841>
- Putri, N. M., Nasaruddin, H., Pramono, S. D., Darussalam, A. H. E., & Syamsu, R. F. (2024). Hubungan Pola Asuh Ibu dengan Kejadian Stunting pada Anak Balita di Puskesmas Madello Kab. Barru. *Fakumi Medical Journal: Jurnal Mahasiswa Kedokteran*, 4(1), Article 1. <https://doi.org/10.33096/fmj.v4i1.405>
- Putriyanti, Kurniati, P. T., Amartani, R., & Lestari, A. S. (2021). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Stunting pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Serawai. *JPKM: Jurnal Profesi Kesehatan Masyarakat*, 5(1), 53–63. <https://doi.org/10.47575/jpkm.v5i1.568>
- Rachim, A. N. F., & Pratiwi, R. (2017). Hubungan Kosumsi Ikan Terhadap Kejadian Stunting Pada Anak Usia 2-5 Tahun. *Jurnal Kedokteran Diponegoro*, 6(1), 36–45.
- Rachman, R. Y., Larassasti, N. P. A., & Aria Nanda, S. (2021). *Hubungan Pendidikan Orang Tua Terhadap Risiko Stunting Pada Balita: A Systematic Review* (Vol. 2, Issue mor 2, pp. 2774–5848).
- Raharja, U. M. P., Waryana, W., & Sitasari, A. (2019). *The economic status of parents and family food security as a risk factor for stunting in children under five years old in Bejiharjo Village. Ilmu Gizi Indonesia ISSN 2580-491X (Print) ISSN 2598-7844 (Online)* (Vol. 03, Issue 01, pp. 73–82).
- Rahmad, A. H. A., Miko, & Ampera. (2016). Kajian Stunting pada Anak Balita Berdasarkan Pola Asuh dan Pendapatan Keluarga di Kota Banda Aceh. *Jurnal Kesmas Indonesia*, 8(2), 63–79.
- Rahmawati, U. H., S, L. A. dan R., & H. (2019). Hubungan Pelaksanaan Peran Keluarga dengan Kejadian Stunting pada Balita di Kecamatan Arjasa, Jember. *Pustaka Kesehatan*, 7(2), 112. <https://doi.org/10.19184/pk.v7i2.19123>.
- Ranoor, R. N. F. (2010). Hubungan Faktor Sosio-Ekonomi, Tingkat Konsumsi, Status Infeksi, dan Status Imunitas dengan Status Gizi Balita. Surabaya. Universitas Airlangga. *Skripsi. Surabaya: Universitas Airlangga*.
- Reyes, H., Pérez-Cuevas, R., Sandoval, A., Castillo, R., Santos, J. I., Doubova, S. V., & Gutiérrez, G. (2004). The family as a determinant of stunting in children living in conditions of extreme poverty: A case-control study. *BMC Public Health*, 4(57), 1–10. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-4-57>

- Ricardo, D. (1817). *On the Principles of Political Economy and Taxation*. John Murray.
- Riestiyowati, M. A., & Rustam, M. Z. A. (2022). National Health Insurance Ownership and Utilization with Stunting in West Sulawesi 2021: An Overview of Recent Evidence. *International Journal of Management and Human Science. Int. J. Mgmt. Hum. Sci.*, 6(2), 15–21.
- Riskesdas. (2018). *Laporan Riskesdas*.
- Rita Aprianti. (2023). The Relationship Between Parenting and Feeding Patterns On The Incidence Of Stunting. *Jurnal EduHealth*, 14(3), 1225–1229. <https://doi.org/10.54209/jurnaleduhealth.v14i3.2494>
- Rizka, A. (2023). Hubungan antara Pendapatan Keluarga, Pola Pemberian Makan, dan Pengetahuan Ibu tentang Gizi Dengan Kejadian Stunting di Wilayah Kerja Puskesmas Bangkingan. *Surabaya Biomedical Journal*, 2(3), Article 3. <https://doi.org/10.30649/sbj.v2i3.111>
- Rizka Yuliana Rachman, Salsabilla Aria Nanda, & Ni Putu Ayu Larassasti. (2022). Hubungan Pendidikan Orang Tua Terhadap Risiko Stunting Pada Balita: A Systematic Review. *Jurnal Kesehatan Tambusai*.
- Romer, P. M. (1986). Increasing Returns and Long-Run Growth. *Journal of Political Economy*. <https://doi.org/10.1086/261420>
- Romer, P. M. (1994). The Origins of Endogenous Growth. *Journal of Economic Perspectives*, 8(1), 3–22. <https://doi.org/10.1257/jep.8.1.3>
- Rusmasari. (2024). *The Influence of Poverty on Stuntinh in Indonesia and the Implication of Government Policy in Poverty Allevation Case Study: Addressing Stunting in Indoensia*.
- Sachs, J. D. (2015). *The Age of Sustainable Development*. Columbia University Press.
- Samuelson, P. A. (2004). Where Ricardo and Mill Rebut and Confirm Arguments of Mainstream Economists Supporting Globalization. *Journal of Economic Perspectives*, 18(3), 135–146. <https://doi.org/10.1257/0895330042162403>
- Sani, M., Solehati, T., & Hendarwati, S. (2019). Hubungan usia ibu saat hamil dengan stunted pada balita 24-59 bulan. *Holistik Jurnal Kesehatan*, 13(4), Article 4. <https://doi.org/10.33024/hjk.v13i4.2016>
- Sanusi, A. (2014). *Metodologi Penelitian Bisnis*. Salemba Empat.

- Sari, D., Hasanah, I., & Santosa, P. (2020). Hubungan Pendapatan Keluarga dan Stunting pada Anak di Kecamatan X. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 8(1), 45–52. <https://ejournal.unimman.ac.id/index.php/jusika/article/download/275/288/653>
- Sari, D. T. (2023). Government Health Expenditure and Stunting Prevalence Reduction in Indonesia. *Jurnal Perencanaan Pembangunan: The Indonesian Journal of Development Planning*, 7(2), 192–208. <https://doi.org/10.36574/jpp.v7i2.452>
- Sari, L., Mardiana, Syapsan, Mayes, A., Ningsih, R. B., & Putri, D. D. (2025). Factors Influencing Stunting among Children in Pekanbaru City. *Journal of Ecohumanism*, 4(1), Article 1. <https://doi.org/10.62754/joe.v4i1.6199>
- Sari, R. D., Rambe, R. A., & Purmini, P. (2024). Socio-Economic Analysis Of Households On The Likelihood Of Stunting In Kabupaten Bengkulu Tengah. *Conjuncture: The Journal of Economics*, 1(1), Article 1.
- Sarma, H., Khan, A., JR, M, U., F, T., S, H., & M.M. (2017). Factors Influencing the prevalence of stunting among children aged below five years in Bangladesh. *Food Nutr Bull*, 38(3), 291–301. <https://doi.org/10.1177/0379572117710103>.
- Scaglioni, S., Cosmi, V., Ciappolino, V., Parazzini, F., Brambilla, P., & Agostoni. (2018). Factors influencing children’s eating behaviours. *Nutrients*, 10(6), 706.
- Schneider, E. B. (2025). The determinants of child stunting and shifts in the growth pattern of children: A long-run, global review. *Journal of Economic Surveys*, 39(2), 405–452. <https://doi.org/10.1111/joes.12591>
- Schultz, T. W. (1961). Investment in Human Capital. *The American Economic Review*, 51(1), 1–17.
- Sekaran, U., & Bougie, R. (2019). *Metode Penelitian untuk Bisnis II: Pendekatan Pengembangan-Keahlian 6th Edition*. Salemba Empat.
- Selfia Mika Junita Ilolu & Anik Purwati. (2024). *Hubungan Usia Ibu Saat Hamil Dengan Kejadian Stunting Pada Balita Di Puskesmas Ratahan Kabupaten Minahasa Selatan*.
- Semba, R. D., De Pee, S., Sun, K., Sari, M., Akhter, N., & Bloem, M. W. (2008). Effect of parental formal education on risk of child stunting in Indonesia and Bangladesh: A cross-sectional study. *The Lancet*, 371(9609), 322–328. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60169-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60169-5)

- Sen, A. (1999). *Development as Freedom*. Oxford University Press.
- Setianingsih, T., & Hussain, N. (2023). Analysis of the completeness of specific nutritional interventions as an effort to prevent stunting: An observational study. *Padjadjaran Journal of Dentistry*, 35(3), 237–246. <https://doi.org/10.24198/pjd.vol35no3.50724>
- Setiawan, E., & Machsus, S. (2023). The Role of Social and Economic Dimensions of The Family in Preventing and Reducing Stunting in Bekasi District. *Journal of Family Sciences*, 66–79. <https://doi.org/10.29244/jfs.vi.49943>
- Siddiqa, M., Shah, G. H., Mayo-Gamble, T. L., & Zubair, A. (2023). Determinants of Child Stunting, Wasting, and Underweight: Evidence from 2017 to 2018 Pakistan Demographic and Health Survey. *Journal of Nutrition and Metabolism*, 2023(1), 2845133. <https://doi.org/10.1155/2023/2845133>
- Simbolon, D. (2014). *Pengaruh Kepemilikan Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin Terhadap Status Kelahiran Dan Kejadian Stunting Padabaduta Indonesia (Analisis Data IFLS 1993 – 2007)*.
- Siramaneerat, I., Astutik, E., Agushyana, F., Bhumkittipich, P., & Lamprom, W. (2024). Examining Determinants Of Stunting In Urban And Rural Indonesia: A Multilevel Analysis Using The Population-Based Indonesian Family Life Survey (IFLS). *BMC Public Health*, 24(1371). <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18824-z>
- Sistiarani. (2008). Faktor Maternal Dan Kualitas Pelayanan Antenatal Yang Berisiko Terhadap Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (Bblr) Studi Pada Ibu Yang Periksa Hamil Ke Tenaga Kesehatan dan Melahirkan di RSUD Banyumas Tahun 2008. *Program Pascasarjana Universitas Diponegoro*.
- Siswati, T., Susilo, J., Kusananto, H., & Waris, L. (2022). Risk Factors Of Mild And Severe Stunting Children In Rural And Urban Areas In Indonesia. *Iranian Journal of Public Health*, 51(1), 213–215. <https://doi.org/10.18502/ijph.v51i1.8316>
- Smith, A. (1776). *An Inquiry Into The Nature And Causes Of The Wealth Of Nations*. W. Strahan and T. Cadell.
- Smith, L. C., Ruel, M. T., & Ndiaye, A. (2005). Why Is Child Malnutrition Lower in Urban Than in Rural Areas? Evidence from 36 Developing Countries. *World Development*, 33(8), 1285–1305. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2005.03.002>
- Soekanto. (2001). *Sosial Ekonomi: Suatu Pembahasan Teori dan Praktik*.

- Soekatri, M. Y. E., Sandjaja, S., & Syauqy, A. (2020). Stunting Was Associated with Reported Morbidity, Parental Education and Socioeconomic Status in 0.5–12-Year-Old Indonesian Children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), Article 17. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176204>
- Soerjono Soekanto, 1942-. (2007). *Penelitian Hukum Normatif: Suatu tinjauan singkat*. Perpustakaan Sekolah Tinggi Ilmu Kepolisian (STIK); Raja Grafindo Persada. <http://library.stik-ptik.ac.id>
- Spears, D., Ghosh, A., & Cumming, O. (2013). Open defecation and childhood stunting in India: An ecological analysis of new data from 112 districts. *PLoS One*, 8(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0073784>
- Subramanyam, M. A., Kawachi, I., Berkman, L. F., & Subramanian, S. V. (2011). Is Economic Growth Associated with Reduction in Child Undernutrition in India? *PLOS Medicine*, 8(3), e1000424. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000424>
- Sugianti, E., Putri, B. D., & Buanasita, A. (2024). *The Role of Fathers in the Incidence of Stunting among Toddlers in Rural Areas*. 8(2).
- Suhardjo. (2003). *Perencanaan Pangan dan Gizi*. Bumi Aksara.
- Sundari, R. S., & Baedowi, S. (2022). Pkm Parenting Dan Pencegahan Stunting Kelurahan Siwalan Gayamsari Kota Semarang. *Seminar Nasional Hasil*, 3, 482–490.
- Supariasa, I. D. N., Fajar, I., Khairuddin, K., & Adelina, R. (2023). Analyzing Nutritional Factors that Affect Toddler's Stunting in Malang Regency, Indonesia. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 11(E), Article E. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2023.10199>
- Supriyanto, Y., , Paramashanti, B. A., & Astiti, D. (2018). Berat Badan Lahir Rendah Berhubungan Dengan Kejadian Stunting Pada Anak Usia 6-23 Bulan. *Jurnal Gizi Dan Dietetik Indonesia (Indonesian Journal of Nutrition and Dietetics)*, 5(1), 23–30.
- Sutarto, Mayasari, D., & Indriyani, R. (2018). *Stunting, Faktor Resiko dan Pencegahannya*.
- Tamar, T., Moniharapon, E., Sipahelut, S. G., & Mailoa, M. (2023). Faktor–Faktor Yang Mempengaruhi Stunting Pada Balita Di Desa Karay dan Desa Angar Kabupaten Seram Bagian Timur. *Jurnal Agrosilvopasture-Tech*, 2(2), Article 2. <https://doi.org/10.30598/j.agrosilvopasture-tech.2023.2.2.297>

- The Age of Sustainable Development* | Columbia University Press. (n.d.). Retrieved May 11, 2025, from <https://cup.columbia.edu/book/the-age-of-sustainable-development/9780231173155/>
- Titaley, C. R., Ariawan, I., Hapsari, D., Muasyaroh, A., & Dibley, M. J. (2019). Determinants of the Stunting of Children Under Two Years Old in Indonesia: A Multilevel Analysis of the 2013 Indonesia Basic Health Survey. *Nutrients*, *11*(5), Article 5. <https://doi.org/10.3390/nu11051106>
- Toma, A. S., Talukder, A., Khan, S. S., & Rahman Razu, S. (2018). An Assessment Of The Association Between Antenatal Care And Child Malnutrition in Bangladesh. *Family Medicine & Primary Care Review*, *20*(4), 373–378. <https://doi.org/10.5114/fmpcr.2018.79350>
- Triawanti, Palimbo, A., Norhasanah, Setyobudihono, S., & Rahmadayanti, T. N. (2022). Analisis Faktor Risiko Stunting Di Kalimantan Selatan. *Lambung Mangkurat Medical Seminar*, *3*(1), 197–211.
- UNDP. (1990). *Human Development Report*.
- UNDP. (2016). *Human Development Report 2016: Human Development for Everyone*. United Nations Development Programme.
- UNICEF. (2013). *Improving Child Nutrition: The achievable imperative for global progress*.
- UNICEF. (2020). *Indonesia: Angka masalah gizi pada anak akibat COVID-19*. Unicef.
- UNICEF. (2021). *Improving Young Children's Diets During the Complementary Feeding Period*. UNICEF Nutrition Reports.
- Utami, R. A., Setiawan, A., & Fitriyani, P. (2019). Identifying Causal Risk Factors For Stunting In Children Under Five Years Of Age In South Jakarta, Indonesia. *Enferm Clin*, *29*, 606–611. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.093>.
- Uwiringiyimana, V., Veldkamp, A., & Amer, S. (2019). Stunting Spatial Pattern In Rwanda: An Examination Of The Demographic, Socio-Economic And Environmental Determinants. *Geospatial Health*, *14*(2), 329–339. <https://doi.org/10.4081/gh.2019.820>
- Van De Poel, E., Hosseinpoor, A. R., Jehu-Appiah, C., Vega, J., & Speybroeck, N. (2007). Malnutrition And The Disproportional Burden On The Poor: The case of Ghana. *International Journal for Equity in Health*, *6*, 21–33. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-6-21>

- Vaughn, A. E., Ward, D. S., & Fisher, J. O. (2016). Fundamental Constructs In Food Parenting Practices: A Content Map To Guide Future Research. *Nutrition Reviews*, 74, 98–117. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuw041>.
- Victora, C. G., Adair, L., Fall, C., Hallal, P. C., Martorell, R., Richter, L., & Sachdev, H. S. (2008). Maternal And Child Undernutrition: Consequences For Adult Health And Human Capital. In *The Lancet* (Vol. 371, Issue 9609, pp. 340–357). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61692-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61692-4)
- Victora, C. G., Christian, P., Vdaletti, L. P., Gatica-Domínguez, G., Menon, P., & Black, R. E. (2021). Revisiting Maternal And Child Undernutrition In Low-Income And Middle-Income Countries: Variable Progress Towards An Unfinished Agenda. *The Lancet*, 397(10282), 1388–1399. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00394-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00394-9)
- Vilcins, D., Sly, P. D., & Jagals, P. (2018). Environmental Risk Factors Associated with Child Stunting: A Systematic Review of the Literature'. *Annals of Global Health*, 84(4), 551–562.
- Wagstaff, A., Cotlear, D., Eozenou, P. H.-V., & Buisman, L. R. (2016). Measuring Progress Towards Universal Health Coverage: With An Application To 24 Developing Countries. *Oxford Review of Economic Policy*, 32(1), 147–189. <https://doi.org/10.1093/oxrep/grv019>
- Wagstaff, A., & Doorslaer, E. V. (2000). Measuring and Testing for Inequity in the Delivery of Health Care. *Journal of Human Resources*, 35(4). <https://doi.org/10.2307/146369>
- Wahdah, S., Juffrie, M., & Huriyati, E. (2016). Faktor risiko kejadian stunting pada anak umur 6-36 bulan di Wilayah Pedalaman Kecamatan Silat Hulu, Kapuas Hulu, Kalimantan Barat. *Jurnal Gizi Dan Dietetik Indonesia*, 3(2), 119–130. [https://doi.org/10.21927/ijnd.2015.3\(2\).119-130](https://doi.org/10.21927/ijnd.2015.3(2).119-130)
- Wahyuni, S. D., Murti, B., & Adriani, R. B. (2023). Meta Analysis: Effects of Household Size, Maternal Education, and Family Income on Stunting. *Journal of Epidemiology and Public Health*, 8(3), Article 3. <https://doi.org/10.26911/jepublichealth.2023.08.03.04>
- Wanimbo, E., & Wartningsih, M. (2020). Hubungan Karakteristik Ibu Dengan Kejadian Stunting Baduta (7-24 Bulan) Di Karubaga. *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS.Dr. Soetomo*, 6(1), 83–93. <https://doi.org/10.29241/jmk.v6i1.300>
- Wapres, S. (2024). Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (Stunting) Periode 2018-2024. In *Sekretaris Wakil Presiden* (Vol. 01).

- Wardani, D. K. (2022). Pengaruh Faktor Maternal Ibu terhadap Kejadian Stunting pada Balita Usia 24-59 Bulan di Wilayah kerja UPT Puskesmas Sopaah Kabupaten Pamekasan. *Media Gizi Kesmas*, 11(2), 386–393. <https://doi.org/10.20473/mgk.v11i2.2022.386-393>
- Wasilah, N., Purnamasari, S., & Huda, R. (2024). Analisis Peran Kepala Desa Dalam Mengelola Dan Merencanakan Keuangan Desa Sebagai Upaya Penanggulangan Stunting Untuk Mencegah Kerugian Ekonomi Berkelanjutan (Studi Kasus Kecamatan Astambul). *Jurnal Penelitian Multidisiplin Nusantara*, 5(4), Article 4. <https://ijurnal.com/1/index.php/jpmn/article/view/250>
- WCED. (1987). *Our Common Future*. Oxford University Press.
- WHO. (2014). *WHO Child Growth Standards*, WHO, Geneva. Zere, E. and McIntyre, D. (2003), “Inequities in under-five child.
- Widarjono, A. (2013). *Ekonometrika: Pengantar dan aplikasinya, Ekonosia*.
- Widarjono, A. (2017). *Ekonometrika Pengantar dan Aplikasinya Disertai Panduan Eviews*. UPP STIM YKPN.
- Wogderes, B., Shibre, G., & Zegeye, B. (2022a). Inequalities In Childhood Stunting: Evidence From Sudan Multiple Indicator Cluster Surveys (2010–2014). *BMC Public Health*, 22(1), 728. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13145-5>
- Wogderes, B., Shibre, G., & Zegeye, B. (2022b). Inequalities In Childhood Stunting: Evidence From Sudan Multiple Indicator Cluster Surveys (2010–2014). *BMC Public Health*, 22(1), 728. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13145-5>
- Wogderes, B., Shibre, G., & Zegeye, B. (2022c). Inequalities In Childhood Stunting: Evidence From Sudan Multiple Indicator Cluster Surveys (2010–2014). *BMC Public Health*, 22(1), 728. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13145-5>
- Wooldridge, J. M. (2010). *Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data, second edition*. MIT Press.
- World Health Organization (WHO). (2012). WHO Child Growth Standards: Length/Height-For-Age, Weight-For-Age, Weight-For-Length, Weight-For-Height And Body Mass Index-For-Age: Methods And Development. Geneva.

- Yanti, T., & Fauziah, D. A. (2021). The Effect of Family Income on Stunting Incident in Preschool Children at Bogor City During COVID-19 Pandemic. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 12.
- Yulianti R., & Astari R. (2020). Jurnal Kesehatan Jurnal Kesehatan. *Jurnal Kesehatan*, 8(1), 10–15.
- Yuwono, H. S. (2017). The New Paradigm of Wound Management: A Must to Follow. *Hospice and Palliative Medicine International Journal*, 1(4). <https://doi.org/10.15406/hpmij.2017.01.00023>
- Zalukhu, A., Mariyona, K., & Andriani, L. (2022). Hubungan Sanitasi Lingkungan dengan Kejadian Stunting pada Anak Balita (0-59) bulan di Nagari Balingka Kecamatan IV Kota Kabupaten Agam Tahun (Vol. 6, pp. 52–60).
- Zamzamy, H. Z., Suminah, S., & Sumardiyono, S. (2024). Risk Factors Of Under-Fives Stunting In Low-Income Households. *AcTion: Aceh Nutrition Journal*, 9(2), Article 2. <https://doi.org/10.30867/action.v9i2.1730>