

**SURAT PERNYATAAN
HKI**

**PENGARUH VARIABEL EKONOMI MAKRO TERHADAP PREVALENSI STUNTING
PADA 22 KABUPATEN/KOTA DI PROVINSI NTT**



NAMA:

Maromi Merlin Mbate,SE.,M .Sc, Dr. Ir. Jemmy J. S. Dethan, MP, Melvin Krisdiana

Djami Rane,SE,.MM

No. Permohonan : EC002026014362

UNIVERSITAS KRISTEN ARTHA WACANA

KUPANG

2026

SURAT PENCATATAN CIPTAAN

Dalam rangka perlindungan ciptaan di bidang ilmu pengetahuan, seni dan sastra berdasarkan Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta, dengan ini menerangkan:

Nomor dan tanggal permohonan : EC002026014362, 23 Januari 2026

Pencipta

Nama : **Maromi Merlin Mbate,SE.,M.Sc, Dr. Ir. Jemmy J. S. Dethan, MP dkk**
Alamat : Jl. TDM 1, Oebobo, Kota Kupang, Nusa Tenggara Timur, 85228
Kewarganegaraan : Indonesia

Pemegang Hak Cipta

Nama : **Maromi Merlin Mbate,SE.,M.Sc, Dr. Ir. Jemmy J. S. Dethan, MP dkk**
Alamat : Jl. TDM 1, Oebobo, Kota Kupang, Nusa Tenggara Timur, 85228
Kewarganegaraan : Indonesia
Jenis Ciptaan : **Laporan Penelitian**

Judul Ciptaan : **Pengaruh Variabel Ekonomi Makro terhadap Prevalensi Stunting pada 22 Kabupaten/Kota di Provinsi NTT**

Tanggal dan tempat diumumkan untuk pertama kali di wilayah Indonesia atau di luar wilayah Indonesia : 23 Januari 2026, di Kota Kupang

Jangka waktu perlindungan : Berlaku selama hidup Pencipta dan terus berlangsung selama 70 (tujuh puluh) tahun setelah Pencipta meninggal dunia, terhitung mulai tanggal 1 Januari tahun berikutnya.

Nomor Pencatatan : 001092883

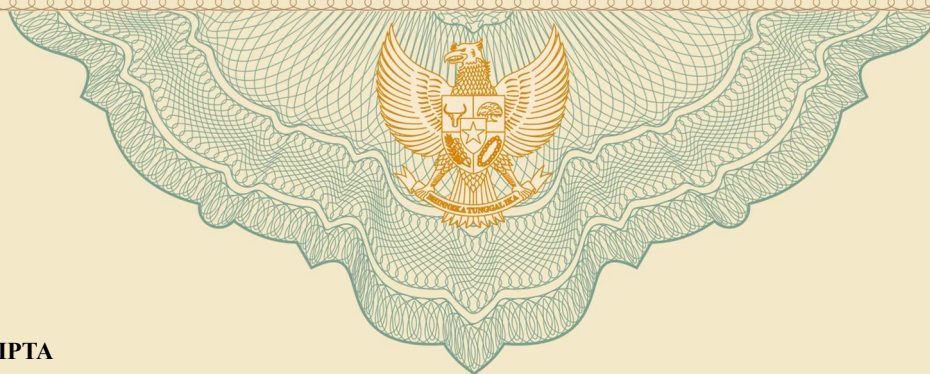
adalah benar berdasarkan keterangan yang diberikan oleh Pemohon.

Surat Pencatatan Hak Cipta atau produk Hak terkait ini sesuai dengan Pasal 72 Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta.



a.n. MENTERI HUKUM
DIREKTUR JENDERAL KEKAYAAN INTELEKTUAL
u.b
Direktur Hak Cipta dan Desain Industri

Agung Damarsasongko,SH.,MH.
NIP. 196912261994031001



LAMPIRAN PENCIPTA

No	Nama	Alamat
1	Maromi Merlin Mbate,SE.,M .Sc	Jl. TDM 1 Oebobo, Kota Kupang
2	Dr. Ir. Jemmy J. S. Dethan, MP	Jl.Suprpto No. 39 Oebobo Kupang NTT Oebobo, Kota Kupang
3	Melvin Krisdiana Djami Rane, SE.,MM	Jl. Pluto RT. 015/RW 006. Oesapa Selatan, Kelapa Lima Kelapa Lima, Kota Kupang

LAMPIRAN PEMEGANG

No	Nama	Alamat
1	Maromi Merlin Mbate,SE.,M .Sc	Jl. TDM 1 Oebobo, Kota Kupang
2	Dr. Ir. Jemmy J. S. Dethan, MP	Jl.Suprpto No. 39 Oebobo Kupang NTT Oebobo, Kota Kupang
3	Melvin Krisdiana Djami Rane, SE.,MM	Jl. Pluto RT. 015/RW 006. Oesapa Selatan, Kelapa Lima Kelapa Lima, Kota Kupang



LAPORAN AKHIR

**Pengaruh Variabel Ekonomi Makro terhadap Prevalensi Stunting
pada 22 kabupaten/kota di Provinsi NTT**

SKEMA PENELITIAN UNGGULAN UNIVERSITAS



Oleh:

MAROMI M. MBATE, SE., M.Sc (1136754655230120) KETUA
Dr. JEMMY J. S. DETHAN (4439746647130092) ANGGOTA
MELVIN K. DJAMI RANE, SE., MM (5659772673230280) ANGGOTA

FAKULTAS
UNIVERSITAS KRISTEN ARTHA WACANA
KUPANG
NOPEMBER
2025

HALAMAN PENGESAHAN

Judul : Pengaruh Variabel Makro Ekonomi terhadap Prevalensi Stunting pada 22 kabupaten/kota di Provinsi NTT

Bidang/ Tema : Manajemen / Stunting

Pengusul :

Ketua Pengusul

a. Nama : Maromi Merlin Mbate, SE.,M.Sc

b. NIDN / NUPTK : 0804087601/

c. Sinta ID : 6658270

d. Jabatan Fungsional : Lektor

e. Email / No. HP : lbumaromi32@gmail.com/081529090574

f. Program Studi : Manajemen

Anggota 1

a. Nama Lengkap : Dr. Jemmy J. S. Dethan

b. NIDN / NUPTK : 0807016801

c. Sinta ID : 6663140

d. Program Studi : Mekanisasi Pertanian

Anggota 2

a. Nama Lengkap : Melvin Krisdiana Djami Rane, SE.,

b.NIDN / NUPTK :1527039401

c. Sinta ID : 6806147

d. Program Studi : Manajemen

Biaya disetujui : Rp.17.000.000,-

Lokasi Penelitian : BPS NTT dan Dinas Kesehatan Provinsi NTT

Luaran Penelitian : Sinta 4

Kupang, 1 Desember 2025

Menyetujui Kepala Lembaga Penelitian UKAW <u>Alfred G.O. Kase, SPi, MSi, PhD</u> NIDN : 0827056901	Ketua Tim Peneliti, <u>(Maromi M. Mbate, SE.,M.Sc)</u> NIDN: 0804087601
---	---

IDENTITAS DAN URAIAN UMUM

1. Judul Penelitian: Pengaruh Variabel Makro Ekonomi terhadap Prevalensi Stunting pada 22 kabupaten/kota di Provinsi NTT

2. Tim Peneliti

N o.	Nama	Jabatan	Bidang Keahlian	Prodi/Fakultas	Alokasi Waktu (jam / minggu)
1	Maromi M. Mbate, SE., M.Sc	Ketua (dosen)	Manajemen Keuangan	Manajemen/ Ekonomi	10 jam/ 12 minggu
2	Dr. Jemmy J. S. Dethan	Anggota 1 (dosen)	Mekanisasi Pertanian	Mekanisasi /Pertanian	10 jam/ 12 minggu
3	Melvin K. Djami Rane, SE., MM	Anggota 2 (dosen)	Pemasaran	Manajemen/ Ekonomi	10 jam/12 minggu
4	Ayu Fanggalda Tumeluk	Anggota 3 (mahasiswa)	Keuangan	Manajemen/ Ekonomi	8 jam/10 minggu
5	Priska Polin	Anggota 4 (mahasiswa)	Ilmu Hukum	Ilmu Hukum/Hukum	8 jam/ 10 minggu

2. Obyek Penelitian (jenis material yang akan diteliti dan segi penelitian): 22 kabupaten/kota di Provinsi NTT

3. Masa Pelaksanaan

Mulai : 1 Agustus 2025

Berakhir : 31 Oktober 2025

4. Biaya Yang disetujui: Rp17.000.000,00

5. Lokasi Penelitian: BPS NTT dan Dinas Kesehatan Provinsi NTT

6. Temuan yang ditargetkan: variabel makro dan prevalensi stunting

7. Kontribusi mendasar pada bidang ilmu : Manajemen Keuangan Daerah

8. Jurnal ilmiah sasaran yang menjadi sasaran : Sinta 4

9. Rencana luaran: jurnal ilmiah dan Hak Kekayaan Intelektual

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh kemiskinan, PDRB dan anggaran kesehatan terhadap stunting pada 22 Kabupaten/Kota di Provinsi NTT menggunakan data panel periode 2020-2024. Data panel dipilih karena mampu menggabungkan variasi antar unit dan antar waktu sehingga memungkinkan kontrol terhadap heterogenitas yang tidak dapat diamati. Metode analisis yang digunakan meliputi pemilihan model melalui uji Chow dan uji Hausman untuk menentukan model panel terbaik antara Pooled OLS, Fixed Effects, dan Random Effects. Selain itu, standar error yang robust digunakan untuk mengatasi potensi heteroskedastisitas dan autokorelasi yang umum terjadi pada data panel.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel kemiskinan berpengaruh positif dan signifikan terhadap stunting, sedangkan PDRB dan anggaran Kesehatan memiliki pengaruh negative dan signifikan terhadap stunting. Temuan ini mengindikasikan bahwa faktor-faktor tersebut memiliki peran penting dalam mempengaruhi stunting pada periode penelitian.

Kata kunci: Stunting, Kemiskinan, PDRB, Anggaran Kesehatan, data panel.

Daftar Isi

Halaman Sampul	1
Halaman Pengesahan	2
Identitas dan Uraian Umum	3
Abstrak	4
Daftar Isi	5
Daftar Tabel	6
Daftar Lampiran	7
BAB 1. Pendahuluan	8
BAB 2. Tinjauan Pustaka	11
BAB 3. Metode Penelitian	17
BAB 4. Hasil Dan Pembahasan	20
BAB 5. Kesimpulan dan Saran	29
Daftar Pustaka	31

Daftar Tabel

Tabel 1: Statistik Deskriptif	20
Tabel 2: Hasil Regresi CEM	21
Tabel 3: Hasil Regresi FEM	22
Tabel 4: Uji Chow	22
Tabel 5: Hasil Regresi REM	23
Tabel 6: Uji Hausman	23
Tabel 7: Hasil Regresi FEM	24
Tabel 8: Uji Multikolinieritas	25
Tabel 9: Uji Heteroskedasititas	25

Daftar Lampiran

Lampiran 1: Statistik Deskriptif	33
Lampiran 2: Data Stunting	34
Lampiran 2: Data Kemiskinan	35
Lampiran 2: Data PDRB	36
Lampiran 2: Data Anggaran Kesehatan	37

BAB 1. Pendahuluan

1.1. Latar Belakang

Stunting telah menjadi perhatian Pemerintah Indonesia sejak tahun 2013, dimana pemerintah melakukan percepatan dalam penurunan prevalensi stunting dari tahun 2013 sampai tahun 2024. Berdasarkan data survei nasional, prevalensi stunting mencapai 37,6% pada tahun 2013, menurun menjadi 19,8% pada tahun 2024 (Kemenkes RI, 2025).

Stunting termasuk dalam tujuan kedua Sustainable Development Goals (SDGs) untuk mengentaskan kelaparan, menuju ketahanan pangan dan gizi yang baik, serta mewujudkan peranian berkelanjutan. Lebih lanjut, konsensus internasional menargetkan untuk dapat mengakhiri segala bentuk malnutrisi pada tahun 2030, termasuk mencapai target yang disepakati secara internasional mengenai stunting dan wasting pada anak di bawah usia 5 tahun pada tahun 2025 (Kusuma Dewi, 2024). Stunting memiliki dampak yang luas, baik jangka pendek maupun jangka Panjang. Dampaknya tidak hanya terbat pada masalah fisik, tetapi juga pada perkembangan kognitif, Kesehatan, dan bahkan ekonomi.

Stunting memiliki dampak ekonomi yang signifikan, baik pada tingkat individu maupun makro. Secara individu, stunting dapat menyebabkan penurunan produktivitas dan potensi pendapatan di masa depan. Secara makro, stunting dapat menghambat pertumbuhan ekonomi karena mengurangi kualitas sumber daya manusia. Oleh karena itu, diperlukan analisis melalui faktor ekonomi terutama ekonomi makro seperti kemiskinan, laju pertumbuhan ekonomi dan kebijakan anggaran kesehatan.

Kemiskinan cenderung meningkatkan prevalensi stunting, karena keluarga dengan kondisi ekonomi rendah seringkali kesulitan memenuhi kebutuhan gizi anak. Stunting dapat memperburuk siklus kemiskinan, karena anak-anak yang mengalami stunting cenderung memiliki peluang lebih rendah untuk keluar dari kemiskinan di masa depan.

Pertumbuhan ekonomi yang positif dapat meningkatkan pendapatan per kapita dan meningkatkan akses terhadap kesehatan dan gizi. Sekalipun pertumbuhan ekonomi merupakan salah satu kunci untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat, namun pertumbuhan ekonomi yang tidak merata dapat memperburuk kesenjangan ekonomi dan tidak memberikan dampak terhadap penurunan stunting. Stunting dapat menghambat pertumbuhan ekonomi dan produktivitas tenaga kerja sehingga mempengaruhi 11% PDB (Produk Domestik Bruto) dan mengurangi pendapatan pekerja dewasa hingga 20%.

Pemerintah telah menetapkan kebijakan dalam mengatasi dan menurunkan stunting dengan mengalokasikan anggaran untuk berbagai program kesehatan dan nutrisi guna

mengurangi stunting. Anggaran Kesehatan menjadi instrumen penting dalam upaya percepatan penanganan stunting. Kebijakan anggaran dapat menjadi pilar utama dalam mengakselerasi penurunan stunting. Program Percepatan Pencegahan dan Penurunan Stunting (P3S) merupakan salah satu kebijakan pemerintah untuk membebaskan Indonesia dari stunting. Anggaran kesehatan untuk program ini berasal dari berbagai sumber yaitu pertama Pemerintah Pusat, yang mengalokasikan anggaran melalui belanja K/L dan dana transfer ke daerah (DAK, DAU, Dana Desa dan Insentif Fiskal); kedua Pemerintah Daerah dan Pemerintah Desa, diminta untuk mengalokasikan anggaran untuk P3S yang berasal dari Pendapatan Asli Daerah (PAD); dan ketiga pendanaan lainnya, berasal dari swasta, mitra pembangunan, lembaga swadaya masyarakat dan lainnya (Kemensetneg, 2024).

Provinsi Nusa Tenggara Timur pada tahun 2024 menjadi daerah dengan prevalensi stunting tertinggi di Indonesia sebesar 27,2% melebihi prevalensi stunting Nasional yang hanya 19,8% . Prevalensi stunting ini bervariasi antar kabupaten/kota. Prevalensi stunting tertinggi terdapat pada Kabupaten Timor Tengah Selatan sebesar 36,8% yang bahkan jauh melebihi prevalensi stunting Nasional. Namun demikian, masih terdapat 1 kabupaten dengan prevalensi stunting yang paling rendah bahkan berada di bawah prevalensi stunting nasional yaitu Kabupaten Nagekeo yang hanya sebesar 19,0% (Kemenkes, 2025).

Penelitian yang dilakukan oleh Viezani dan Yeni (2024), menunjukkan Kemiskinan berpengaruh positif signifikan terhadap Prevalensi Stunting, Kebijakan Pemerintah dan Asi Eksklusif berpengaruh negatif signifikan terhadap Prevalensi Stunting, serta Laju Pertumbuhan Ekonomi tidak berpengaruh terhadap Prevalensi Stunting di Indonesia. Sulaeman, dkk (2024) dalam penelitiannya menemukan secara parsial tingkat kemiskinan, anggaran Kesehatan dan otonomi fiskal berpengaruh terhadap kejadian stunting. Sedangkan Septiani dkk (2023) menemukan bahwa pengeluaran pemerintah sektor kesehatan tidak berpengaruh terhadap stunting.

1.2.Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang dan fenomena yang terjadi terkait stunting serta faktor-faktor yang mempengaruhinya, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Apakah kemiskinan berpengaruh terhadap prevalensi stunting pada 22 Kabupaten/kota di provinsi NTT?

2. Apakah Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) berpengaruh terhadap prevalensi stunting pada 22 Kabupaten/kota di provinsi NTT?
3. Apakah anggaran kesehatan berpengaruh terhadap prevalensi stunting pada 22 Kabupaten/kota di provinsi NTT?
4. Apakah kemiskinan, PDRB, dan anggaran kesehatan secara simultan berpengaruh terhadap prevalensi stunting pada 22 Kabupaten/kota di provinsi NTT?

1.3. Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah, maka tujuan penelitian ini adalah:

1. Untuk menguji pengaruh kemiskinan terhadap prevalensi stunting pada 22 Kabupaten/kota di provinsi NTT.
2. Untuk menguji pengaruh Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) terhadap prevalensi stunting pada 22 Kabupaten/kota di provinsi NTT.
3. Untuk menguji pengaruh anggaran kesehatan terhadap prevalensi stunting pada 22 Kabupaten/kota di provinsi NTT.
4. Untuk menguji pengaruh kemiskinan, PDRB, dan anggaran kesehatan secara simultan terhadap prevalensi stunting pada 22 Kabupaten/kota di provinsi NTT.

BAB 2. Tinjauan Pustaka

2.1. Kajian Teoritis

1. Stunting

Stunting menggambarkan defisiensi gizi kronis yang terjadi dalam periode kritis kehidupan, mulai dari masa kehamilan hingga dua tahun pertama kehidupan anak. Kondisi ini mampu menimbulkan gangguan perkembangan fisik dan kognitif yang bersifat permanen, serta berpotensi meningkatkan risiko penyakit metabolik seperti resistensi insulin dan penyakit kardiovaskular di masa dewasa. Faktor penyebab utama dari stunting meliputi ketidakcukupan asupan nutrisi, infeksi berulang, serta faktor sosial ekonomi dan lingkungan yang tidak memadai (Kemenkes, 2025)

WHO (World Health Organization), menggambarkan stunting sebagai kondisi gagal tumbuh akibat gizi yang buruk, infeksi berulang, dan stimulasi psikososial yang tidak memadai. Banyak orang tidak menyadari bahwa tubuh anak yang kecil bisa menjadi indikasi masalah gizi jangka panjang. Oleh karena itu, indikator ini menekankan pentingnya memberikan makanan sehat dan bergizi kepada balita dan anakanak untuk memastikan mereka tumbuh menjadi anggota masyarakat yang produktif dan berkontribusi terhadap pertumbuhan ekonomi suatu negara, (Viezani dan Yeni, 2024)

UNICEF (2020) menekankan bahwa stunting dipengaruhi oleh faktor gizi spesifik (asupan makanan, praktik menyusui, suplementasi) dan gizi sensitif (pendidikan, sanitasi, ekonomi).

Dampak makro dari stunting adalah kerugian PDB sebesar 11% akibat terhambatnya pertumbuhan ekonomi yang disebabkan oleh rendahnya produktivitas pasar tenaga kerja (TNP2K, 2017). Masalah *stunting* menyebabkan pemasukan ekonomi negara sebagai hasil dari produktivitas, berubah menjadi pengeluaran negara. Setiap bayi baru lahir memiliki potensi dan peluang, oleh karena itu, peningkatan jumlah bayi baru lahir yang berisiko mengalami *stunting* akan mengakibatkan kerugian (Renyonet,dkk 2016).

2. Kemiskinan

Kemiskinan dipandang sebagai ketidakmampuan untuk memenuhi kebutuhan pangan maupun non pangan yang bersifat mendasar untuk pangan, sandang, papan, pendidikan, kesehatan, dan kebutuhan dasar lainnya. Berdasarkan pendekatan *basic needs*, maka dapat dihitung “garis kemiskinan konsumsi” dan selanjutnya dapat

dihitung persentase penduduk miskin (*Head Count Index*), yaitu persentase penduduk yang berada dibawah garis kemiskinan konsumsi. Persentase penduduk miskin yang tinggi menunjukkan bahwa tingkat kemiskinan di suatu wilayah juga tinggi (BPS, 2023)

Penyebab kemiskinan bermuara pada teori lingkaran setan dari Nurche yang berpendapat bahwa rendahnya produktivitas disebabkan oleh keterbelakangan pembangunan, kelemahan pasar, dan kurangnya modal, yang semuanya berkontribusi pada lingkaran setan kemiskinan. Produktivitas rendah menyebabkan pendapatan yang rendah, yang pada gilirannya berdampak pada keterbelakangan, kurangnya tabungan dan investasi, dan berakhir pada ketertinggalan (Arsyad, 2016)

Menurut Smith & Haddad (2015), kemiskinan mengurangi kemampuan keluarga memperoleh makanan bergizi, sanitasi, dan layanan kesehatan. Kemiskinan terkait dengan kualitas lingkungan yang buruk, meningkatkan infeksi yang mempengaruhi pertumbuhan (Victoria et al., 2010). Adisasmita dalam Ferezagia (2018) tolok ukur kemiskinan bukan hanya hidup dalam kekurangan pangan dan tingkat pendapatan yang rendah, akan tetapi melihat tingkat Kesehatan, Pendidikan dan perlakuan adil dimuka hukum dan sebagainya

3. PDRB

PDRB adalah nilai total produksi barang dan jasa yang dihasilkan oleh suatu wilayah dalam periode tertentu (BPS, 2022). PDRB menggambarkan performa ekonomi daerah. Menurut teori pembangunan ekonomi (Todaro & Smith, 2015):

- Pertumbuhan ekonomi (diukur melalui PDRB) meningkatkan pendapatan masyarakat.
- Daerah dengan PDRB tinggi memiliki infrastruktur dan layanan publik yang lebih baik termasuk kesehatan, sanitasi, dan pendidikan.

Menurut Mankiw dalam Viezani dan Yeni (2024) Tingkat pertumbuhan dari perekonomian adalah tingkat dimana produk domestik bruto (PDB) meningkat. Secara rata-rata, kebanyakan perekonomian tumbuh beberapa poin persentase per tahun selama periode yang panjang Adapun penyebab pertumbuhan PDB adalah tersedianya jumlah sumber daya sejalan perubahan perekonomian yaitu berupa modal dan tenaga kerja yang merupakan faktor produksi, sehingga kenaikan faktor produksi diperhitungkan menjadi kenaikan dalam PDB.

Para ekonom menggunakan GDP riil atau GDP atas dasar harga konstan (GDP) untuk menunjukkan bagaimana pengeluaran atau output akan berubah jika kuantitasnya saja yang berubah, sementara harga tetap konstan. Hal ini karena GDP riil suatu negara

tidak dipengaruhi oleh perubahan harga, melainkan oleh perubahan jumlah barang dan jasa yang diproduksi dalam skala ekonomi yang luas (Case & Fair dalam Putri dan Idris, 2024).

4. Anggaran Kesehatan

Anggaran kesehatan adalah alokasi dana yang digunakan untuk membiayai berbagai kegiatan di sektor kesehatan, seperti promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dalam konteks sektor publik, anggaran kesehatan merupakan instrumen pemerintah untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan dan meningkatkan kesejahteraan masyarakat. pemerintah memiliki peran utama dalam menjamin akses layanan kesehatan melalui kebijakan fiskal yang memadai. Sistem jaminan kesehatan nasional membutuhkan dukungan anggaran berkelanjutan agar tidak menimbulkan defisit (Mays et al., 2016).

Menurut McIntyre & Meheus (2014), faktor yang memengaruhi alokasi anggaran kesehatan meliputi:

- Kondisi ekonomi nasional
- Beban penyakit
- Struktur demografi
- Kapasitas fiskal pemerintah
- Efisiensi belanja tahun sebelumnya

Menurut teori kesehatan publik (WHO, 2019):

- Anggaran kesehatan menentukan kapasitas pelayanan kesehatan dasar dan program gizi.
- Anggaran yang cukup meningkatkan kualitas Posyandu, Puskesmas, serta intervensi gizi spesifik dan sensitif

Anggaran kesehatan tahun 2024 sebesar Rp186,4 triliun setara dengan 5,6% dari APBN meningkat di tahun 2025 menjadi Rp217,3 triliun setara dengan 6% dari APBN. Anggaran penanganan stunting untuk tahun 2025 direncanakan sebesar Rp14,7 triliun, mengalami kenaikan dari tahun sebelumnya yang sebesar Rp12,7 triliun (Kemenkes, 2025).

Sumber pembiayaan pemerintah untuk penurunan stunting di APBN melalui dua formula, yaitu: pertama, Belanja Pemerintah Pusat (BPP) dilakukan melalui kementerian/lembaga yang mendanai kewenangan 6 urusan dan bersifat mutlak dan kementerian/lembaga mendanai kewennagan di luar 6 urusan. Melalui Dana Vertikal, Program/Kegiatan Kementerian/Lembaga Pusat, Dana Sektoral yang dikerjakan oleh

UPT, Dana Dekonsentrasi di limpahkan ke Gubernur, dan Dana Tugas Pembantuan di tugaskan kepada Gubernur/Bupati/ Walikota. Dan 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 dan Alokasi Dana Desa (ADD). Untuk Dana Otsus, Keistimewaan, DAU dan DBH melalui skema Block Grant. Untuk DAK melalui Spesifik Grant penggunaannya di-earmark untuk bidang tertentu. DID mendanai kebijakan tertentu, misalnya pembangunan infrastruktur. Sedangkan DD dan ADD masuk dalam APBDesa dalam bentuk program/kegiatan desa. (D. J. K. N. Kemenkeu, 2022).

2.2. Definisi Operasional

1. Stunting

Stunting adalah kondisi gagal tumbuh pada anak balita akibat kekurangan gizi kronis sehingga tinggi badan menurut umur berada di bawah standar WHO. Dalam penelitian ini nilai stunting digunakan sebagai persentase total balita stunting pada 22 kabupaten/kota di Provinsi NTT

2. Kemiskinan

Kemiskinan adalah persentase penduduk yang berada di bawah garis kemiskinan di suatu daerah. Kemiskinan dalam penelitian ini diukur menggunakan persentase jumlah penduduk miskin terhadap total penduduk pada 22 kabupaten/kota di Provinsi NTT

3. PDRB

PDRB adalah nilai total produksi barang dan jasa yang dihasilkan oleh suatu daerah dalam periode tertentu. Dalam penelitian ini PDRB diukur menggunakan nilai PDRB per kapita ADHK sebagai indikator tingkat kemajuan ekonomi daerah pada 22 kabupaten/kota di Provinsi NTT

4. Anggaran Kesehatan

Anggaran kesehatan adalah jumlah alokasi belanja pemerintah daerah pada sektor kesehatan dalam APBD. Dalam penelitian ini anggaran Kesehatan diukur menggunakan total anggaran kesehatan tahunan pada 22 kabupaten/kota di Provinsi NTT.

2.3. Hipotesis dan Kerangka Pikir

1. Pengaruh kemiskinan terhadap stunting

Kemiskinan merupakan faktor dasar yang dapat mempengaruhi status gizi anak. Semakin miskin suatu keluarga, semakin rendah akses terhadap makanan bergizi, air bersih, sanitasi, dan layanan kesehatan. Kondisi ini menyebabkan risiko infeksi berulang dan kekurangan gizi kronis yang berujung pada stunting.

Studi empiris tentang kemiskinan dan prevalensi stunting menunjukkan pengaruh yang signifikan. Viezani dan Yeni (2024); Karyati dan Julia (2021); Resfaliza (2024); Sulaeman, dkk (2022); membuktikan bahwa kemiskinan berpengaruh positif terhadap stunting. Studi di Indonesia menunjukkan bahwa kemiskinan merupakan determinan terkuat stunting (Aida, 2022). Hasil penelitian menunjukkan bahwa baik tingkat kemiskinan tinggi atau rendah sama-sama berpengaruh terhadap stunting.

H₁: Kemiskinan berpengaruh positif dan signifikan terhadap stunting. Artinya, semakin tinggi tingkat kemiskinan, semakin tinggi prevalensi stunting

2. Pengaruh PDRB terhadap stunting

PDRB menggambarkan tingkat kemajuan ekonomi suatu daerah. Daerah dengan PDRB tinggi memiliki pendapatan masyarakat lebih baik dan fasilitas publik lebih memadai, termasuk kesehatan, sanitasi, dan pendidikan. Hal ini mendukung pencegahan stunting.

PDRB dijadikan variable makro hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak selamanya PDRB yang baik akan mengurangi stunting. Penelitian yang dilakukan oleh Nasrun (2018) membuktikan bahwa pertumbuhan ekonomi berpengaruh positif terhadap stunting sedangkan penelitian Karyati dan Julia(2021) menyatakan bahwa pertumbuhan ekonomi berpengaruh negative terhadap stunting dan juga Simatupang (2021) menemukan bahwa PDRB berpengaruh negatif signifikan terhadap stunting di Indonesia. PDRB berpengaruh negatif terhadap stunting di Indonesia (Azizah, 2022) Sementara Viezani dan Yeni (2024) menemukan tidak ada pengaruh antara pertumbuhan ekonomi dan stunting

H₂: PDRB berpengaruh negatif dan signifikan terhadap stunting. Artinya, semakin tinggi PDRB suatu daerah, semakin rendah prevalensi stunting

3. Pengaruh anggaran Kesehatan terhadap stunting

Anggaran kesehatan merupakan instrumen pemerintah untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan dan intervensi gizi. Besarnya alokasi anggaran kesehatan mencerminkan komitmen pemerintah terhadap pembangunan kesehatan

Banyak Kebijakan pemerintah untuk mengurangi stunting. Studi empiris dari Sulaeman, dkk (2022) yang memproksikan otonomi fiskal sebagai kebijakan pemerintah membuktikan bahwa adanya pengaruh positif terhadap stunting. Sedangkan Viezani dan Yeni (2024) menunjukkan bahwa kebijakan pemerintah yang diukur dengan imunisasi lengkap memiliki pengaruh negatif terhadap stunting. Setiawan & Wibowo (2020) menemukan bahwa Anggaran kesehatan berpengaruh negatif signifikan terhadap stunting. Sejalan dengan penelitian UNICEF (2018) yang menyatakan bahwa Negara dengan investasi kesehatan tinggi memiliki prevalensi stunting lebih rendah. Sedangkan Septiani dkk (2023) menemukan bahwa pengeluaran pemerintah sektor kesehatan tidak berpengaruh terhadap stunting

H₃: Anggaran kesehatan berpengaruh negatif dan signifikan terhadap stunting. Artinya, semakin besar anggaran kesehatan yang dialokasikan pemerintah, semakin rendah angka stunting

4. Hubungan kausal antar variabel

Secara konseptual, ketiga variabel tersebut saling berinteraksi:

- Kemiskinan membatasi akses pada gizi dan kesehatan sehingga meningkatkan risiko stunting.
- PDRB tinggi meningkatkan pendapatan, fasilitas kesehatan, sanitasi yang berdampak pada menurunnya stunting.
- Belanja kesehatan memperbaiki layanan KIA, gizi, sanitasi sehingga menurunkan stunting
- Kemiskinan dan PDRB berhubungan erat, dimana PDRB tinggi cenderung menurunkan kemiskinan, sehingga efek tidak langsungnya juga menurunkan stunting.
- Anggaran kesehatan dapat memperkuat atau melemahkan pengaruh kemiskina, dengan anggaran tinggi, dampak negatif kemiskinan terhadap stunting dapat ditekan.

Ketiganya berkontribusi melalui jalur peningkatan kesejahteraan dan perbaikan akses gizi serta kesehatan

H₄: Kemiskinan, PDRB, dan anggaran kesehatan secara simultan berpengaruh signifikan terhadap stunting

BAB 3. Metode Penelitian

3.1. Populasi dan Sampel

Penelitian ini bersifat sensus dengan data sekunder berupa data time series dari tahun 2020-2024 dan data cross section dari 22 kabuapten/kota yang berada di Provinsi NTT. Penelitian ini menggunakan populasi semua Kabupaten/Kota di Provinsi NTT. Sehingga tidak dilakukan pengambilan sampel penelitian. Penelitian ini menggunakan data panel untuk periode 2020-2024. Keunggulan data panel adalah diperolehnya jumlah sampel yang lebih besar, sehingga diharapkan dapat meningkatkan *power of test* dari penelitian, Mengurangi bias karena *unobserved heterogeneity*, serta menghasilkan estimasi lebih efisien.

3.2. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi dokumentasi. Jenis data yang digunakan adalah data sekunder yang berasal dari laporan resmi pemerintah, publikasi statistik, database Kemenkes/BPS dari tahun 2020-2024, berupa persentase jumlah penduduk, PDRB Atas Dasar Harga Berlaku (ADHK) , anggaran kesehatan dan persentase stunting. Sumber data berasal dari website resmi; www.bps.go.id, www.badankebijakan.kemenkes.go.id , dan www.djpk.kemenkeu.go.id

3.3. Teknik Analisa Data

Tahapan dalam analisis data terdiri dari:

3.3.1. Statistik Deskriptif

Menyajikan data dalam bentuk mean, min, max, standar deviasi untuk menggambarkan karakteristik masing-masing variabel penelitian

3.3.2. Uji Regresi Panel

Keuntungan menggunakan analisis data panel adalah pertama, terdapat heterogenitas dalam unit karena analisis data panel melibatkan variabel spesifik individu dalam skala mikro misalnya individu, perusahaan, kota, negara. Kedua, data panel memiliki kelebihan dalam informasi, variasi, tingkat kolinieritas antara variabel lebih berkurang, menambah *degree of freedom* dan lebih efisien. Keuntungan lainnya dalam menggunakan data panel adalah keunggulan dalam perubahan dinamik dan lebih unggul dalam model-model perilaku yang lebih rumit misalnya skala ekonomi, teknologi serta data panel dapat meminimasi bias atau kesalahan (Gujarati dalam Mbate, 2009)

Dalam analisa model data panel, dikenal tiga macam model yang terdiri dari model kuadrat terkecil (*Common Effect Model*), model efek tetap (*Fixed Effect Model*) dan model efek acak (*Random Effect Model*). Dari 3 model yang bisa digunakan untuk mengestimasi data

panel, model regresi dengan hasil yang terbaik yang akan digunakan dalam menganalisis. Untuk mengetahui model yang terbaik yang akan digunakan, maka dilakukan uji Chow dan uji Hausman (Widaryono dalam Mbate, 2009)

Uji Chow

Uji Chow dilakukan untuk membandingkan atau memilih yang terbaik antara *Common Effect Model (CEM)* dan *Fixed Effect Model (FEM)*. Pengambilan keputusan dengan melihat nilai *probabilitas (p)* untuk *cross section* F. Jika nilai *prob* < 0,05 maka yang dipilih *FEM*, artinya variabel dummy (*fixed effect*) signifikan sehingga masing-masing kabupaten/kota memiliki intersep yang berbeda. Tetapi jika nilai *prob* > 0,05 maka gunakan *CEM*, artinya tidak ada perbedaan intersep

Uji Hausman

Uji Hausman dilakukan untuk membandingkan atau memilih yang terbaik antara *Fixed Effect Model (FEM)* dan *Random Effect Model (REM)*.). Pengambilan keputusan dengan melihat nilai *probabilitas (p)* untuk *cross section random*. Jika nilai *prob* < 0,05 gunakan *FEM*, hal ini karena terdapat korelasi antara *error* dengan variabel independen. Tetapi jika nilai *prob* > 0,05 maka gunakan *REM*, karena lebih efisien dan tidak bias.

Adapun persamaan regresi yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

$$Y = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + e_i$$

Dimana:

Y = Prevalensi stunting (%)

α = Konstanta

β_1 = Kemiskinan (%)

β_2 = PDRB (Rp)

β_3 = Anggaran kesehatan (Rp)

e_i = error

3.3.3. Uji Asumsi Klasik

Keunggulan lain menggunakan data panel adalah data panel memiliki implikasi tidak harus dilakukan pengujian normalitas dan autokorelasi. Hal ini disebabkan karena (Wooldridge, 2010):

1. Normalitas error hanya diperlukan jika kita ingin melakukan inferensi pada sampel kecil, karena t-statistik dan F-statistik bergantung pada asumsi normalitas. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 110. Dengan sampel besar tidak harus normal; normalitas tidak penting untuk *FEM/REM*; *robust Standard Error* membuat distribusi error tidak kritis.

2. Autokorelasi hampir pasti muncul; tidak menyebabkan bias; *robust Standard Error* sudah mengatasi; fokus data panel bukan pada menghilangkannya tetapi mengoreksi *Standard Error*.

Berdasarkan alasan tersebut, maka dalam penelitian ini hanya dilakukan uji asumsi klasik untuk multikolinieritas dan heteroskedastisitas.

Uji Multikolinieritas

Multikolinieritas adalah kondisi adanya hubungan linier antar variabel independen. Model regresi yang baik seharusnya tidak terjadi korelasi di antara variabel independen. Jika nilai korelasi antara variabel independen atau variabel bebas berada di atas 0,8 pertanda terjadi multikolinieritas

Uji Heteroskedastisitas.

Heteroskedastisitas adalah keadaan Di mana faktor pengganggu tidak memiliki varian yang sama atau berubah-ubah. Pada penelitian ini, digunakan metode *Glesjer*. Jika nilai Prob. *lebih besar 0,05* (> 0.05), maka tidak terdapat masalah heteroskedastisitas

3.3.4. Uji Hipotesis

Uji t

Uji t digunakan untuk melihat pengaruh masing-masing variabel bebas terhadap variabel terikat.

Uji sig dengan $\alpha = 0,05$

- ✓ Sig $t \leq 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_a diterima
- ✓ Sig $t > 0,05$ maka H_0 diterima dan H_a ditolak

Uji F

Uji F digunakan untuk melihat pengaruh variabel bebas secara bersama-sama terhadap variabel terikat..

Uji sig dengan $\alpha = 0,05$

- ✓ Sig $F \leq 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_a diterima
- ✓ Sig $F > 0,05$ maka H_0 diterima dan H_a ditolak

Uji Koefisien determinasi (R^2)

Koefisien determinasi (R^2) menjelaskan persen variasi variabel terikat yang diperhitungkan oleh variabel bebas. Koefisien determinasi (R^2) mengukur sejauh mana kemampuan model dalam menerangkan variabel dependen. Semakin tinggi nilai koefisien determinasi maka akan semakin baik pula kemampuan variabel independen dalam menjelaskan variabel dependen

BAB 4. Hasil dan Pembahasan

4.1. Statistik Deskriptif

Statistik deskriptif memberikan gambaran umum tentang data yang dapat dilihat pada tabel 4.1 dibawah ini:

Tabel 4.1
Deskripsi Variabel Penelitian

Variabel	N	Mean	Median	Maximum	Minimum	Std.Dev
Stunting (%)	110	18,07	18,00	47,51	7,00	7,37
Kemiskinan (%)	110	20,98	21,82	34,49	8,24	6,85
PDRB (Ribu rupiah)	110	20.313,69	17.661,50	64.813,00	11.957,00	9.357,24
Anggaran Kesehatan (Juta rupiah)	110	162.467,4	157.627,00	339.945,00	46.588,00	67.735,62

Sumber: data diolah

Berdasarkan data pada tabel 4.1. dapat dijelaskan bahwa dari 110 pengamatan, variabel stunting memiliki rata-rata 18,07%. Stunting dengan nilai minimum 7% berada di Kabupaten Ende, Sumba Tengah dan Nagekeo tahun 2023. Hal ini mengindikasikan bahwa telah terjadi penurunan stunting meskipun masih terdapat kabupaten dengan nilai maksimum stunting 47,5% yang berada pada Kabupaten TTS. Hal ini hanya terjadi pada tahun 2020 sedangkan pada tahun 2024 telah menurun menjadi 24%.

Variabel kemiskinan yang diproksikan dengan persentasi penduduk miskin memiliki interval yang jauh dengan nilai rata-rata 20,98%. Hal ini mengindikasikan bahwa persentase penduduk miskin memiliki dampak yang berbeda untuk semua kabupaten/kota. Persentase penduduk miskin paling rendah yaitu 8,24% berada Kota Kupang pada tahun 2024 sedangkan persentase paling tinggi yaitu 34,49% terdapat di Kabupaten Sumba Tengah pada tahun 2020. Namun persentasenya telah menurun menjadi 30,84% di tahun 2024.

Nilai tertinggi dari PDRB adalah Rp.64.813 ribu dengan nilai terendah Rp.11.957 ribu. Hal ini memperlihatkan adanya interval perubahan PDRB yang sangat jauh yang berarti bahwa masih terdapat kabupaten/kota yang mengalami penurunan PDRB. Kota Kupang memiliki nilai PDRB tertinggi pada tahun 2024 sedangkan Kabupaten Manggarai Timur memiliki PDRB terendah pada tahun 2020, akan tetapi telah meningkat menjadi Rp.14.414 ribu pada tahun 2024.

Nilai rata-rata anggaran Kesehatan sebesar Rp.162.467,40 juta. Hal ini mengindikasikan bahwa terdapat perbedaan yang jauh dalam alokasi anggaran kesehatan. Dimana nilai anggaran kesehatan paling tinggi sebesar Rp.339.945 juta dialokasikan ke Kabupaten Sikka tahun 2022 sedangkan alokasi terendah Rp.46.588 juta di Kabupaten Malaka tahun 2024.

4.2. Pemilihan Model Regresi Panel

Model analisis data panel menggunakan tiga macam model yang terdiri dari model kuadrat terkecil (*Common Effect Model*), model efek tetap (*Fixed Effect Model*) dan model efek acak (*Random Effect Model*). Hasil regresi dengan tiga model tersebut disajikan pada tabel di bawah ini

Tabel 4.2
Hasil Regresi *Common Effect Model*

Sample: 2020 2024
Periods included: 5
Cross-sections included: 22
Total panel (balanced) observations: 110

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	-90.69346	48.17588	-1.882549	0.0625
X1	0.331196	0.110608	2.994329	0.0034
X2	2.362701	2.261051	1.044957	0.2984
X3	3.053750	1.527612	1.999035	0.0482
R-squared	0.091917	Mean dependent var	18.07293	
Adjusted R-squared	0.066217	S.D. dependent var	7.371205	
S.E. of regression	7.122976	Akaike info criterion	6.800214	
Sum squared resid	5378.100	Schwarz criterion	6.898414	
Log likelihood	-370.0118	Hannan-Quinn criter.	6.840045	
F-statistic	3.576480	Durbin-Watson stat	0.442286	
Prob(F-statistic)	0.016419			

Sumber: ouput Eviews 12

Tabel 4.3

Hasil Regresi *Fixed Effect Model*

Dependent Variable: Y

Method: Panel Least Squares

Date: 12/01/25 Time: 13:21

Sample: 2020 2024

Periods included: 5

Cross-sections included: 22

Total panel (balanced) observations: 110

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	376.1881	155.4191	2.420475	0.0176
X1	2.415328	0.837835	2.882821	0.0050
X2	-31.19926	11.42864	-2.729920	0.0077
X3	-3.941174	1.705276	-2.311165	0.0232

Effects Specification

Cross-section fixed (dummy variables)

R-squared	0.809570	Mean dependent var	18.07293
Adjusted R-squared	0.755801	S.D. dependent var	7.371205
S.E. of regression	3.642588	Akaike info criterion	5.619982
Sum squared resid	1127.818	Schwarz criterion	6.233728
Log likelihood	-284.0990	Hannan-Quinn criter.	5.868921
F-statistic	15.05658	Durbin-Watson stat	1.961673
Prob(F-statistic)	0.000000		

Sumber: ouput Eviews 12

1) Uji Chow

Tabel 4.4

Uji Chow

Redundant Fixed Effects Tests

Equation: Untitled

Test cross-section fixed effects

Effects Test	Statistic	d.f.	Prob.
Cross-section F	15.253807	(21,85)	0.0000
Cross-section Chi-square	171.825518	21	0.0000

Sumber: Ouput EvIEWS 12

Berdasarkan tabel 4.4 di atas diketahui nilai Prob Cross-section Chi-squares kurang dari 0,05 ($0,000 < 0,05$) . Sehingga model yang dipilih adalah *FEM*, artinya variabel dummy (*fixed effect*) signifikan sehingga masing-masing kabupaten/kota memiliki intersep yang berbeda

Tabel 4.5

Hasil Regresi *Random Effect Model*

Dependent Variable: Y
 Method: Panel EGLS (Cross-section random effects)
 Date: 12/01/25 Time: 15:14
 Sample: 2020 2024
 Periods included: 5
 Cross-sections included: 22
 Total panel (balanced) observations: 110
 Swamy and Arora estimator of component variances

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	-4.743174	61.43737	-0.077203	0.9386
X1	0.473082	0.208126	2.273059	0.0250
X2	-5.737586	4.125794	-1.390662	0.1672
X3	2.699633	1.120981	2.408277	0.0178
Effects Specification				
			S.D.	Rho
Cross-section random			6.121917	0.7385
Idiosyncratic random			3.642588	0.2615
Weighted Statistics				
R-squared	0.166703	Mean dependent var		4.647407
Adjusted R-squared	0.143119	S.D. dependent var		4.525975
S.E. of regression	4.189599	Sum squared resid		1860.590
F-statistic	7.068493	Durbin-Watson stat		1.246277
Prob(F-statistic)	0.000224			
Unweighted Statistics				
R-squared	-0.091800	Mean dependent var		18.07293
Sum squared resid	6466.164	Durbin-Watson stat		0.358607

Sumber: ouput Eviews 12

2) Uji Hausman

Tabel 4.6

Uji Hausman

Correlated Random Effects - Hausman Test
 Equation: Untitled
 Test cross-section random effects

Test Summary	Chi-Sq. Statistic	Chi-Sq. d.f.	Prob.
Cross-section random	37.226665	3	0.0000

Sumber: ouput Eviews 12

Dari hasil uji Hausman diketahui nilai prob *Cross- section random* kurang dari 0,05 ($0,00 < 0,05$), jadi *FEM* yang dipilih. Hal ini karena terdapat korelasi antara *error* dengan variabel independen

4.3. Hasil Regresi Data Panel

4.3.1. Hasil Regresi *Fixed Effect Model*

Berdasarkan uji model data panel maka model yang dipilih untuk digunakan dalam menganalisis adalah *Fixed Effect Model (FEM)*. Hasil regresi *FEM* ditunjukkan pada tabel 4. 7 di bawah ini

Tabel 4.7
Hasil Regresi *Fixed Effect Model*

Dependent Variable: Y

Method: Panel Least Squares

Date: 12/01/25 Time: 13:21

Sample: 2020 2024

Periods included: 5

Cross-sections included: 22

Total panel (balanced) observations: 110

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	376.1881	155.4191	2.420475	0.0176
X1	2.415328	0.837835	2.882821	0.0050
X2	-31.19926	11.42864	-2.729920	0.0077
X3	-3.941174	1.705276	-2.311165	0.0232

Effects Specification

Cross-section fixed (dummy variables)

R-squared	0.809570	Mean dependent var	18.07293
Adjusted R-squared	0.755801	S.D. dependent var	7.371205
S.E. of regression	3.642588	Akaike info criterion	5.619982
Sum squared resid	1127.818	Schwarz criterion	6.233728
Log likelihood	-284.0990	Hannan-Quinn criter.	5.868921
F-statistic	15.05658	Durbin-Watson stat	1.961673
Prob(F-statistic)	0.000000		

Sumber: output Eviews 12

Dari hasil regresi dengan *FEM* diperoleh persamaan regresi sebagai berikut:

$$Y = 376,19 + 2,42 X1 - 31,20 X2 - 3,94X3$$

Dimana:

1. Nilai konstanta 376,19 artinya jika variabel kemiskinan, PDRB dan anggaran kesehatan sama dengan nol maka stunting 376,19%
2. Nilai kemiskinan (X1) 2,42 artinya jika kemiskinan meningkat 1% maka stunting meningkat 2,42%
3. Nilai PDRB (X2) -31,20 artinya jika PDRB bertambah Rp 1.000,- maka stunting menurun 31,20%
4. Nilai anggaran kesehatan (X3) -3,94 artinya jika anggaran Kesehatan meningkat Rp.1.000.000,- maka stunting menurun 3,94%.

4.3.2. Asumsi Klasik

1). Uji Multikolinieritas

Jika nilai korelasi antara variabel independen atau variabel bebas berada di atas 0,8 pertanda terjadi multikolinieritas. Hasil uji terdapat pada tabel di bawah ini

Tabel 4.8

Uji Multikolinieritas

	X1	X2	X3
X1	1.000000	-0.374075	-0.215405
X2	-0.374075	1.000000	-0.018469
X3	-0.215405	-0.018469	1.000000

Sumber: output Eviews 12

Berdasarkan tabel 4.8 diketahui nilai korelasi antara kemiskinan (X1) dan PDRB (X2) adalah -0,37. Nilai korelasi kemiskinan (X1) dan anggaran Kesehatan (X3) -0,22. Nilai korelasi PDRB (X2) dan anggaran Kesehatan (X3) -0,02. Dan nilai korelasi anggaran Kesehatan (X3) dan kemiskinan (X1) -0,22. Dapat dilihat bahwa data kurang dari 0,8 (< 0,8). Maka dapat disimpulkan bahwa tidak terjadi multikolinieritas

2). Uji Heteroskedastisitas

Pada penelitian ini, digunakan metode *Glesjer*. Jika nilai Prob. Lebih besar 0,05(> 0.05), maka tidak terdapat masalah heteroskedastisitas. Hasil uji ditampilkan pada tabel berikut

Tabel 4.9

Uji Heteroskedastisitas

Dependent Variable: RESABS
Method: Panel Least Squares
Date: 12/01/25 Time: 14:17
Sample: 2020 2024
Periods included: 5
Cross-sections included: 22
Total panel (balanced) observations: 110

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	26.15834	88.18238	0.296639	0.7675
X1	0.419240	0.475374	0.881916	0.3803
X2	0.355373	6.484430	0.054804	0.9564
X3	-1.402081	0.967547	-1.449109	0.1510

Sumber: ouput Eviews 12

Berdasarkan hasil uji dengan metode *Glesjer* dapat disimpulkan bahwa tidak terjadi heretoskedastisitas. Hal ini dibuktikan dengan nilai Prob. dari setiap variabel

independent lebih besar dari 0,05.

4.3.3. Uji Hipotesis

1. Pengaruh kemiskinan terhadap stunting

Berdasarkan hasil regresi *FEM* diperoleh nilai prob 0,005 lebih kecil dari α 0,05 ($0,005 < 0,05$) maka H_1 diterima. Artinya kemiskinan berpengaruh positif dan signifikan terhadap stunting. Apabila kemiskinan bertambah maka stunting juga akan bertambah.

2. Pengaruh PDRB terhadap stunting

Nilai prob PDRB 0,008 lebih kecil dari α 0,05 ($0,008 < 0,05$) maka H_2 diterima. Hal ini berarti bahwa PDRB berpengaruh negatif dan signifikan terhadap PDRB. Jika PDRB meningkat maka stunting akan menurun.

3. Pengaruh Anggaran kesehatan terhadap stunting

Nilai prob anggaran Kesehatan 0,02 lebih kecil dari α 0,05 ($0,02 < 0,05$) maka H_3 diterima. Artinya anggaran Kesehatan berpengaruh negatif signifikan terhadap stunting. Hal ini bermakna jika anggaran Kesehatan bertambah maka stunting akan menurun.

4. Pengaruh kemiskinan, PDRB dan anggaran Kesehatan terhadap stunting

Berdasarkan nilai prob uji F diketahui 0,00 lebih kecil dari α 0,05 ($0,00 < 0,05$) maka H_4 diterima. Artinya variabel kemiskinan, PDRB dan anggaran Kesehatan secara simultan berpengaruh signifikan terhadap stunting.

4.3.4. Uji Koefisien Determinan

Dari tabel 4.7 dapat diketahui nilai *Adjusted R²* sebesar 0,76 artinya model regresi memiliki hubungan yang kuat antar variabel yang diteliti. Variabel stunting dapat dijelaskan oleh variabel kemiskinan, PDRB dan anggaran Kesehatan sebesar 76% sedangkan sisanya 24% variabel stunting dijelaskan atau dipengaruhi oleh variabel lain yang tidak diteliti.

4.4. Pembahasan

Hipotesis ke-1 menyatakan bahwa kemiskinan berpengaruh positif dan signifikan terhadap stunting. Hipotesis ini didukung karena koefisien kemiskinan memiliki pengaruh positif signifikan terhadap stunting. Hal ini berarti bahwa semakin besar kemiskinan maka semakin besar stunting.

Temuan sesuai dengan teori dari Smith & Haddad (2015) dan Victora et al., (2010) kemiskinan mengurangi kemampuan keluarga memperoleh makanan bergizi, sanitasi, dan

layanan kesehatan serta terkait dengan kualitas lingkungan yang buruk. Hasil penelitian ini juga sejalan dengan Viezani dan Yeni (2024); Karyati dan Julia (2021); Resfaliza (2024); Sulaeman, dkk (2022) serta (Aida, 2022). Hasil penelitian menunjukkan bahwa baik tingkat kemiskinan tinggi atau rendah sama-sama berpengaruh terhadap stunting.

Semakin tinggi tingkat kemiskinan pada suatu daerah, semakin tinggi prevalensi stunting. Kondisi ini menunjukkan bahwa kemiskinan mengurangi akses keluarga terhadap gizi, layanan kesehatan, sanitasi, dan lingkungan hidup yang sehat. Daerah dengan kemiskinan tinggi memerlukan intervensi gizi lebih kuat, bantuan sosial, dan peningkatan akses layanan dasar.

Hipotesis ke-2 menyatakan bahwa PDRB berpengaruh negatif dan signifikan terhadap stunting. Hipotesis ini terdukung karena koefisien PDRB memiliki pengaruh negatif signifikan terhadap stunting. Hal ini berarti bahwa semakin meningkat PDRB maka semakin menurun stunting.

Hal ini sesuai teori pembangunan (Todaro & Smith, 2015) bahwa pertumbuhan ekonomi meningkatkan kemampuan pemerintah menyediakan layanan publik. Hasil ini juga sejalan dengan penelitian Azizah (2022), Karyati dan Julia(2021) dan juga Simatupang (2021).

Peningkatan PDRB per kapita mampu menurunkan prevalensi stunting. Hal ini menunjukkan bahwa kapasitas ekonomi daerah yang lebih baik berpotensi meningkatkan akses layanan kesehatan, perbaikan sanitasi, dan penyediaan program gizi. Pertumbuhan ekonomi yang inklusif perlu diperkuat agar peningkatan PDRB benar-benar dirasakan oleh keluarga miskin dan berdampak pada gizi anak

Hipotesis ke-3 menyatakan bahwa anggaran kesehatan berpengaruh negatif dan signifikan terhadap stunting. Hipotesis ini terdukung karena koefisien anggaran kesehatan memiliki pengaruh negatif signifikan terhadap stunting. Hal ini berarti bahwa semakin meningkat anggar kesehatan maka semakin menurun stunting.

Hasil ini sejalan dengan teori sektor publik (Mays et al., 2016) dan McIntyre & Meheus (2014). Hasil ini juga sejalan dengan penelitian Viezani dan Yeni (2024) dan . Setiawan & Wibowo (2020).

Semakin besar alokasi anggaran kesehatan, semakin rendah tingkat stunting. Anggaran kesehatan mendukung penyelenggaraan program gizi, kesehatan ibu-anak, imunisasi, intervensi sanitasi, dan pelayanan kesehatan dasar yang krusial untuk pencegahan stunting

Hipotesis ke-4 menyatakan bahwa Kemiskinan, PDRB, dan anggaran kesehatan secara simultan berpengaruh signifikan terhadap stunting. Hipotesis ini terdukung karena nilai

probabilitas uji F lebih kecil dari α 0,05 ($0,00 < 0,05$). Hal ini berarti bahwa kemiskinan, PDRB dan anggaran Kesehatan secara simultan atau bersama-sama berpengaruh signifikan terhadap stunting.

Ketiga variabel tersebut secara bersama-sama memberikan kontribusi berarti dalam menjelaskan variasi prevalensi stunting. Hal ini menegaskan bahwa stunting merupakan masalah multidimensional yang memerlukan pendekatan lintas sektor

BAB 5. Kesimpulan dan Saran

5.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis data panel dan pembahasan pada Bab 4 mengenai pengaruh kemiskinan, PDRB, dan anggaran kesehatan terhadap stunting, maka diperoleh beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Kemiskinan berpengaruh positif dan signifikan terhadap stunting

Semakin tinggi tingkat kemiskinan pada suatu daerah, semakin tinggi prevalensi stunting. Kondisi ini menunjukkan bahwa kemiskinan mengurangi akses keluarga terhadap gizi, layanan kesehatan, sanitasi, dan lingkungan hidup yang sehat. Daerah dengan kemiskinan tinggi memerlukan intervensi gizi lebih kuat, bantuan sosial, dan peningkatan akses layanan dasar.

2. PDRB berpengaruh negatif dan signifikan terhadap stunting

Peningkatan PDRB per kapita mampu menurunkan prevalensi stunting. Hal ini menunjukkan bahwa kapasitas ekonomi daerah yang lebih baik berpotensi meningkatkan akses layanan kesehatan, perbaikan sanitasi, dan penyediaan program gizi. Pertumbuhan ekonomi yang inklusif perlu diperkuat agar peningkatan PDRB benar-benar dirasakan oleh keluarga miskin dan berdampak pada gizi anak

3. Anggaran kesehatan berpengaruh negatif dan signifikan terhadap stunting

Semakin besar alokasi anggaran kesehatan, semakin rendah tingkat stunting. Anggaran kesehatan mendukung penyelenggaraan program gizi, kesehatan ibu-anak, imunisasi, intervensi sanitasi, dan pelayanan kesehatan dasar yang krusial untuk pencegahan stunting

4. Kemiskinan, PDRB dan anggaran Kesehatan secara simultan berpengaruh signifikan terhadap stunting

Ketiga variabel tersebut secara bersama-sama memberikan kontribusi berarti dalam menjelaskan variasi prevalensi stunting. Hal ini menegaskan bahwa stunting merupakan masalah multidimensional yang memerlukan pendekatan lintas sektor

5.2. Saran

1. Pemerintah

- Tingkatkan program penanggulangan kemiskinan yang menasar keluarga dengan balita.
- Dorong peningkatan kualitas belanja kesehatan, terutama pada program gizi dan kesehatan ibu-anak.
- Kembangkan sistem monitoring dan evaluasi anggaran kesehatan yang transparan dan terukur.

- Integrasikan program stunting dengan kebijakan pembangunan daerah
2. Peneliti selanjutnya
- Menambahkan variabel seperti pendapatan, bantuan social, pendidikan ibu, sanitasi, imunisasi, pemberian ASI eksklusif, dan pola asuh.
 - Menggunakan model ekonometrika lebih kompleks seperti Dynamic Panel (GMM).
 - Mengembangkan studi kualitatif untuk memahami konteks sosial-budaya stunting

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan RI. 2025. *Survey Status Gizi Indonesia (Dalam Angka)*. Jakarta. Departemen Kesehatan RI
2. Kusuma Dewi, Marietta. 2024. *Kebijakan Pemerintah dalam Rangka Mitigasi Risiko Fiskal terkait Penurunan Prevalensi Stunting di Indonesia*. Kementerian Keuangan Negara. Jakarta
3. Rahman Balqis dan Riko Wijaya. 2024. *Analisis Pengaruh Pertumbuhan Ekonomi, TPT, Tingkat Kemiskinan, Prevalensi Stunting terhadap Indeks Pemabangunan Manusia di Jawa Timur*, Jurnal Ilmu Ekonomi dan Studi Pembangunan. Vol 24, No 2. doi: 10.30596/ekonomikawan.v%vi%i.17972
4. Viezani, Ezra dan Isra Yeni. 2024. *Analisis Pengaruh Variabel Makro Ekonomi terhadap Prevalensi Stunting di Indonesia*, Media Riset Ekonomi Pembangunan. Vol 2, No 3; 543-537
5. Sulaeman, Suharmo dan Ahmad. 2024. *Hubungan Kebijakan Ekonomi Makro dengan Stunting: Peran Anggaran Kesehatan, Penerapan Ekonomi Fiskal, dan Pengentasan Kemiskinan*. Simposium Riset Ilmu Pengetahuan dan Teknologi: 264-273. doi: 10.18502/kss.v0i0.12336
6. Septiani, Mulyaningsih dan Mulyanto. 2023. *The Effect to Macroeconomics and Access to Health Service on Stunting in Indonesia*. Health Science Journal of Indonesia. Vol. 14, No 1: 21-32. doi: <https://doi.org/10.22435/hsji.v14i1.6440>
7. Nasrun dan Rahmania. 2018. *Hubungan Indikator Keberhasilan Ekonomi dengan Stunting di Indonesia*. Prosiding SATIEP. FEB Universitas Tanjungpura
8. UNICEF. (2020). *Nutrition for Every Child*. UNICEF Publications
9. Renyoet, Brigitte Sara., Martianto, Drajat & Sukandar, Dadang. 2015. *Potensi Kerugian Ekonomi Karena Stunting Pada Balita di Indonesia Tahun 2013*. Jurnal Gizi dan Pangan. Vol. 11 No. 3, 247-254
10. Badan Pusat Statistik. 2023. *Statistik Indonesia*. BPS RI.
11. Arsyad, Lincolin. 2016. *Ekonomi Pembangunan Edisi Ke-5*. Yogyakarta: UPP STIM YKPN
12. Smith, L. C., & Haddad, L. 2015. *Reducing child undernutrition: Past drivers and priorities for the post-MDG era*. **World Development**, **68**, 180–204
13. Victora, C. G., de Onis, M., Hallal, P. C., Blössner, M., & Shrimpton, R. 2010. *Worldwide timing of growth faltering: Revisiting implications for interventions*. **Pediatrics**, **125**(3), e473–e480
14. Ferazagia, Debrina Vita. 2018. *Analisis Tingkat Kemiskinan di Indonesia*. Jurnal Humaniora Terapan. Vol 1, No 1
15. Todaro, M., & Smith, S. 2015. *Economic Development*. Pearson
16. Putri dan Idris. 2024. *Analisis Determinan Pertumbuhan Ekonomi Indonesia*. Media Riset Ekonomi Pembangunan. Vol 1, No 2: 145-155
17. Mays, G. P., Smith, S. A., Ingram, R. C., Racster, L. J., Lamberth, C. D., & Lovely, E. S. 2016. Public health delivery systems. *Public Health Reports*, 131(3), 335–344
18. McIntyre, D., & Meheus, F. 2014. *Fiscal space for health*. Financing Global Health

19. World Health Organization. (2010). *Health systems financing: The path to universal coverage*. WHO
20. Sekretaris Wakil Presiden RI. (2024). *Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (Stunting) Periode 2025-2029*. Jakarta: Deputy Bidang Kebijakan Pembangunan Manusia dan Pemerataan Pembangunan
21. Karyati, Yati dan Julia, Aan. 2021. *Pengaruh Jumlah Penduduk Miskin, Laju Pertumbuhan Ekonomi dan Tingkat Pendidikan terhadap Stunting di 10 Wilayah Tertinggi Indonesia tahun 2010-2019*. Journal Riset Ilmu Ekonomi dan Bisnis. Vol.1, No 2: 101-108. doi: 10.29313/jrieb.v1i2.401
22. Resfaliza, Karmani dan Purwasutrisno. 2024. *Kausalitas antara Variabel Makro dan Stunting di Sumatera Barat periode 2021-2023*. Jurnal Informatika Ekonomi Bisnis. Vol 6, No 3: 658-668. doi: 10.37034/infieb.v6i3.964
23. Hadi, Baidul. 2024. *Analisis Efektivitas Kebijakan Anggaran Program Penurunan Stunting di Indonesia*. Action Research Litirate. Vol.8, No 8. ISSN: 2808-6988
24. Kemenkeu, D.J.A. (2023). *Kebijakan Anggaran Stunting*
25. Aida, N. (2022). *Determinants of Stunting in Indonesia*. Journal of Public Health, 14(2), 112–120
26. Azizah, F. (2022). *Economic Growth and Child Nutrition Outcomes in Indonesia*. Economic Development Review, 8(1), 55–67
27. Mbate, 2008. *Persyaratan Kecukupan Modal Minimum dan Perilaku Bank di Indonesia*. Tesis. Perpustakaan UGM

Lampiran

Lampiran 1: Statistik Deskriptif

Output Eviews

	PDRB	PENDUDU...	STUNTING	ANGGARAN...
Mean	20313.69	20.98282	18.07293	162467.4
Median	17661.50	21.81500	18.00000	157627.0
Maximum	64813.00	34.49000	47.50713	339945.0
Minimum	11957.00	8.240000	7.000000	46588.00
Std. Dev.	9357.240	6.850976	7.371205	67735.62
Skewness	3.145637	-0.184568	0.867487	0.374645
Kurtosis	13.65809	1.848811	4.392671	2.469324
Jarque-Bera	702.0518	6.698523	22.68597	3.863987
Probability	0.000000	0.035110	0.000012	0.144859
Sum	2234506.	2308.110	1988.023	17871415
Sum Sq. Dev.	9.54E+09	5116.011	5922.477	5.00E+11
Observations	110	110	110	110

Lampiran 2: Data Stunting

Kab/Kota	2020	2021	2022	2023	2024
Sumba Barat	32,3	37,0	36,0	42,5	26,2
Sumba Timur	21,5	28,8	32,2	26,3	23,8
Kupang	24,7	40,4	38,4	38,4	30,4
TTS	47,5	48,3	45,2	50,1	36,8
TTU	28,9	46,7	38,7	42,7	35,4
Belu	21,4	39,9	36,6	48,1	31,3
Alor	22,5	44,8	36,7	39,3	27,9
Lembata	25,2	31,7	31,8	35,1	20,4
Flores Timur	22,6	23,4	27,4	37,2	23,8
Sikka	19,6	26,6	32,7	33,3	22,0
Ende	18,1	27,2	35,1	27,5	24,8
Ngada	15,2	29,0	31,2	21,3	26,0
Manggarai	20,2	33,1	33,7	36,8	29,6
Rote Ndao	26,1	42,1	38,4	39,8	22,3
Manggarai Barat	17,2	38,5	38,9	36,2	24,8
Sumba Tengah	16,3	34,0	29,6	39,5	28,9
Sumba Barat Daya	33,3	44,0	39,8	44,3	30,7
Nagekeo	13,8	28,1	30,5	24,9	19,0
Manggarai Timur	9,1	42,9	40,5	43,7	29,6
Sabu Raijua	29,6	33,9	30,6	36,9	24,6
Malaka	26,2	31,4	32,9	47,7	31,6
Kota Kupang	21,6	26,1	19,2	29,9	21,7

Lampiran 3: Data Kemiskinan

Kab/Kota	2020	2021	2022	2023	2024
Sumba Barat	28,17	28,39	27,47	27,17	26,52
Sumba Timur	29,65	29,68	28,22	28,08	27,04
Kupang	22,77	22,98	21,7	21,78	21,37
TTS	27,49	26,64	25,45	25,18	24,68
TTU	22,28	22,62	21,5	21,85	20,89
Belu	15,37	15,68	14,84	14,3	13,86
Alor	21,09	21,09	20,25	19,97	19,87
Lembata	26,14	26,21	25,18	24,78	24,22
Flores Timur	10,84	11,14	10,75	11,77	11,25
Sikka	13,12	13,35	12,61	12,56	11,89
Ende	23,76	24,13	23	22,86	22,57
Ngada	12,51	12,58	11,93	12,06	11,87
Manggarai	20,34	20,48	19,84	19,69	19,01
Rote Ndao	27,54	28,08	27,45	27,05	25,78
Manggarai Barat	17,71	17,92	17,15	16,82	16,74
Sumba Tengah	34,49	34,27	32,51	31,78	30,84
Sumba Barat Daya	28	28,18	27,16	27,48	27,2
Nagekeo	12,61	12,91	12,05	12,33	12,3
Manggarai Timur	26,52	26,5	25,35	25,06	24,9
Sabu Raijua	30,18	30,13	28,73	28,37	28,13
Malaka	16,04	16,33	15,26	14,42	13,92
Kota Kupang	8,96	9,17	8,61	8,61	8,24

Lampiran 4: Data PDRB

Kab/Kota	2020	2021	2022	2023	2024
Sumba Barat	16.313	16.418	17.245	18.277	19.387
Sumba Timur	25.589	25.846	27.133	28.683	30.086
Kupang	20.938	21.621	22.733	24.332	25.954
TTS	17.452	17.885	18.836	20.013	21.283
TTU	15.757	16.052	16.822	17.767	18.717
Belu	20.946	21.204	22.251	23.724	25.163
Alor	14.445	14.759	15.425	16.414	17.810
Lembata	13.688	13.910	14.492	15.152	15.730
Flores Timur	19.110	19.216	19.903	21.093	22.034
Sikka	15.903	16.335	17.259	18.472	19.850
Ende	22.456	23.133	24.630	26.471	28.025
Ngada	21.216	21.418	22.549	23.957	25.672
Manggarai	14.874	15.157	15.780	16.730	17.771
Rote Ndao	22.142	22.513	23.654	24.812	25.604
Manggarai Barat	13.778	13.871	14.621	15.710	16.629
Sumba Tengah	14.098	14.162	14.698	15.443	16.536
Sumba Barat Daya	12.431	12.591	13.242	13.985	14.995
Nagekeo	14.294	14.536	15.189	16.078	17.050
Manggarai Timur	11.957	12.192	12.789	13.539	14.414
Sabu Raijua	15.913	16.041	16.824	17.556	18.279
Malaka	15.445	15.752	16.681	17.918	19.481
Kota Kupang	54.374	54.282	57.199	61.129	64.813

Lampiran 5: Data Anggaran Kesehatan

Kab/Kota	2020	2021	2022	2023	2024
Sumba Barat	185.597.398.677,50	155.891.548.729,46	140.222.864.256,00	110.948.014.693	76.889.546.194,00
Sumba Timur	264.891.137.279,80	232.679.435.959,76	249.171.287.694,74	164.381.119.561	84.706.311.900,00
Kupang	172.229.136.764,45	188.913.884.236,00	197.039.411.409,00	120.513.868.935	92.155.340.325,00
TTS	222.205.361.782,00	244.281.934.946,00	273.128.125.082,00	234.294.850.331	125.009.165.480,00
TTU	183.346.128.120,00	159.363.483.133,00	198.775.967.497,50	123.365.214.244	92.757.612.946,00
Belu	243.591.824.794,60	208.635.955.027,00	208.029.404.784,00	164.653.910.194	113.393.989.597,00
Alor	258.095.226.208,00	267.337.238.493,00	214.349.052.100,00	155.102.834.598	72.415.971.355,00
Lembata	182.970.967.466,12	118.542.925.068,50	142.643.623.668,00	64.514.973.657	70.313.136.649,00
Flores Timur	210.657.574.892,00	235.041.909.390,61	218.562.732.325,00	125.006.725.315	115.418.579.539,00
Sikka	294.710.822.020,00	267.882.870.416,56	339.945.027.336,00	219.241.277.279	111.780.652.695,00
Ende	278.897.651.210,28	203.845.784.428,00	221.490.934.139,00	133.396.066.980	111.790.310.092,00
Ngada	87.667.701.486,61	147.691.620.079,46	174.667.926.581,99	106.691.775.871	111.703.195.360,00
Manggarai	271.392.627.561,00	242.001.006.915,00	310.488.538.846,00	189.605.212.267	146.077.134.714,00
Rote Ndao	122.676.392.079,03	110.178.921.062,00	127.544.672.451,00	92.921.112.979	53.235.555.572,00
Manggarai Barat	187.097.143.286,00	194.777.727.376,00	308.853.229.919,00	305.112.627.278	124.470.339.881,00
Sumba Tengah	105.800.033.035,00	112.035.895.239,00	129.374.319.933,00	72.703.334.614	49.961.303.098,00
Sumba Barat Daya	165.266.360.154,00	165.567.556.991,00	143.955.617.043,00	106.465.706.662	50.449.287.143,00
Nagekeo	140.071.964.049,50	179.932.570.988,31	132.610.470.288,46	61.005.158.616	91.821.934.498,00
Manggarai Timur	185.131.844.089,18	214.881.819.757,00	219.234.169.946,16	175.943.045.179	103.205.464.004,00
Sabu Raijua	111.067.249.883,00	100.459.823.636,00	90.869.858.805,70	55.961.592.372	56.184.499.972,00
Malaka	168.996.256.085,00	181.355.562.146,96	172.117.060.308,00	137.741.587.019	46.588.106.396,00
Kota Kupang	210.822.620.281,00	197.752.838.782,47	196.985.121.962,75	117.516.271.520	141.762.217.954,00

SURAT PERNYATAAN KEABSAHAN KARYA

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

- Nama Lengkap : Dr. Ir. Jemmy J. S. Dethan, MP
- NIDN : 0807016801
- Jabatan Fungsional : Lektor
- Pangkat / Golongan : Penata IIIIC
- Jabatan : Anggota Tim Peneliti
- Instansi / Unit Kerja : Program Studi Mekanisasi Pertanian, Fakultas Teknologi Pertanian, Universitas Kristen Artha Wacana Kupang

Dengan ini menyatakan dengan sebenar-benarnya dan penuh kesadaran bahwa karya intelektual yang saya ajukan untuk Penilaian Angka Kredit (PAK) pada butir kegiatan III.F.6 memiliki identitas sebagai berikut:

- Judul Karya Intelektual : PENGARUH VARIABEL EKONOMI MAKRO TERHADAP PREVALENSI STUNTING PADA 22 KABUPATEN/KOTA DI PROVINSI NTT
- Jenis Kekayaan Intelektual : Hak Cipta (Jenis Ciptaan: Laporan Penelitian)
- Nomor Permohonan : EC002026014362 (Tanggal 23 Januari 2026)
- Nomor Pencatatan : 001092883
- Tanggal Terbit Sertifikat : 23 Januari 2026
- Status Pencipta : Anggota Tim / Pencipta Kedua (Bersama Ketua Tim: Maromi Merlin Mbate, SE., M.Sc dan Anggota Tim: Melvin Krisdiana Djami Rane, SE., MM)

Menyatakan bahwa:

1. Karya tersebut di atas adalah benar-benar karya asli (orisinil) hasil pemikiran, penelitian, dan kreativitas kami tim peneliti Universitas Kristen Artha Wacana Kupang, bukan merupakan hasil plagiasi, duplikasi, atau saduran ilegal dari karya pihak lain.
2. Karya ini belum pernah digunakan atau diajukan sebelumnya untuk pemenuhan Angka Kredit pada jenjang jabatan fungsional yang sama atau di instansi lain.
3. Seluruh dokumen pendukung, berkas pemindaian (scan) Surat Pencatatan Ciptaan nomor 001092883, dan laporan fisik yang saya lampirkan adalah sah, valid, dan sesuai dengan dokumen aslinya.

Apabila di kemudian hari terbukti atau ditemukan indikasi bahwa pernyataan ini tidak benar, terjadi unsur plagiarisme, atau manipulasi data pada karya tersebut, saya bersedia menerima segala sanksi administratif, pembatalan angka kredit, maupun tuntutan hukum sesuai ketentuan perundang-undangan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sadar, sesungguhnya, dan tanpa ada paksaan dari pihak manapun untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.



Kupang, 27 Juli 2026
Yang Membuat Pernyataan,

(Dr. Ir. Jemmy J. S. Dethan, MP)
NIDN. 0807016801