

Kualitas Pangan Rumah Tangga dan Status Gizi Balita Program Keluarga Harapan (PKH) di Kecamatan Harau, Kabupaten Limapuluh Kota

*(Analysis of the Food Quality and Nutritional Status of Toddler from the Family of
Program Beneficiaries of the Indonesian Conditional Cash Transfer Program)*

Annisaulkhairi dan Naufal Muharam Nurdin*

Departemen Gizi Masyarakat, Fakultas Ekologi Manusia, Institut Pertanian Bogor, Bogor 16680, Indonesia

ABSTRACT

The Indonesian Conditional Cash Transfer Program or Program Keluarga Harapan (PKH) is a program to improve the quality of life including food consumption quality. This study aims to determine the quality of family consumption food, effect of PKH to improve the quality of life and nutritional status of toddlers in PKH families. This research is a cross-sectional study involving 90 families in Harau sub-district, Limapuluh Kota Regency, West Sumatra in March-June 2021. The quality of family food consumption is measured using the Household Dietary Diversity Score (HDDS) questionnaire. The results in this study were that 97.8% of the subjects had a high diversity score (more than 6 types of food groups) and 86% of the subjects acknowledged PKH improved their quality of life. Unfortunately, in PKH families, there are 27.8% of toddlers with stunting and 3.3% of toddlers with malnutrition. To be concluded that PKH improves the quality of life and quality of food consumption but longterm evaluation needed to asses effect PKH to stunting.

Keywords: *family hope program, HDDS, nutritional status of toddlers, quality of consumption*

ABSTRAK

Program Keluarga Harapan (PKH) merupakan program pemerintah untuk meningkatkan kualitas hidup termasuk kualitas pangan. Pada penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kualitas pangan konsumsi keluarga, peningkatan kualitas hidup dan status gizi balita pada keluarga penerima manfaat PKH. Penelitian ini merupakan *cross-sectional study* dengan melibatkan 90 keluarga di Kecamatan Harau, Kabupaten Limapuluh Kota, Sumatera Barat pada Bulan Maret-Juni 2021. Kualitas konsumsi pangan keluarga diukur menggunakan kuisioner *Household dietary diversity score* (HDDS). Hasil pada penelitian ini yaitu sebanyak 97,8% subjek memiliki skor keragaman tinggi (lebih dari 6 jenis kelompok pangan) dan 86% subjek menyatakan PKH meningkatkan kualitas hidup. Pada keluarga PKH terdapat 27,8% balita stunting dan 3,3% balita dengan gizi buruk. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa PKH meningkatkan kualitas hidup dan kualitas konsumsi pangan pada penerima manfaat PKH. Evaluasi jangka panjang dibutuhkan untuk mengetahui manfaat PKH dalam penurunan stunting.

Kata kunci: HDDS, kualitas konsumsi, program keluarga harapan, status gizi balita

***Korespondensi:**

naufal@apps.ipb.ac.id

Naufal Muharam Nurdin

Departemen Gizi Masyarakat, Fakultas Ekologi Manusia, Institut Pertanian Bogor, Bogor, 16680

PENDAHULUAN

Program Keluarga Harapan (PKH) merupakan program yang dilakukan pemerintah berbentuk bantuan tunai dengan mensyaratkan perilaku tertentu yang sesuai dengan tujuan PKH. Tujuan utama dari PKH adalah untuk memutus kemiskinan antar generasi, sedangkan salah satu tujuan khusus dari PKH adalah meningkatkan status kesehatan dan gizi ibu hamil, ibu nifas, balita, dan anak prasekolah anggota rumah tangga miskin atau sangat miskin (Suwinta 2016). Keluarga Penerima Manfaat (KPM) program PKH selain menerima bantuan berupa uang tunai juga akan diberikan pendampingan dan edukasi agar terjadi perubahan perilaku yang diharapkan, salah satu materi yang disosialisasikan pada KPM yaitu kesehatan dan gizi (Probohastuti & Rengga 2019). Pemberian bantuan dana diharapkan dapat meningkatkan daya beli sehingga kemampuan keluarga dalam mengakses pangan berkualitas dan mencukupi kebutuhan harian anggota keluarga meningkat (Harnack *et al.* 2016).

Jumlah dan kualitas konsumsi pangan akan berpengaruh terhadap status gizi. Kuantitas konsumsi pangan biasa dinilai berdasarkan tingkat kecukupan energi dan protein sedangkan kualitas konsumsi dapat diukur berdasarkan keragaman konsumsi pangan (Baliwati *et al.* 2015). Keragaman pangan merupakan ukuran kualitatif konsumsi pangan yang menggambarkan akses pangan rumah tangga dan juga dapat menggambarkan kecukupan zat gizi pada level individu (Kennedy *et al.* 2011). Terdapat beberapa instrumen yang dapat digunakan untuk menilai kualitas konsumsi pangan seperti *Household Dietary Diversity Score* (HDDS), Pola Pangan Harapan (PPH), dan Indeks Gizi Seimbang (IGS). HDDS digunakan untuk menggambarkan kemampuan ekonomi sebuah rumah tangga dalam mengakses makanan yang beragam (Kennedy *et al.* 2011). HDDS merupakan metode dalam menentukan kualitas pangan rumah tangga dengan menggunakan data konsumsi berdasarkan recall konsumsi 1x24 jam. Kategori kualitas konsumsi pangan pada HDDS dibagi dalam tiga kategori yaitu kurang (skor ≤ 3), sedang (skor 4-5), dan baik (≥ 6) (FAO 2010).

Pada penelitian ini akan dibahas kualitas pangan rumah tangga dan status gizi balita pada keluarga penerima manfaat program keluarga harapan di Kecamatan Harau, Kabupaten

Limapuluh Kota, Provinsi Sumatera Barat. Tujuan penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kualitas konsumsi pangan keluarga melalui metode HDDS, peningkatan kualitas hidup dan status gizi balita keluarga penerima manfaat program keluarga harapan.

METODE

Desain, tempat, dan waktu

Desain penelitian ini adalah *cross-sectional study*. Penelitian dilakukan di Kecamatan Harau, Kabupaten Limapuluh Kota. Penelitian dilakukan pada bulan Maret 2021 sampai Juni 2021.

Jumlah dan cara pengambilan subjek

Pada penelitian ini melibatkan 90 orang subjek keluarga penerima manfaat PKH. Pemilihan subjek dilakukan secara *accidental sampling*. Kriteria inklusi yaitu keluarga yang telah mengikuti PKH selama minimal 1 tahun, memiliki anak balita berumur kurang dari 60 bulan. Kriteria eksklusi yaitu ibu dengan keterbatasan dalam berkomunikasi, tidak bersedia dilakukan pengukuran antropometri dan ada keluarga yang dalam keadaan sakit.

Jenis dan cara pengumpulan data

Data yang digunakan dalam penelitian ini merupakan data primer yang diperoleh melalui wawancara terstruktur menggunakan kuisioner yang meliputi karakteristik sosial ekonomi, kualitas pangan rumah tangga, karakteristik dan status gizi balita, serta peningkatan kualitas hidup KPM PKH. Kuisioner karakteristik sosial ekonomi keluarga terdiri dari pendidikan dan pekerjaan orang tua, pendapatan, serta jumlah anggota keluarga, kuisioner karakteristik balita terdiri dari usia, jenis kelamin, serta riwayat berat badan lahir. Kuisioner peningkatan kualitas hidup terdiri dari pernyataan-pernyataan terkait pendapat ibu mengenai akses dan kecukupan pangan rumah tangga secara subjektif, akses kesehatan, serta pengetahuan gizi ibu setelah menjadi KPM PKH.

Data kualitas konsumsi pangan rumah tangga diperoleh dengan mewawancarai ibu terkait konsumsi keluarga dalam sehari sesuai dengan kuisioner HDDS. Perhitungan Skor HDDS dilakukan dengan cara memberi nilai 1 untuk setiap kelompok pangan yang dikonsumsi dan nilai nol apabila tidak mengonsumsi

pangan dari kelompok pangan HDDS. Skor akhir diperoleh setelah menjumlahkan semua skor yang didapat dari setiap kelompok pangan dalam sehari. Konsumsi dikatakan beragam bila mengonsumsi minimal 6 jenis pangan. Kategori kualitas konsumsi pangan pada HDDS dibagi tiga kategori yaitu kurang (skor ≤ 3), sedang (skor 4–5), dan baik (≥ 6). Berikut kelompok pangan berdasarkan HDDS 1) Padi-padian; 2) Sayuran dan umbi-umbian kaya vitamin A; 3) Umbi-umbian; 4) Sayuran daun hijau tua; 5) Sayuran lainnya; 6) Buah kaya vitamin A; 7) Buah-buahan lainnya; 8) Jeroan kaya zat besi; 9) Daging; 10) Telur; 11) Ikan dan makanan laut; 12) Kacang-kacangan; 13) Susu dan Produk olahannya; 14) Minyak dan lemak; 15) Gula dan manisan; 16) Bumbu dan minuman (FAO 2010).

Status gizi balita ditentukan dari pengukuran antropometri dengan indikator BB/U, TB/U, dan BB/TB. Status gizi berdasarkan indeks BB/U dikategorikan sangat kurang jika z-score < -3 SD, kurang jika berada di rentang -3 SD hingga < -2 SD, normal jika berada di rentang -2 SD hingga $+1$ SD, dan berisiko lebih jika $> +1$ SD. Status gizi berdasarkan indeks TB/U dikategorikan sangat pendek jika z-score < -3 SD, pendek jika berada di rentang -3 SD hingga < -2 , normal jika berada di rentang -2 SD hingga $+3$ SD, dan tinggi jika $> +3$ SD. Status gizi berdasarkan indeks BB/TB dikategorikan gizi buruk jika z-score < -3 SD, gizi kurang jika berada di rentang -3 SD hingga < -2 SD, gizi baik jika berada di rentang -2 SD hingga $+1$ SD, dan berisiko gizi lebih jika berada di rentang $> +1$ SD hingga $+2$ SD, gizi lebih jika berada di rentang $> +2$ SD hingga $+3$ SD, dan obesitas jika $> +3$ SD (Kemenkes 2020).

Pengolahan dan analisis data

Data yang diperoleh diolah dengan *software Microsoft Excel* dan *Statistical Package for Social Science (SPSS) version 16.0 for windows*. Data karakteristik sosial ekonomi rumah tangga, karakteristik ibu, karakteristik balita, status gizi, pola asuh, kuantitas dan kualitas konsumsi dianalisis secara deskriptif untuk menggambarkan distribusi frekuensi, rata-rata, dan standar deviasi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Sosial Ekonomi Keluarga.

Sebagian besar (77%) pendidikan terakhir ayah

subjek tidak lulus SMA. Sedangkan pendidikan ibu sedikit lebih baik dengan 22% diantaranya lulus SMA dan 68% tidak lulus SMA. Mayoritas subjek memiliki pekerjaan ayah di bidang informal yaitu buruh (31,1%), dilanjutkan dengan pedagang (28,9%), petani (24,4%), jasa (14,4%), serta tidak bekerja (1,1%). Pendapatan rata-rata subjek sebesar Rp 1.690.333 \pm 770.075. Seluruh subjek memiliki pendapatan dibawah Upah Minimum Regional (UMR) Provinsi Sumatera Barat yaitu Rp 2.484.000. Mayoritas subjek memiliki jumlah keluarga diatas 4 orang (76,6%) dengan 12,2% diantaranya memiliki jumlah keluarga diatas 7 orang. Hanya 23% yang memiliki jumlah keluarga ≤ 4 orang. Anak-anak yang berasal dari keluarga dengan jumlah anggota keluarga yang besar dan memiliki pendapatan yang rendah berpeluang tidak mendapatkan asupan zat gizi yang cukup untuk memenuhi kebutuhannya (Wahdah *et al.* 2016).

Kualitas Konsumsi Pangan Keluarga (HDDS). Kualitas konsumsi dapat diukur berdasarkan keragaman konsumsi pangan (Baliwati *et al.* 2015). Sebaran kualitas konsumsi pangan keluarga subjek yang dinilai menggunakan instrumen HDDS disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Sebaran kualitas konsumsi rumah tangga berdasarkan HDDS

Kategori HDDS	Jumlah (n)	Persentase (%)
Rendah (≤ 3 jenis)	0	0,0
Sedang (4-5 jenis)	2	2,2
Tinggi (≥ 6 jenis)	88	97,8
Total	90	100

Berdasarkan Tabel 1 dapat diketahui bahwa sebagian besar keluarga subjek (97,8%) memiliki kualitas konsumsi makanan yang tergolong tinggi dengan mengonsumsi lebih dari 6 kelompok pangan, sedangkan sisanya (2,2%) tergolong sedang. Pada penelitian Cahyono & Iryani (2018) juga mendapatkan hasil yang serupa, PKH berkontribusi dalam meningkatkan keberagaman pangan dengan cara pemberian bantuan langsung non tunai berupa bantuan pangan disamping bantuan tunai yang dapat meningkatkan akses terhadap ketersediaan pangan. Program PKH diduga mampu meningkatkan kualitas konsumsi pangan

rumah tangga, mengingat penelitian Kartika dan Martianto (2022) pada rumah tangga dengan pendapatan 20 persen terendah di provinsi Sulawesi Selatan didapatkan bahwa konsumsi pangan pada masyarakat tersebut belum beragam dan seimbang dengan skor PPH=57,9. Namun perlu dikonfirmasi lebih lanjut mengingat adanya perbedaan metode dalam pengukuran kualitas konsumsi pangan (PPH dan HDDS) pada penelitian tersebut.

Peningkatan Kualitas Hidup KPM PKH. Salah satu tujuan dasar dari PKH adalah peningkatan taraf hidup dan menciptakan perubahan perilaku dan kemandirian KPM dalam mengakses layanan kesehatan, pendidikan serta kesejahteraan sosial (Ghofur 2019). Berdasarkan data dapat dilihat bahwa sebagian besar ibu subjek setuju bahwa terdapat peningkatan kualitas hidup saat menjadi KPM PKH.

Tabel 2. Peningkatan kualitas hidup KPM PKH

	Sangat Setuju	Kurang Setuju	Tidak Setuju
Terjadi perbaikan kualitas hidup	30	48	10

PKH merupakan suatu bantuan sosial bersyarat sehingga keluarga PKH perlu mengikuti berbagai pembekalan dalam upaya meningkatkan peningkatan kualitas sumber daya manusia, yaitu dalam bidang kesehatan dan pendidikan (Kalsum *et al.* 2019). Pada Tabel 3, disajikan sebaran peningkatan kualitas hidup KPM PKH menurut hasil wawancara terstruktur pada ibu subjek.

Berdasarkan sebaran data pada Tabel 3, dapat dilihat bahwa sebagian besar responden setuju atau sangat setuju pada hampir seluruh pernyataan yang berkaitan dengan perbaikan kualitas hidup, kecuali pada pernyataan “Ibu merasa keluarga telah dapat memenuhi kebutuhan konsumsi buah sehari”. Hal ini berkaitan dengan harga buah yang cenderung dianggap mahal dan tidak menjadi prioritas bagi sebagian besar responden. Sebagian besar KPM PKH juga menerima Bantuan Pangan Nontunai (BPNT) yang dapat dilihat berdasarkan pernyataan “Ibu terbantu dalam mendapatkan makanan pokok berupa beras dengan BPNT” dengan sebagian besar ibu subjek menjawab setuju dan sangat

setuju. BPNT merupakan e-voucher sebesar Rp.110.000,00/bulan yang tidak dapat diambil tunai dan hanya dapat ditukarkan dengan beras dan telur atau lauk lainnya di tempat yang telah ditentukan (Kemenko PMK 2019).

Karakteristik dan status gizi balita.

Sebaran usia balita pada penelitian ini yaitu 24–36 bulan sebanyak 26%, 37–48 sebanyak 38%, 49–60 bulan sebanyak 26%. Dengan 48% diantaranya laki-laki dan 42% perempuan. Sebanyak 8,9% memiliki riwayat bayi berat lahir rendah (BBLR) dengan berat lahir kurang dari 2500 gram (Tabel 3).

Indikator antropometri yang menunjukkan status gizi anak antara lain berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB). Berdasarkan Kemenkes (2021) Indeks BB/U digunakan untuk mengidentifikasi kejadian *underweight* atau *severely underweight* namun tidak dapat digunakan untuk klasifikasi anak gemuk. Sebagian besar subjek (78,9%) memiliki BB/U yang tergolong berat badan normal, namun masih terdapat subjek dengan berat badan sangat kurang (*severely underweight*) sebesar 3,3% dan kurang (*underweight*) sebesar 14,4%. Indeks TB/U digunakan untuk mengidentifikasi kejadian *stunting* atau *severely stunting* sebagai

Tabel 3. Sebaran status gizi balita PKH

Status Gizi	Jumlah (n)	Persentase (%)
BB/U		
- Sangat kurang	3	3,3
- Kurang	13	14,4
- Normal	71	78,9
- Berisiko lebih	3	3,3
TB/U		
- Sangat pendek	10	11,1
- Pendek	15	16,7
- Normal	65	72,2
- Tinggi	0	0,0
BB/TB		
- Gizi buruk	3	3,3
- Gizi kurang	6	6,7
- Gizi baik	73	81,1
- Berisiko gizi lebih	5	5,6
- Gizi lebih	3	3,3
- Obesitas	0	0,0

Tabel 4. Kuisisioner manfaat PKH dalam peningkatan kualitas hidup

No.	Pernyataan	SS	S	KS	TS
1	Setelah mengikuti PKH keluarga tidak perlu mengurangi porsi makan	28	51	9	2
2	Ibu merasa keluarga telah dapat mengonsumsi makanan pokok sesuai dengan kebutuhan keluarga	27	59	4	0
3	Ibu merasa keluarga lebih mampu mencukupi kebutuhan konsumsi lauk setelah mengikuti PKH	19	52	18	1
4	Keluarga mampu untuk mengonsumsi lauk yang lebih beragam setelah mengikuti PKH	16	60	11	3
5	Ibu merasa keluarga telah dapat memenuhi kebutuhan konsumsi sayur sehari	25	58	7	0
6	Ibu merasa keluarga telah dapat memenuhi kebutuhan konsumsi buah sehari	18	33	37	2
7	Dana bantuan yang diperoleh membantu keluarga dalam membeli bahan pangan seperti makanan pokok, lauk, minyak, sayur dan buah	40	46	4	0
8	PKH mempermudah keluarga dalam mengakses layanan kesehatan	38	44	8	0
9	Ibu lebih rutin membawa anak ke posyandu setelah mengikuti PKH	47	40	3	0
10	PKH memastikan anak ibu mendapatkan imunisasi yang lengkap	43	44	2	1
11	Edukasi gizi yang diberikan menambah pengetahuan ibu terkait pentingnya gizi pada balita	32	53	5	0
12	Edukasi gizi yang diberikan dapat ibu terapkan dalam kehidupan	21	62	6	1
13	Ibu mengetahui pedoman gizi seimbang setelah mengikuti edukasi gizi yang diberikan PKH	20	56	6	1
14	Ibu menerapkan pedoman gizi seimbang yang dididikasikan	15	55	16	4
15	Ibu menerapkan pemberian makan sesuai isi piringku setelah diberikan edukasi gizi	23	41	24	2
16	Edukasi gizi yang diberikan membantu ibu dalam membuat MP-ASI yang sesuai dengan usia anak	25	57	8	0
17	Ibu terbantu dalam mendapatkan makanan pokok berupa beras dengan BPNT	53	29	2	6
18	Ibu memperoleh Jaminan Kesehatan Nasional sebagai anggota PKH	52	33	2	3
19	Keluarga telah mampu mengonsumsi 3kali makan utama dan 2 kali selingan setelah mengikuti PKH	32	53	4	1
20	Keluarga selalu mengonsumsi makanan yang beragam (terdiri dari makanan pokok, lauk hewani, lauk nabati, sayur dan buah) setiap hari setelah mengikuti PKH	28	44	16	2

*Keterangan: SS: Sangat Setuju; S: Setuju; KS: Kurang Setuju; TS: Tidak Setuju

akibat dari bagian masalah gizi yaitu masalah gizi kronik. Sebagian besar subjek (72,2%) memiliki tinggi yang normal, namun sebesar 11,1% subjek tergolong sangat pendek dan 16,7% subjek tergolong pendek.

Indeks BB/TB digunakan untuk dapat mengidentifikasi masalah *wasted*, *severely wasted*, atau anak dengan resiko gizi lebih. Diketahui bahwa sebagian besar subjek (81,1%) memiliki gizi baik berdasarkan indeks BB/TB, namun masih terdapat subjek yang gizi buruk (3,3%), gizi kurang (6,7%), dan berisiko gizi lebih (5,6%).

KESIMPULAN

Subjek penelitian merupakan keluarga penerima manfaat PKH yang memiliki balita berusia 24–60 bulan yang berasal dari Kecamatan Harau, Kabupaten Limapuluh Kota, Sumatera

Barat. Mayoritas keluarga penerima manfaat PKM memiliki kualitas konsumsi pangan keluarga yang tinggi dan terjadi peningkatan kualitas hidup. Sebagian besar balita pada keluarga penerima manfaat PKM memiliki gizi yang baik namun angka balita pendek (*stunting*) masih cukup tinggi.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih kepada seluruh subjek yang bersedia terlibat dan Dinas Sosial Kabupaten Limapuluh Kota yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian ini.

KONFLIK KEPENTINGAN

Penulis tidak ada konflik kepentingan pada dalam menyiapkan artikel ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Baliwati YF, Briawan D, Melani V. 2015. Pengembangan instrumen penilaian kualitas konsumsi pangan pada rumah tangga miskin di Indonesia. *Gizi Indon*. 38(1):63-72. <https://doi.org/10.36457/gizindo.v38i1.168>
- Cahyono SAT, Iryani SW. 2018. Gerak langkah Program Keluarga Harapan: Kontribusi Program Keluarga Harapan terhadap kesejahteraan Keluarga Penerima Manfaat. *Jurnal Penelitian Kesejahteraan Sosial*. 17(4).
- FAO. 2010. Guidelines for Measuring Household and Individual Dietary Diversity. Rome: Food and Agriculture Organization.
- Ghofur A. 2019. Analisis Dampak Pemanfaatan Dana PKH (Program Keluarga Harapan) Kabupaten Lamongan. *Jurnal Praja Lamongan*, 2(2):47-55.
- Harnack L, Oakes JM, Elbe B, Beatty T, Rydel S, French S. 2016. Effects of subsidies and prohibitions on nutrition in a food benefit program a randomized clinical trial. *JAMA Int Med*. 55454(11):1610-8. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.5633>
- Kalsum U, Ati NU, Hayat. 2019. Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) dalam meningkatkan kesejahteraan masyarakat (Studi Kebijakan UU No. 10 Tahun 2017 Tentang Program Keluarga Harapan pada Desa Tamanasri Kecamatan Ampelgading Kabupaten Malang). *Jurnal Respon Publik*. 13(6):70-76.
- Kartika R, Martiatio, Drajat D. 2022. Optimasi Konsumsi Pangan pada Rumah Tangga dengan Pendapatan 20 Persen Terendah di Provinsi Sulawesi Selatan. *Jurnal Ilmu Gizi dan Dietetik*. J. Gizi Dietetik, 1(3):165-172.
- [Kemenkes] Kementerian Kesehatan RI. 2020. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Standar Antropometri Anak. Jakarta (ID): Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- [Kemenkes] Kementerian Kesehatan RI. 2021. *Buku Saku Hasil Studi Status Gizi (SSGI) Tingkat Nasional, Provinsi, dan Kabupaten/Kota Tahun 2021*. Jakarta: Kementria Kesehatan Republik Indonesia.
- [Kemenko PMK] Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan. 2019. *Pedoman Umum Bantuan Pangan Nontunai 2019*. Jakarta: Tim Pengendali Pelaksanaan Penyaluran Bantuan Sosial Secara Nontunai.
- Kennedy G, Ballard T, Dop M. 2011. *Guidelines for Measuring Household and Individual Dietary Diversity*. Roma (IT): FAO.
- Probohastuti NF, Rengga A. 2019. Implementasi kebijakan intervensi gizi sensitif penurunan stunting di Kabupaten Blora. *Journal of Public Policy and Management Review*. 8(4): 1-16.
- Suwinta AE. 2016. Implementasi Program Keluarga Harapan (PKH) di Desa Maron Kecamatan Kademangan Kabupaten Blitar. *Kajian Kebijakan Publik*, 1(1):1-11. <https://doi.org/10.26740/publika.v3n8.p%25p>
- Wahdah S, Juffrie M, Huriyat 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)