

KEBIJAKAN BELANJA WAJIB KESEHATAN SEPULUH PERSEN: APAKAH MENINGKATKAN KESEHATAN MASYARAKAT DI INDONESIA?

Ruby Ahmady¹, Riatu Mariatul Qibthiyah²

^{1,2}Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Indonesia

Corresponding Author: rubyahmady93@gmail.com

ABSTRAK

Penelitian ini mengevaluasi dampak kebijakan belanja wajib bidang kesehatan terhadap penurunan tingkat prevalensi stunting pada level pemerintah daerah. Berdasarkan teori, aturan fiskal yang mewajibkan alokasi belanja tertentu dapat mengarahkan prioritas anggaran secara lebih efektif, menghasilkan dampak yang lebih optimal. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan metode *regression discontinuity design* (RDD) dengan menggunakan data belanja daerah bidang kesehatan dan prevalensi stunting pada 508 pemerintah kabupaten/kota di Indonesia pada periode 2016-2022. Hasil menunjukkan bahwa pemerintah kabupaten/kota yang mematuhi ketentuan belanja wajib kesehatan memiliki tingkat prevalensi stunting yang lebih rendah dibandingkan dengan daerah yang tidak memenuhi ketentuan tersebut. Temuan ini menegaskan pentingnya kebijakan belanja wajib kesehatan sebagai salah satu instrumen strategis untuk mengatasi stunting sekaligus memperkuat fokus pengeluaran pemerintah daerah guna meningkatkan layanan publik yang lebih baik.

Kata Kunci: Belanja Wajib, Belanja Kesehatan, Prevalensi Stunting, *Regression Discontinuity Design*

1. PENDAHULUAN

Kebijakan *earmarking* dalam penganggaran pemerintah memainkan peran penting dalam memastikan ketersediaan anggaran sekaligus meningkatkan efisiensi belanja negara (Fadli & Sumantri, 2023). Kebijakan ini tidak hanya menjamin alokasi anggaran yang memadai untuk kebutuhan prioritas, tetapi juga mampu meningkatkan kualitas layanan publik serta mendorong terciptanya tata kelola pemerintahan yang lebih baik (Bird, 2015). Dengan menetapkan pengendalian pengeluaran berdasarkan prioritas belanja yang terukur, *earmarking* dapat menciptakan efisiensi yang signifikan dalam pengelolaan keuangan negara (Bedogni & Meaney, 2017). Efisiensi ini diharapkan memberikan dampak positif pada keseluruhan pengelolaan keuangan publik, meningkatkan kualitas layanan kepada masyarakat, dan pada akhirnya, mendorong peningkatan kesejahteraan masyarakat secara berkelanjutan (Fadli & Sumantri, 2023; Winters & Sridhar, 2017). Di berbagai negara, terutama negara besar dengan sistem pemerintahan terdesentralisasi, kebijakan ini telah banyak diadopsi sebagai alat efektif untuk memengaruhi perilaku fiskal di tingkat pemerintah daerah (Lewis, 2022).

Namun, penghapusan kebijakan belanja wajib untuk sektor kesehatan di Indonesia, sebagaimana diatur dalam Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yang sebelumnya mensyaratkan alokasi belanja bidang kesehatan minimal sebesar 5 persen untuk pemerintah pusat dan 10 persen untuk pemerintah daerah, menimbulkan perdebatan serius. Kebijakan ini sebelumnya menjadi salah satu fondasi dalam mendukung berbagai program strategis kesehatan, termasuk salah satunya upaya dalam menurunkan prevalensi stunting. Tanpa adanya ketentuan belanja wajib ini, program kesehatan berpotensi menghadapi kendala besar akibat keterbatasan dana, yang dapat menghambat pemerintah dalam mencapai target prioritas nasional. Sebagai contoh, prevalensi stunting nasional pada tahun 2022 mencapai 21,6%, jauh di atas target 14% yang harus dicapai pada tahun 2024 sebagaimana ditetapkan dalam RPJMN 2020–2024. Untuk mencapai target tersebut, diperlukan penurunan sebesar 3,8% per tahun—sebuah tantangan yang membutuhkan dukungan kebijakan fiskal yang konsisten dan terarah. Penghapusan kebijakan belanja wajib ini memunculkan pertanyaan kritis tentang efektivitas kebijakan sebelumnya dalam menurunkan prevalensi stunting serta bagaimana pemerintah dapat menjamin keberlanjutan program kesehatan tanpa adanya alokasi anggaran yang jelas.

Dalam konteks kebijakan di bidang kesehatan, peningkatan belanja pada sektor ini berpotensi memberikan manfaat langsung kepada masyarakat, seperti akses yang lebih baik terhadap layanan kesehatan, yang pada gilirannya akan meningkatkan kepuasan dan kesejahteraan masyarakat. Namun, seperti yang diungkapkan oleh Rosen & Gayer (2008), tujuan ini hanya dapat tercapai jika peningkatan alokasi belanja dilakukan secara menyeluruh dan seimbang. Artinya, pemerintah harus fokus pada dua hal utama: peningkatan anggaran kesehatan dan efisiensi penggunaan anggaran tersebut. Alokasi anggaran yang tepat harus mencakup pemenuhan kebutuhan dasar masyarakat, seperti gizi yang lebih baik dan perumahan yang layak, yang sangat berpengaruh terhadap peningkatan kualitas kesehatan. Selain itu, investasi yang lebih besar dalam infrastruktur kesehatan dianggap sebagai langkah strategis yang dapat memperkuat kinerja sektor kesehatan dan meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat secara menyeluruh. Dengan pendekatan ini, diharapkan pemerintah dapat mencapainya tujuan optimal dalam menyediakan layanan kesehatan yang berkualitas, sejalan dengan teori pembangunan ekonomi dan kebijakan fiskal yang terintegrasi.

Di Indonesia, kebijakan pengentasan stunting dikelola oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Di tingkat pemerintah daerah, pengelolaan anggaran kesehatan ini berhubungan langsung dengan kebijakan lainnya, termasuk kebijakan belanja wajib di sektor kesehatan. Berdasarkan ketentuan, pemerintah daerah diwajibkan mengalokasikan minimal 10 persen dari APBD untuk sektor kesehatan, di luar belanja pegawai. Kebijakan ini merupakan penerapan aturan fiskal yang bertujuan untuk memastikan bahwa belanja kesehatan tetap menjadi prioritas. Studi empiris menunjukkan bahwa aturan fiskal dalam pengelolaan belanja dapat memperbaiki kinerja fiskal pemerintah dengan memungkinkan prioritas pengeluaran untuk sektor-sektor yang lebih mendesak dan penting. Dengan demikian, penerapan

kebijakan belanja wajib di sektor kesehatan diharapkan dapat mendorong pemerintah daerah untuk memprioritaskan alokasi anggaran kesehatan. Hal ini diharapkan dapat mengurangi prevalensi stunting, yang saat ini menjadi prioritas nasional yang memerlukan perhatian lebih besar dari pemerintah daerah dalam hal pengelolaan dan pelaksanaan kebijakan. Penelitian ini meyakini bahwa kebijakan belanja wajib dapat mempengaruhi tingkat prevalensi stunting melalui perubahan dalam praktik pengelolaan keuangan dan alokasi anggaran di tingkat pemerintah daerah.

Literatur yang ada secara konsisten menekankan bahwa dampak kebijakan belanja wajib tidak seharusnya hanya diukur dari besaran alokasi anggaran, tetapi juga dari output dan *outcome* yang dihasilkannya. Fadli & Sumantri (2023) menyoroti dampak kebijakan *earmarking* di Indonesia terhadap sektor kesehatan dan pendidikan di tingkat pemerintah pusat. Dalam analisisnya, sektor kesehatan direpresentasikan melalui indikator angka harapan hidup saat lahir, jumlah kematian ibu, dan alokasi anggaran kesehatan, sedangkan sektor pendidikan diukur melalui jumlah siswa pendidikan dasar, rasio siswa-guru di sekolah dasar, serta alokasi anggaran pendidikan. Temuan mereka menunjukkan bahwa kebijakan *earmarking* memiliki efektivitas dalam meningkatkan kualitas sektor kesehatan dan pendidikan. Di sisi lain, Lewis (2022) meneliti dampak kebijakan belanja wajib pada akses dan kualitas pendidikan menengah di tingkat pemerintah daerah, yang diukur melalui indikator angka partisipasi sekolah dan nilai ujian siswa. Namun, hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa kebijakan belanja wajib bidang pendidikan di tingkat pemerintah daerah tidak memberikan dampak signifikan terhadap peningkatan angka partisipasi sekolah dan hasil belajar siswa.

Meskipun literatur yang ada memberikan wawasan penting, terdapat kesenjangan empiris yang mencolok, terutama terkait evaluasi dampak kebijakan belanja wajib di sektor kesehatan pada tingkat pemerintah daerah. Penelitian sebelumnya, termasuk (Lewis 2022), cenderung hanya berfokus pada sektor pendidikan tanpa mempertimbangkan konteks yang berbeda antara sektor kesehatan dan pendidikan. Misalnya, dalam sektor pendidikan, pemerintah daerah diwajibkan mengalokasikan 20 persen dari anggaran mereka, sementara dalam sektor kesehatan hanya 10 persen, di luar belanja pegawai. Selain itu, meskipun Fadli & Sumantri (2023) mengidentifikasi dampak positif kebijakan belanja wajib di sektor kesehatan, analisis mereka terbatas pada tingkat pemerintah pusat dan tidak mencakup prevalensi stunting, sebuah isu yang saat ini menjadi perhatian strategis di Indonesia. Kesenjangan empiris ini menegaskan urgensi untuk melakukan studi yang lebih mendalam, khususnya dalam konteks Indonesia. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk menjawab kebutuhan tersebut dengan mengevaluasi dampak kebijakan belanja wajib di sektor kesehatan terhadap prevalensi stunting di tingkat pemerintah daerah, guna memberikan kontribusi yang relevan bagi pengambilan kebijakan yang lebih efektif.

2. METODE PENELITIAN

Analisis dilakukan terhadap 508 pemerintah kabupaten/kota di Indonesia selama 2016–2022, dengan fokus pada dua variabel strategis: porsi belanja daerah bidang (di luar belanja pegawai) dan tingkat prevalensi stunting. Data belanja daerah bidang kesehatan diperoleh dari Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan, Kementerian Keuangan, sementara data tingkat prevalensi stunting bersumber dari Survei Status Gizi Indonesia, Kementerian Kesehatan. Selain itu, digunakan pula sejumlah kovariat eksogen seperti persentase rumah tangga dengan akses air minum bersih (*water*), persentase rumah tangga dengan akses sanitasi layak (*sanitation*), tingkat kemiskinan (*povrate*), rata-rata lama sekolah (*mys*), dan (log) PDRB per kapita (*lgdrp*). Data tersebut diperoleh dari Badan Pusat Statistik (BPS) dan memberikan konteks tambahan untuk memahami faktor-faktor yang turut memengaruhi tingkat prevalensi stunting.

Penelitian ini menggunakan metode *Regression Discontinuity Design* (RDD) untuk mengeksplorasi dampak kebijakan belanja wajib pada bidang kesehatan di tingkat pemerintah daerah. RDD memungkinkan pertimbangan terhadap heterogenitas yang dapat diamati dan tidak diamati (Khandker et al., 2009). Metode RDD digunakan untuk menilai dampak suatu program secara kuasi-eksperimental yang memiliki ambang batas untuk menentukan unit yang memenuhi syarat untuk berpartisipasi (Cattaneo et al., 2019). RDD ditentukan oleh tiga komponen dasar: skor (juga dikenal sebagai *running variable* atau *forcing variable*), ambang batas (*cut-off*), dan aturan perlakuan yang menentukan apakah unit akan masuk ke dalam kelompok perlakuan (*treatment group*) atau kelompok kontrol (*control group*) berdasarkan aturan yang ditetapkan oleh ambang batas. Sampel akan diarahkan ke kelompok kontrol jika *running variable* berada di bawah ambang batas, sedangkan sampel akan diarahkan ke kelompok perlakuan jika *running variable* berada di atas ambang batas (Cattaneo et al., 2019; Cattaneo et al., 2018). Dalam penelitian ini, *running variable* adalah porsi belanja kesehatan pemerintah daerah pada level kabupaten/kota, yang ditetapkan minimal 10 persen sesuai kebijakan belanja wajib kesehatan.

Pemerintah daerah yang memenuhi syarat dengan nilai persentase belanja kesehatan di atas atau sama dengan 10 persen dikelompokkan ke dalam kelompok perlakuan (*treatment group*), karena dianggap telah mematuhi aturan belanja wajib. Sebaliknya, pemerintah daerah dengan persentase belanja kesehatan di bawah 10 persen dikelompokkan ke dalam kelompok kontrol (*control group*), karena belum memenuhi ketentuan kebijakan. Pendekatan ini memungkinkan analisis perbedaan hasil secara kausal antara kedua kelompok, dengan asumsi bahwa perbedaan tersebut disebabkan oleh kebijakan belanja wajib. Merujuk pada pendekatan Lewis (2022), persamaan model RDD yang digunakan dalam penelitian ini secara umum dapat dijelaskan sebagai berikut:

$$Y_{it} = \alpha + \tau D_{it} + \beta(X_{it}) + u_{it}$$

Variabel dependen Y dalam penelitian ini adalah tingkat prevalensi stunting untuk

kabupaten/kota i pada tahun t . Variabel D merupakan variabel dummy *treatment*, sementara X adalah fungsi polinomial dengan derajat tertentu dari *running variable*, yaitu proporsi belanja wajib kesehatan terhadap Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) yang tidak mencakup belanja pegawai. Komponen u merepresentasikan galat (*error terms*), sedangkan τ menunjukkan efek perlakuan (*treatment effects*). Model estimasi ini dirancang untuk menggambarkan dampak kausal dari kebijakan belanja wajib kesehatan di tingkat pemerintah daerah. Jika kebijakan ini memiliki pengaruh terhadap variabel hasil, diharapkan nilai yang diperoleh bersifat signifikan secara statistik.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Uji Densitas *Running Variable*

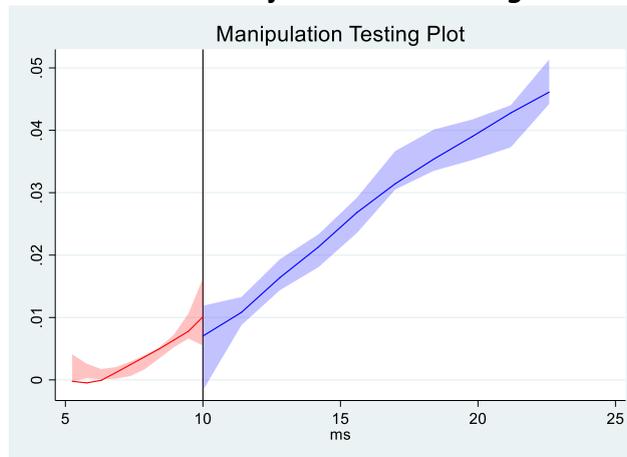
Berdasarkan penelitian Lewis (2022) mengenai kebijakan belanja wajib di sektor pendidikan, pemerintah daerah memiliki kewenangan penuh dalam menentukan alokasi anggaran, termasuk untuk sektor pendidikan. Kewenangan ini dapat membuka peluang terjadinya manipulasi pengalokasian anggaran pendidikan demi memenuhi ketentuan kebijakan belanja wajib sebesar 20 persen. Dalam penelitian ini, kebijakan belanja wajib di sektor kesehatan juga dianggap memiliki potensi manipulasi data, meskipun terdapat perbedaan dalam karakteristik ketentuan dan formulasi dibandingkan kebijakan di sektor pendidikan. Oleh karena itu, penelitian ini menggunakan uji kontinuitas densitas untuk mendeteksi kemungkinan manipulasi data sekaligus memvalidasi asumsi atau analisis falsifikasi pada model RDD yang akan diestimasi.

Metode pengujian densitas yang digunakan dalam penelitian ini merujuk pada pendekatan yang dikembangkan oleh Cattaneo et al., (2018) atau CJM. Metode ini umum digunakan dalam model RDD untuk menganalisis implementasi kebijakan atau program tertentu dengan tujuan mendeteksi seleksi mandiri (manipulasi) di sekitar ambang batas. Sebagaimana dijelaskan oleh Lewis (2022), metode ini menghitung densitas variabel yang diamati di sekitar ambang batas untuk mengidentifikasi adanya lonjakan signifikan dalam distribusi variabel tersebut. Dalam konteks statistik, lonjakan densitas yang signifikan di sekitar ambang batas dapat menunjukkan manipulasi data atau yang disebut sebagai *endogenous sorting*. Cattaneo et al., (2019) juga menyebutkan bahwa diskontinuitas densitas pada *running variable* di ambang batas mengindikasikan adanya *endogenous sorting*, sehingga asumsi non-manipulasi menjadi tidak terpenuhi, dan metode estimasi RDD standar tidak dapat digunakan.

Hasil uji densitas dalam penelitian ini menunjukkan nilai t-statistik sebesar -0.897 dengan *p-value* sebesar 0.3695. Berdasarkan pendekatan kontinuitas, tidak ada bukti yang cukup untuk menolak hipotesis nol, yang mengindikasikan tidak adanya perbedaan signifikan dalam densitas porsi belanja daerah bidang kesehatan antara *control group* dan *treatment group* di sekitar ambang batas. Gambar 1 juga menunjukkan bahwa *running variable*, yaitu porsi belanja daerah bidang kesehatan, bersifat kontinu di sekitar titik *cutoff*. Hal ini menegaskan

tidak adanya indikasi manipulasi data pada variabel tersebut.

Gambar 1. Plot Hasil Uji Densitas *Running Variable*

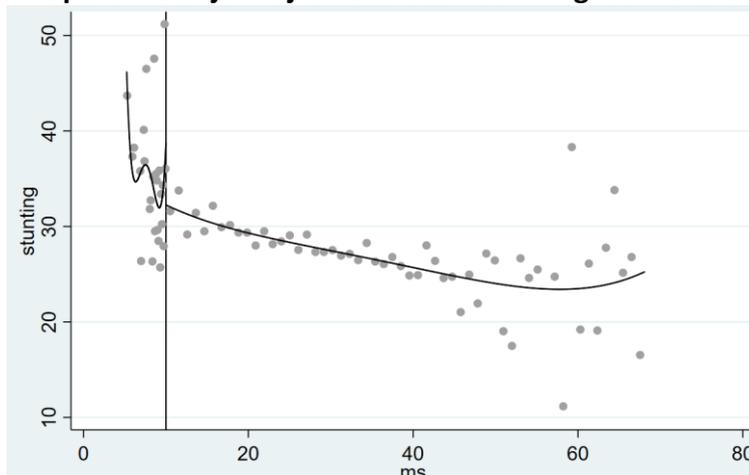


Sumber: Pengolahan Data Penulis, 2024

Hasil dan Pembahasan

Hasil penelitian diawali dengan analisis grafis yang ditampilkan dalam Gambar 2, menggambarkan desain RDD. Grafik tersebut menyajikan *scatter plot* antara porsi belanja daerah bidang kesehatan dan tingkat prevalensi stunting, dengan ambang batas 10 persen sebagai titik pemisah yang menjadi acuan kebijakan belanja wajib kesehatan. Secara visual, plot tersebut menunjukkan tren negatif yang konsisten pada garis regresi linier, yang mengindikasikan adanya hubungan negatif antara porsi belanja daerah bidang kesehatan dan tingkat prevalensi stunting di tingkat pemerintah daerah. Hal ini menguatkan hipotesis bahwa peningkatan porsi belanja daerah bidang kesehatan sesuai dengan ketentuan belanja wajib berkontribusi pada penurunan prevalensi stunting. Selain itu, ditemukan adanya diskontinuitas yang signifikan pada variabel hasil di sekitar titik cutoff. Diskontinuitas ini menunjukkan bahwa pemerintah daerah yang mematuhi kebijakan belanja wajib kesehatan cenderung memiliki tingkat prevalensi stunting yang lebih rendah dibandingkan dengan daerah yang tidak mematuhi. Temuan awal ini mendukung keberlanjutan kebijakan belanja wajib kesehatan sebagai instrumen yang efektif untuk mengatasi tantangan kesehatan masyarakat, khususnya stunting.

Gambar 2. RD Plot Proporsi Belanja Wajib Kesehatan dan Tingkat Prevalensi Stunting



Sumber: Pengolahan Data Penulis, 2024

Hasil estimasi yang disajikan dalam Tabel 1 memberikan gambaran awal mengenai dampak pemenuhan belanja wajib kesehatan terhadap prevalensi stunting di tingkat pemerintah daerah. Penelitian ini menggunakan metode estimasi robust untuk memastikan hasil yang akurat dan valid, dengan mempertimbangkan koreksi bias serta mengatasi masalah heteroskedastisitas yang kerap terjadi dalam model regresi. Pendekatan ini tidak hanya meningkatkan keandalan estimasi, tetapi juga memperkuat validitas kesimpulan melalui penyesuaian terhadap potensi standard error yang tidak konsisten dan kerentanan terhadap outliers. Dengan demikian, pendekatan ini mampu menghasilkan estimasi parameter yang lebih presisi dan inferensi statistik yang lebih dapat diandalkan.

Untuk memastikan hasil yang lebih robust dan mengurangi kemungkinan bias, model ini juga mengintegrasikan kovariat relevan yang dapat memengaruhi prevalensi stunting. Penambahan kovariat ini berfungsi untuk mengisolasi efek kebijakan belanja wajib kesehatan, sehingga dampak yang diukur lebih mencerminkan hubungan kausal yang sesungguhnya.

Tabel 1. Hasil Awal Estimasi RDD

Outcome: stunting
Running Variable: ms

<i>Method</i>	<i>Linear</i>
<i>Robust</i>	-9.684*
	(5.466)
<i>Observations</i>	3,556

Standard errors in parentheses

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Sumber: Pengolahan Data Penulis, 2024

Hasil estimasi awal melalui Gambar 1 ditunjukkan adanya diskontinuitas pada variabel tingkat

prevalensi stunting (*outcome*) di sekitar titik *cutoff*, yang mengindikasikan adanya pengaruh signifikan dari penerapan kebijakan belanja wajib kesehatan (*treatment*). Untuk memastikan validitas dan keandalan model estimasi, penelitian ini melakukan *robustness check* berupa uji sensitivitas. Uji ini dirancang untuk menguji *robustness* atas hasil estimasi terhadap berbagai variasi data dan spesifikasi model, seperti yang direkomendasikan Imbens & Lemieux (2008). Langkah ini menjadi penting untuk memastikan bahwa kesimpulan yang diperoleh memiliki dasar metodologi yang tepat.

Uji sensitivitas pertama dilakukan dengan mengevaluasi berbagai tingkat polinomial dalam estimasi sebagai bentuk *robustness check*. Imbens & Lemieux (2008) mengemukakan bahwa penelitian berbasis metode RDD sebaiknya dimulai dengan spesifikasi linier sederhana, yang kemudian diperluas ke tingkat polinomial yang lebih tinggi untuk memeriksa konsistensi hasil. Pendekatan ini memastikan bahwa *treatment effect* yang diestimasi bukan hasil bias dari pemilihan bentuk fungsi tertentu, melainkan benar-benar mencerminkan diskontinuitas pada titik *cutoff*. Pandangan ini diperkuat oleh Lee & Lemieux (2009), yang menekankan bahwa penggunaan fungsi kontrol dalam bentuk polinomial memungkinkan pengujian sensitivitas hasil terhadap berbagai spesifikasi model. Namun, Gelman & Imbens (2019) mengingatkan bahwa tingkat polinomial yang terlalu tinggi dapat menimbulkan tantangan dalam estimasi, termasuk masalah sensitivitas hasil dan cakupan interval. Oleh karena itu, mereka menyarankan penggunaan tingkat polinomial linier dan kuadrat lokal untuk meminimalkan risiko tersebut.

Melalui pendekatan uji sensitivitas ini, dapat dipastikan bahwa *treatment effect* yang dihasilkan bersifat *robust* dan tidak dipengaruhi oleh spesifikasi model tertentu. Hal ini memberikan jaminan bahwa kesimpulan yang dihasilkan bersifat valid. Hasil estimasi yang disajikan dalam Tabel 2 menunjukkan konsistensi yang tinggi antara model linier dan kuadrat, baik dalam signifikansi hasil maupun arah koefisien. Konsistensi ini mengonfirmasi bahwa efek diskontinuitas di sekitar titik *cutoff* bersifat valid dan tidak tergantung pada spesifikasi fungsional tertentu. Dengan demikian, *treatment effect* yang dihasilkan secara akurat mencerminkan diskontinuitas yang nyata di titik *cutoff*, memperkuat validitas temuan penelitian.

Tabel 2. Hasil Estimasi RDD dengan Ordo Polinomial Linear dan Kuadratik

Outcome: stunting
Running Variable: ms

<i>Method</i>	(1)	(2)
	<i>Linear</i>	<i>Quadratic</i>
<i>Robust</i>	-9.684*	-9.201*
	(5.466)	(5.569)
<i>Observations</i>	3,556	3,556

Standard errors in parentheses

*** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$

Sumber: Pengolahan Data Penulis, 2024

Pada uji sensitivitas kedua, penelitian ini menambahkan variabel kontrol atau kovariat ke dalam proses estimasi untuk meningkatkan akurasi dan validitas hasil estimasi metode RDD (Cattaneo et al., 2019). Penambahan kovariat bertujuan mengurangi variabilitas hasil estimasi dengan memanfaatkan informasi tambahan yang relevan. Namun, sebelum dilakukan analisis lebih lanjut, penting untuk memastikan bahwa kovariat bersifat seimbang atau kontinu di sekitar titik batas, yang merupakan syarat mendasar dalam penerapan RDD. Dalam penelitian ini, persyaratan tersebut telah dipenuhi, sebagaimana diperlihatkan dalam Tabel 3.

Hasil analisis uji keseimbangan kovariat mengungkapkan bahwa sebagian besar titik estimasi memiliki nilai yang relatif kecil, dengan nilai *robust p-value* berkisar antara 0,476 hingga 0,926. Hal ini menunjukkan bahwa kebijakan belanja wajib kesehatan (*running variable*) tidak memiliki pengaruh yang signifikan secara statistik terhadap kovariat, sehingga tidak terdapat bukti empiris adanya diskontinuitas pada kovariat di titik *cutoff*. Temuan ini menegaskan bahwa karakteristik kovariat antara *control group* dan *treatment group* bersifat seimbang. Dengan demikian, analisis yang mencakup kovariat dalam model estimasi dapat dianggap valid dan dapat diandalkan untuk menghasilkan kesimpulan yang lebih akurat dan terpercaya.

Tabel 3. Hasil Uji Keseimbangan Kovariat

<i>Variable</i>	<i>RD Estimator</i>	<i>Robust P-value</i>
sanitation	1.7133	0.926
water	10.716	0.476
lgdrp	0.2421	0.720
mys	0.8294	0.566
povrate	-1.5737	0.816

Sumber: Pengolahan Data Penulis, 2024

Tabel 4 menyajikan hasil estimasi dari metode *Sharp* RDD pada *bandwidth* optimal, dengan fokus pada tingkat prevalensi stunting sebagai variabel *outcome* dan proporsi belanja daerah bidang kesehatan (sebagai proksi belanja wajib kesehatan) sebagai *running variable*. Hasil

estimasi yang disajikan juga mencakup penambahan kovariat dalam model.

Tabel 4. Hasil Estimasi RDD dengan Penambahan Kovariat

Outcome: stunting

Running Variable: ms

Covariates: sanitation, water, povrate, mys, lgdrp

<i>Method</i>	<i>Linear</i>		<i>Quadratic</i>	
	<i>Covs (No)</i>	<i>Covs (Yes)</i>	<i>Covs (No)</i>	<i>Covs (Yes)</i>
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<i>Robust</i>	-9.684*	-9.211**	-9.201*	-8.902*
	(5.466)	(4.597)	(5.569)	(5.043)
<i>Observations</i>	3,556	3,519	3,556	3,519

Standard errors in parentheses

*** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$

Sumber: Pengolahan Data Penulis, 2024

Hasil estimasi pada Tabel 4 secara konsisten menunjukkan bahwa, baik pada model dengan polinomial linier maupun kuadrat, arah dan magnitudo koefisien tetap stabil. Konsistensi ini mengindikasikan bahwa *treatment effect* yang diestimasi mencerminkan diskontinuitas yang di sekitar titik *cutoff*, terlepas dari tingkat polinomial yang digunakan. Penambahan kovariat dalam model secara signifikan meningkatkan *p-value* dan presisi hasil estimasi, seperti yang terlihat pada kolom (2) dan (3) pada Tabel 4. Peningkatan presisi ini ditunjukkan dengan peningkatan *confidence level*, menegaskan bahwa hasil estimasi bersifat *robust* dan menyimpulkan bahwa model dengan penambahan kovariat memberikan interpretasi yang lebih akurat (Imbens & Lemieux, 2008; Lee & Lemieux, 2009; Cattaneo et al., 2019).

Dalam konteks spesifikasi model, pendekatan dengan polinomial linier dipilih sebagai metode yang paling sesuai untuk mengukur dampak kebijakan belanja wajib kesehatan terhadap prevalensi stunting. Penelitian sebelumnya oleh Imbens & Lemieux (2008) dan Gelman & Imbens (2019) menunjukkan bahwa penggunaan polinomial tingkat tinggi sering kali menghasilkan *overfitting* dan hasil yang bias sehingga dapat mengurangi validitas hasil estimasi. Oleh karena itu, penelitian ini mengadopsi polinomial linier sebagai model utama, dengan penambahan kovariat untuk meningkatkan presisi hasil estimasi, sebagaimana ditunjukkan pada kolom (3) Tabel 4.

Kolom (3) Tabel 4 menyajikan hasil estimasi akhir dalam studi ini, yang menunjukkan bahwa pemerintah daerah yang memenuhi persyaratan belanja wajib kesehatan mengalami penurunan tingkat prevalensi stunting sebesar 9,21% dibandingkan dengan pemerintah daerah yang tidak memenuhi ketentuan belanja wajib. Artinya, ketika persentase belanja wajib bidang kesehatan melewati batas *cutoff* sebesar 10 persen, tingkat prevalensi stunting cenderung menurun sebesar 9.21%, dengan asumsi semua kovariat lainnya tetap konstan. Dengan kata lain, pemerintah daerah yang memenuhi ketentuan belanja wajib bidang kesehatan memiliki tingkat prevalensi stunting yang lebih rendah dibandingkan dengan yang

tidak memenuhi ketentuan, dengan mempertimbangkan faktor-faktor lain yang juga mempengaruhi tingkat prevalensi stunting.

Temuan ini menunjukkan hasil yang berbeda dari penelitian Lewis (2022), yang menyatakan bahwa kebijakan belanja wajib pendidikan tidak memiliki dampak signifikan terhadap peningkatan *outcome* di sektor pendidikan. Namun, temuan ini konsisten dengan penelitian Fadli & Sumantri (2023), yang menemukan bahwa kebijakan belanja wajib kesehatan di tingkat nasional berdampak positif pada indikator kesehatan, seperti peningkatan angka harapan hidup dan penurunan angka kematian ibu. Implementasi kebijakan belanja wajib kesehatan juga menciptakan stabilitas dan kepastian pendanaan, yang memungkinkan pemerintah untuk memastikan tingkat minimum pembiayaan layanan publik dan mempercepat penyelesaian program prioritas nasional. Stabilitas ini memperkuat argumen Cordes et al., (2017) bahwa aturan fiskal seperti belanja wajib dapat mendorong alokasi anggaran yang lebih strategis dan meningkatkan efisiensi pengeluaran pemerintah.

4. KESIMPULAN DAN SARAN

Penelitian ini menganalisis dampak penerapan kebijakan belanja wajib kesehatan terhadap tingkat prevalensi stunting di tingkat pemerintah daerah dengan menggunakan metode *regression discontinuity design*. Hasil estimasi menunjukkan bahwa pemerintah daerah yang mematuhi ketentuan belanja wajib di sektor kesehatan cenderung memiliki tingkat prevalensi stunting yang lebih rendah dibandingkan dengan daerah yang tidak memenuhi ketentuan tersebut. Temuan ini mengindikasikan bahwa kebijakan belanja wajib dapat menjadi instrumen yang efektif bagi pemerintah daerah dalam upaya meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat. Temuan ini juga sejalan dengan penelitian Fadli & Sumantri (2023), yang mengkaji dampak kebijakan belanja wajib kesehatan yang diterapkan oleh pemerintah pusat terhadap berbagai *outcome* di bidang kesehatan.

Lebih lanjut, hasil estimasi dalam penelitian ini tetap konsisten melalui berbagai *robustness check* dan uji sensitivitas, termasuk penerapan berbagai tingkat polinomial serta penambahan kovariat dalam model estimasi. Rangkaian pengujian tersebut dilakukan untuk memastikan bahwa hasil yang diperoleh tidak hanya konsisten, tetapi juga dapat diandalkan validitasnya dalam konteks perbedaan spesifikasi model. Temuan ini memberikan dasar evaluasi yang kuat bagi pembuat kebijakan dalam merumuskan kebijakan anggaran yang lebih terfokus. Penelitian ini mendukung urgensi untuk mempertahankan alokasi belanja bidang kesehatan minimal sebesar 10 persen, khususnya pada tingkat pemerintah daerah, guna mencapai *outcome* bidang kesehatan yang lebih optimal. Meskipun demikian, penelitian lebih lanjut diperlukan untuk mengeksplorasi dampak jangka panjang dari kebijakan belanja wajib ini terhadap sektor kesehatan, agar dapat memperkuat dasar kebijakan yang lebih berkelanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

- Bedogni, J., & Meaney, K. (2017). EU Fiscal Rules and International Expenditure Rules. Irish Government Economic & Evaluation Service. *Central Expenditure Policy Division Department of Public Expenditure and Reform, Staff Paper*.
- Bird, R. M. (2015). *Tobacco and Alcohol Excise Taxes for Improving Public Health and Revenue Outcomes: Marrying Sin and Virtue?* The World Bank.
- Cattaneo, M. D., Idrobo, N., & Titiunik, R. (2019). A Practical Introduction to Regression Discontinuity Designs: Foundations. *Elements in Quantitative and Computational Methods for the Social Sciences*.
- Cattaneo, M. D., Jansson, M., & Ma, X. (2018). Manipulation Testing Based on Density Discontinuity. *The Stata Journal*, 18(1), 234–261.
- Cordes, T., Kinda, T., Muthoora, P., & Weber, A. (2017). Expenditure Rules: Effective Tools for Sound Fiscal Policy? In V. Gaspar, Mr. S. Gupta, & Mr. C. Mulas-Granados (Eds.), *Fiscal Politics* (pp. 299–325). International Monetary Fund.
- Fadli, F., & Sumantri, V. D. S. (2023). Earmarking policy: how it affects the Indonesian health and education sector. *International Journal of Public Health Science (IJPHS)*, 12(3), 1137–1146.
- Gelman, A., & Imbens, G. (2019). Why High-Order Polynomials Should Not Be Used in Regression Discontinuity Designs. *Journal of Business & Economic Statistics*, 37(3), 447–456.
- Imbens, G. W., & Lemieux, T. (2008). Regression discontinuity designs: A guide to practice. *Journal of Econometrics*, 142(2), 615–635.
- Khandker, S. R., Koolwal, G. B., & Samad, H. A. (2009). *Handbook on Impact Evaluation: Quantitative Methods and Practices (English)*. World Bank Group.
- Lee, D. S., & Lemieux, T. (2009). Regression Discontinuity Designs in Economics. *Journal of Economic Literature*, 48, 281–355.
- Lewis, B. D. (2022). Local education spending mandates: Indonesia's 20 percent rule. *Education Economics*, 1–20.
- Rosen, H., & Gayer, T. (2008). *Public Finance* (8th ed.). McGraw-Hill.
- Winters, J., & Sridhar, D. (2017). Earmarking for global health: benefits and perils of the World Bank's trust fund model. *BMJ*, 358.