



ANALISIS KESIAPAN KEBIJAKAN TERHADAP PENCEGAHAN KEJADIAN BAYI BERAT LAHIR RENDAH: STUDI KOMPARATIF PAPUA BARAT DAYA DAN SUMATERA UTARA (SSGI 2024)

Sari Laila Wahyuni^{1□}, Sabarinah², Hilmi Friska³, Leila Ramadhani⁴

^{1,3,4}Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

²Departemen Biostatistika dan Ilmu Kependudukan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
sari.laila@ui.ac.id

Abstrak

Bayi berat lahir rendah (BBLR) masih menjadi salah satu penyebab utama kematian neonatal di Indonesia, dengan prevalensi nasional sekitar 6,5% dan kesenjangan prevalensi antarprovinsi. Data Survei Status Gizi Indonesia tahun 2024 menunjukkan Papua Barat Daya sebagai provinsi dengan prevalensi BBLR tertinggi (9,3%), sedangkan Sumatera Utara terendah (3,3%). Penelitian ini bertujuan menganalisis perbedaan kebijakan dan pelaksanaan program pencegahan BBLR di kedua provinsi tersebut. Penelitian menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif dengan dukungan data kuantitatif, memanfaatkan data sekunder berupa dokumen kebijakan kesehatan serta indikator pelayanan maternal dari SSGI 2024, meliputi kunjungan antenatal, konsumsi tablet tambah darah, dan prevalensi BBLR. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Sumatera Utara memiliki kebijakan kesehatan ibu dan anak yang lebih terstruktur dan siap secara kebijakan, dengan capaian pemeriksaan kehamilan minimal empat kali dan konsumsi tablet tambah darah yang lebih tinggi, serta proporsi kehamilan remaja dan jarak kehamilan pendek yang lebih rendah. Sebaliknya, Papua Barat Daya masih menghadapi keterbatasan kebijakan operasional dan rendahnya kontinuitas layanan kehamilan. Penelitian ini menyimpulkan bahwa ketimpangan prevalensi BBLR antarprovinsi mencerminkan perbedaan kesiapan kebijakan dan kapasitas sistem kesehatan daerah, bukan semata-mata faktor klinis individu.

Kata Kunci: Bayi Berat Lahir Rendah; Analisis Kebijakan; Kesehatan Ibu; Pelayanan Antenatal; Indonesia

Abstract

Low birth weight (LBW) remains one of the leading contributors to neonatal mortality in Indonesia, with a national prevalence of approximately 6.5% and marked disparities across provinces. Data from the 2024 Indonesian Nutrition Status Survey show that Southwest Papua has the highest prevalence of LBW (9.3%), while North Sumatra has the lowest (3.3%). This study aimed to examine differences in policies and program implementation for LBW prevention in these two provinces. A descriptive qualitative approach supported by quantitative data was employed, using secondary data from health policy documents and maternal health service indicators from the 2024 survey, including antenatal care visits, iron-folic acid tablet consumption, and LBW prevalence. The findings indicate that North Sumatra has a more structured and policy-ready maternal and child health framework, with higher coverage of at least four antenatal care visits and iron-folic acid tablet consumption, as well as lower proportions of adolescent pregnancy and short birth intervals. In contrast, Southwest Papua continues to face limitations in operational policies and continuity of antenatal services. The study concludes that disparities in LBW prevalence across provinces reflect differences in policy readiness and health system capacity rather than individual clinical factors alone.

Keywords: Low Birth Weight; Policy Analysis; Maternal Health, Antenatal Care; Indonesia

@Jurnal Ners Prodi Sarjana Keperawatan & Profesi Ners FIK UP 2026

* Corresponding author :

Address : Mandailing Natal, Sumatera Utara

Email : sari.laila@ui.ac.id

Phone : +6282294940252

PENDAHULUAN

Bayi baru lahir harus memiliki berat badan rata-rata ≥ 2500 gr. Bayi dikategorikan memiliki berat badan lahir rendah jika beratnya < 2500 gr (Siramaneerat, 2018). Berat lahir merupakan indikator penting bagi kesehatan dan perkembangan bayi, karena mencerminkan kondisi gizi dan kesehatan ibu selama kehamilan (Mardiaturrahmah, 2020). Selain itu, berat lahir juga digunakan sebagai indikator tidak langsung status gizi ibu serta prediktor risiko kematian bayi dan malnutrisi (Mediani, 2020). Bayi dengan BBLR berisiko lebih tinggi mengalami kematian neonatal, *stunting*, gangguan perkembangan saraf, dan penyakit kronis pada masa selanjutnya (Aryastami, 2017). Secara global, BBLR diperkirakan berkontribusi terhadap 60–80% kematian neonatal (Shrestha, 2020).

Di Indonesia, beban kematian neonatal masih tinggi. Pada tahun 2023, kematian neonatal menyumbang proporsi terbesar dari seluruh kematian anak usia 0–59 bulan di Indonesia, yaitu sebesar 80,4%. Berdasarkan hasil Long Form Sensus Penduduk tahun 2020, angka kematian neonatal (AKN) di Indonesia tercatat sebesar 9,3 per 1.000 kelahiran hidup (BPS, 2023). Menurut Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2024, kondisi berat badan lahir rendah dan prematuritas merupakan penyebab kematian terbanyak kedua pada bayi, yaitu sebesar 26,37%, setelah gangguan pernapasan dan kardiovaskular (38,38%). Meskipun prevalensi BBLR nasional menunjukkan tren penurunan dibandingkan satu dekade sebelumnya, angka tersebut masih berada pada kisaran 6% dan belum mencapai target optimal penurunan kematian bayi (Kemenkes RI, 2024).

Data terbaru *Survei Status Gizi Indonesia* (SSGI) 2024 menunjukkan prevalensi BBLR masih berkisar 6,5%, dengan variasi yang cukup besar antar provinsi. Papua Barat Daya tercatat sebagai provinsi dengan prevalensi BBLR tertinggi (9,3%), sedangkan Sumatera Utara memiliki prevalensi terendah (3,3%) (Kemenkes RI, 2024). Ketimpangan ini menunjukkan adanya disparitas dalam determinan sosial, ekonomi, dan kesehatan ibu, serta perbedaan dalam kapasitas daerah dan implementasi kebijakan kesehatan ibu di tingkat daerah (Laksono et al., 2023; Safitri et al., 2022).

Kementerian Kesehatan juga menetapkan standar pelayanan antenatal sebagai intervensi utama pencegahan BBLR. Berdasarkan Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu dan Factsheet Kesehatan Ibu (Kemenkes RI, 2023), setiap ibu hamil dianjurkan menjalani minimal enam kali kunjungan antenatal (K6) selama masa kehamilan, disertai suplementasi zat besi–asam folat dan pemantauan status gizi. Strategi ini sejalan dengan rekomendasi WHO dalam WHO ANC Model

untuk mencegah komplikasi kehamilan dan memastikan pertumbuhan janin optimal. Meskipun kebijakan ini berlaku secara nasional, capaian dan efektivitas implementasinya berpotensi berbeda antarprovinsi, sejalan dengan variasi sumber daya dan kapasitas daerah.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penelitian ini bertujuan untuk membandingkan prevalensi BBLR di Provinsi Papua Barat Daya dan Provinsi Sumatera Utara berdasarkan data SSGI, serta menelaah implikasinya terhadap upaya pencegahan BBLR di tingkat daerah. Kajian ini penting untuk memberikan dasar empiris bagi praktik keperawatan komunitas dan perumusan kebijakan kesehatan ibu yang lebih adaptif terhadap konteks lokal, serta mengidentifikasi pembelajaran kebijakan yang dapat direplikasi di wilayah lain.

METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif dengan dukungan data kuantitatif melalui analisis kebijakan komparatif. Desain ini bertujuan untuk membandingkan kesiapan dan implementasi kebijakan penanggulangan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) antarprovinsi dengan konteks sosial dan kelembagaan yang berbeda, serta menilai kesesuaian antara arah kebijakan dan capaian indikator kesehatan ibu dan bayi.

Unit analisis dalam penelitian ini adalah tingkat provinsi, yaitu Provinsi Papua Barat Daya dan Provinsi Sumatera Utara. Pemilihan kedua provinsi didasarkan pada perbedaan prevalensi BBLR yang kontras berdasarkan Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) Tahun 2024, dengan Papua Barat Daya memiliki prevalensi tertinggi (9,3%) dan Sumatera Utara terendah (3,3%). Data yang dianalisis merupakan data tahun 2024 dan dokumen kebijakan yang masih berlaku pada periode tersebut.

Sumber data yang digunakan seluruhnya merupakan data sekunder, yang terdiri dari dua kategori utama. Pertama, dokumen kebijakan dan regulasi resmi seperti Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2022 tentang Pembentukan Provinsi Papua Barat Daya, Peraturan Gubernur, Rencana Strategis (Renstra) Dinas Kesehatan, serta dokumen perencanaan dan regulasi lain yang diperoleh melalui Jaringan Dokumentasi dan Informasi Hukum (JDIH) dan situs resmi pemerintah daerah. Kedua, data survei dan statistik nasional yang mencakup Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) 2024 dan Profil Kesehatan Indonesia. Mengingat Papua Barat Daya merupakan provinsi baru, analisis kebijakan dilakukan berdasarkan seluruh dokumen regulasi yang tersedia dari sumber resmi pemerintah.

Analisis data dilakukan dalam dua tahap. Tahap pertama adalah analisis isi kebijakan

(*policy content analysis*) untuk menilai substansi, arah, dan kesiapan kebijakan terkait BBLR di masing-masing provinsi. Analisis ini mengacu pada kerangka *policy cycle* yang meliputi tahapan *agenda setting*, *policy formulation*, *decision making*, *policy implementation*, dan *policy evaluation* (Howlett & Ramesh, 2020). Tahap kedua adalah analisis deskriptif-komparatif kuantitatif, yaitu membandingkan capaian indikator SSGI 2024 (TTD, ANC, dan BBLR) antara Papua Barat Daya dan Sumatera Utara untuk menilai kesesuaian antara hasil lapangan dan kesiapan kebijakan daerah. Hasil kedua tahap tersebut kemudian diinterpretasikan secara integratif guna menggambarkan kesenjangan kebijakan (*policy gap*) dan kapasitas tata kelola kesehatan antarprovinsi.

Validitas data dijaga melalui triangulasi sumber, yaitu dengan membandingkan isi antar-dokumen kebijakan dan regulasi, serta data survei nasional. Pendekatan ini dilakukan untuk memastikan bahwa interpretasi kebijakan dan temuan kuantitatif tidak hanya bergantung pada satu jenis sumber data. Karena penelitian ini tidak melibatkan subjek manusia secara langsung dan menggunakan data sekunder publik, maka tidak diperlukan izin etik penelitian. Namun, seluruh data dan dokumen dikutip sesuai kaidah ilmiah dan integritas akademik.

Penelitian ini memiliki keterbatasan karena sepenuhnya menggunakan data sekunder dan tidak melibatkan pengumpulan data primer di lapangan. Selain itu, sebagai provinsi baru, ketersediaan dokumen kebijakan di Papua Barat Daya masih terbatas, sehingga analisis kebijakan dilakukan berdasarkan regulasi dan dokumen resmi yang tersedia pada periode penelitian.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran Prevalensi BBLR

Tabel 1. Prevalensi BBLR Papua Barat Daya dan Sumatera Utara (SSGI 2024)

Provinsi	Prevalensi BBLR (%)	Sumber
Papua Barat Daya	9,3	SSGI, 2024
Sumatera Utara	3,3	SSGI, 2024

Tabel 1 menunjukkan perbedaan prevalensi Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) antarprovinsi berdasarkan Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) Tahun 2024, dengan Papua Barat Daya memiliki prevalensi BBLR sebesar 9,3% dan Sumatera Utara sebesar 3,3%.

Perbedaan prevalensi tersebut tidak hanya menggambarkan variasi kondisi klinis ibu dan status kesehatan selama kehamilan, tetapi juga mencerminkan perbedaan kesiapan sistem kesehatan daerah. Sumatera Utara memiliki struktur layanan kesehatan maternal yang telah berkembang, jaringan fasilitas yang lebih merata,

serta penerapan program kesehatan ibu dan anak yang lebih konsisten (Kemenkes RI, 2023). Sementara itu, Papua Barat Daya sebagai provinsi baru hasil pemekaran tahun 2022 (UU No. 29/2022) masih berada pada tahap transisi kelembagaan dan adaptasi manajemen sistem pelayanan kesehatan, yang dapat mempengaruhi pelaksanaan intervensi pencegahan BBLR.

Capaian Program Maternal (Kunjungan ANC dan Konsumsi Tablet Tambah Darah)

Tabel 2. Proporsi Pemeriksaan Kehamilan Papua Barat Daya dan Sumatera Utara (SSGI 2024)

Provinsi	ANC K1 (%)	ANC K4 (%)
Sumatera Utara	89,8%	65,8%
Papua Barat Daya	87,1%	55,8%
Nasional	95,8%	75,8%

Tabel 3. Proporsi Ibu Balita Meminum TTD di Papua Barat Daya dan Sumatera Utara (SSGI 2024)

Provinsi	TTD ≥ 90 tablet (%)	TTD < 90 tablet (%)
Sumatera Utara	40,5%	53,4%
Papua Barat Daya	29,6%	68,9%
Nasional	59,6%	37,7%

Tabel 2 menunjukkan bahwa cakupan pemeriksaan kehamilan pertama (ANC K1) di Sumatera Utara sebesar 89,8%, sedangkan di Papua Barat Daya sebesar 87,1%. Sementara itu, cakupan pemeriksaan kehamilan minimal empat kali (ANC K4) di Sumatera Utara mencapai 65,8% dan di Papua Barat Daya sebesar 55,8% berdasarkan Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) Tahun 2024.

Tingginya cakupan ANC K1 di kedua provinsi menunjukkan bahwa akses awal terhadap pelayanan kehamilan telah tersedia. Namun, perbedaan pada capaian ANC K4 menegaskan bahwa tantangan utama terletak pada kontinuitas dan kualitas pemantauan kehamilan. Rendahnya ANC K4 di Papua Barat Daya mengindikasikan adanya hambatan lanjutan dalam mempertahankan keterlibatan ibu hamil dalam pelayanan kesehatan selama kehamilan.

Kontinuitas ANC sangat penting untuk mendeteksi risiko kehamilan dan memastikan perkembangan janin berlangsung optimal. Rendahnya ANC K4 di Papua Barat Daya dapat mencerminkan kendala geografis, keterbatasan distribusi tenaga kesehatan, serta belum kuatnya sistem rujukan dan penjadwalan ulang kunjungan. Sementara itu, meskipun ANC K4 di Sumatera Utara masih berada di bawah rata-rata nasional, capaian yang lebih tinggi dibandingkan Papua Barat Daya menunjukkan kapasitas fasilitas dan pengorganisasian layanan yang lebih baik.

Tabel 3 menunjukkan proporsi ibu hamil yang mengonsumsi ≥90 tablet selama kehamilan tercatat sebesar 40,5% di Sumatera Utara dan

29,6% di Papua Barat Daya, sedangkan rata-rata nasional sebesar 59,6%.

Perbedaan capaian juga terlihat pada konsumsi Tablet Tambah Darah (TTD). Rendahnya kepatuhan konsumsi TTD, terutama di Papua Barat Daya, menunjukkan lemahnya sistem pendampingan dan pemantauan kebutuhan ibu hamil terhadap intervensi gizi. Konsumsi TTD yang tidak optimal berhubungan erat dengan meningkatnya risiko anemia pada ibu hamil, yang merupakan faktor etiologis langsung kejadian BBLR melalui penurunan suplai oksigen dan nutrisi ke plasenta (WHO, 2022).

Kondisi dimana cakupan ANC K1 tinggi tetapi ANC K4 dan konsumsi TTD rendah menunjukkan bahwa permasalahan bukan hanya pada ketersediaan layanan, tetapi juga pada kekuatan sistem pendampingan dan pemantauan kehamilan. Sumatera Utara didukung oleh struktur layanan KIA yang sudah mapan serta jejaring posyandu dan PKK yang aktif, sedangkan Papua Barat Daya masih berada dalam fase penyusunan kelembagaan kesehatan akibat pemekaran provinsi. Dengan demikian, ketimpangan capaian BBLR mencerminkan perbedaan implementasi kebijakan dan kapasitas sistem kesehatan daerah, bukan semata-mata perilaku individual ibu hamil.

Usia Kehamilan Pertama dan Jarak Kehamilan

Data SSGI 2024 menunjukkan bahwa proporsi ibu yang memulai kehamilan pada usia <21 tahun di Papua Barat Daya mencapai 12,8%, hampir dua kali lipat lebih tinggi dibandingkan Sumatera Utara yang sebesar 6,2%. Selain itu, proporsi ibu dengan jarak kehamilan <2 tahun di Papua Barat Daya tercatat sebesar 20,6%, sedangkan di Sumatera Utara sebesar 17,3% (Kemenkes RI, 2024).

Kehamilan pada usia remaja dikategorikan sebagai kehamilan berisiko karena organ reproduksi belum matang secara fisiologis, cadangan nutrisi tubuh rendah, dan kesiapan psikososial belum berkembang penuh (WHO, 2022). Kondisi ini meningkatkan risiko anemia, gangguan pertumbuhan janin, dan komplikasi kehamilan, yang berkontribusi langsung terhadap kejadian BBLR.

Jarak kelahiran yang terlalu dekat mengurangi waktu pemulihan cadangan gizi ibu, termasuk zat besi dan folat, yang penting untuk perkembangan janin dan mencegah BBLR. Dengan demikian, Papua Barat Daya menghadapi beban ganda faktor risiko reproduksi, yaitu kehamilan usia dini dan jarak kehamilan yang pendek.

Perbedaan ini tidak terlepas dari variasi kekuatan intervensi kebijakan kesehatan reproduksi antarprovinsi. Di Sumatera Utara, penguatan pelayanan kesehatan remaja telah menjadi bagian dari strategi pembangunan kesehatan yang tercantum dalam *Perubahan*

Renstra Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara 2019–2023, termasuk peningkatan layanan promosi kesehatan dan pelayanan remaja (Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara, 2023). Selain itu, program nasional *Pendewasaan Usia Perkawinan (PUP)* yang diinisiasi BKKBN juga diimplementasikan di Sumatera Utara sebagai bagian dari strategi pengendalian kelahiran remaja (BKKBN, 2020). Hal ini sejalan dengan data eksternal yang menunjukkan tren penurunan pernikahan usia dini di provinsi tersebut dalam beberapa tahun terakhir (Antara News Sumatera Utara, 2023). Secara keseluruhan, kombinasi kebijakan tersebut berpotensi mendukung penurunan risiko kehamilan remaja sebagai salah satu determinan penting kejadian BBLR.

Sebaliknya, sebagai provinsi baru, Papua Barat Daya belum memiliki kerangka kebijakan daerah yang secara eksplisit mengatur pencegahan kehamilan remaja dan pengaturan jarak kelahiran. Hal ini terlihat dari belum tersedianya Peraturan Gubernur bidang kesehatan reproduksi, belum adanya dokumen Rencana Aksi Daerah (RAD) Gizi, serta keterbatasan layanan kesehatan remaja yang terdokumentasi di tingkat provinsi (JDIH PBD, 2023). Kondisi transisi kelembagaan ini membuat edukasi kesehatan reproduksi, konseling kontrasepsi, dan layanan PKPR belum terintegrasi sepenuhnya di wilayah tersebut. Dengan demikian, ketimpangan kejadian BBLR antara Papua Barat Daya dan Sumatera Utara tidak hanya mencerminkan perbedaan dalam implementasi layanan selama kehamilan, seperti ANC dan konsumsi TTD, tetapi juga menunjukkan kesenjangan pada kebijakan pra-kehamilan dan kesehatan reproduksi.

Perbedaan Kesiapan Kebijakan Daerah dalam Pencegahan BBLR

Ketimpangan prevalensi BBLR antara Papua Barat Daya dan Sumatera Utara tidak dapat dipahami hanya dari aspek klinis dan perilaku kesehatan individu, tetapi perlu dianalisis melalui kacamata kebijakan dan tata kelola sistem kesehatan daerah. Provinsi Papua Barat Daya merupakan provinsi baru yang dibentuk pada tahun 2022 melalui Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2022, sehingga hingga kini masih berada dalam tahap pembentukan struktur pemerintahan, pembagian kewenangan, dan penataan sistem pelayanan kesehatan. Dalam konteks ini, Papua Barat Daya belum memiliki Peraturan Gubernur, Rencana Aksi Daerah Gizi, ataupun dokumen kebijakan yang secara eksplisit mengatur pencegahan BBLR, pelayanan KIA, maupun intervensi kesehatan reproduksi remaja. Ketidaktersediaan kerangka regulasi ini mencerminkan rendahnya tingkat kesiapan kebijakan (*policy readiness*).

Sebaliknya, Sumatera Utara memiliki kerangka kebijakan kesehatan ibu dan anak yang relatif lebih kuat, sebagaimana tercantum dalam

Renstra Dinas Kesehatan Provinsi yang menargetkan peningkatan kesehatan ibu, penurunan risiko kehamilan, dan penguatan promosi kesehatan termasuk pelayanan kesehatan remaja. Implementasi PKPR di beberapa kabupaten/kota di Sumatera Utara menunjukkan adanya layanan konseling reproduksi dan edukasi remaja yang dapat membantu mencegah kehamilan pada usia berisiko, yang merupakan salah satu determinan penting BBLR (Dinkes Prov. Sumatera Utara, 2023). Dengan demikian, struktur kebijakan Sumatera Utara memberikan dukungan yang lebih komprehensif terhadap pencegahan risiko BBLR, baik melalui intervensi pra-kehamilan maupun pelayanan maternal.

Ketiadaan kebijakan operasional di Papua Barat Daya menunjukkan adanya kelemahan struktur tata kelola dalam pelaksanaan program kesehatan ibu. Hal ini tercermin pada capaian ANC K4 yang lebih rendah dan kepatuhan konsumsi TTD yang juga lebih rendah (Tabel 2 dan 3). Performa program yang lebih rendah ini dapat mengindikasikan bahwa pendampingan ibu hamil belum berjalan optimal, distribusi tablet tambah darah belum stabil, dan kegiatan edukasi gizi maupun kesehatan reproduksi belum terkoordinasi secara menyeluruh di tingkat layanan.

Hubungan Kebijakan, Implementasi Program, Perilaku Reproduksi, dan Kejadian BBLR

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ketimpangan prevalensi BBLR antara Papua Barat Daya dan Sumatera Utara merupakan konsekuensi dari perbedaan kesiapan kebijakan dan kapasitas tata kelola sistem pelayanan kesehatan daerah.

Sumatera Utara memiliki kerangka kebijakan yang lebih matang, mencakup Rencana Aksi Daerah *Stunting*, Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan Ibu dan Anak, program PKPR, dan jejaring layanan KIA di tingkat puskesmas. Struktur kebijakan yang kuat ini mendukung pelaksanaan program maternal secara konsisten, tercermin dari capaian ANC K4 yang lebih tinggi (65,8%) dan konsumsi TTD ≥ 90 tablet yang juga lebih baik (40,5%). Implementasi program yang efektif berkontribusi pada risiko kehamilan yang lebih terkontrol, termasuk usia hamil pertama yang lebih rendah (6,2%) serta jarak kelahiran yang lebih panjang (17,3%).

Sebaliknya, Papua Barat Daya sebagai provinsi baru masih berada dalam tahap transisi kelembagaan, sehingga belum memiliki Peraturan Gubernur, Rencana Aksi Daerah (RAD) Gizi, maupun struktur pelaksanaan PKPR yang mapan.

Keterbatasan kebijakan ini berdampak pada rendahnya kontinuitas layanan kehamilan (ANC K4 sebesar 55,8%) dan rendahnya kepatuhan konsumsi tablet tambah darah (29,6%). Selain itu, ketiadaan intervensi kesehatan reproduksi yang terstruktur mengakibatkan lebih tingginya kehamilan remaja (12,8%) serta lebih banyaknya jarak kehamilan yang pendek (20,6%), yang secara fisiologis meningkatkan risiko BBLR (Kementerian Kesehatan RI, 2024; WHO, 2022).

Secara keseluruhan, ketimpangan BBLR merupakan manifestasi dari perbedaan kesiapan kebijakan, bukan sekadar variasi perilaku individu atau kondisi biologis ibu. Temuan ini mengonfirmasi bahwa sistem kesehatan yang memiliki kerangka kebijakan yang jelas, terstandar, dan terintegrasi lintas sektor akan menghasilkan capaian pelayanan maternal yang lebih baik dan mampu menurunkan risiko BBLR. Sementara itu, sistem kesehatan yang berada pada fase pembentukan akan cenderung menunjukkan ketidakstabilan implementasi program dan tingginya risiko reproduksi yang tidak terkontrol.

Analisis Siklus Kebijakan (Policy Cycle) terhadap Perbedaan Prevalensi BBLR di Sumatera Utara dan Papua Barat Daya

Kerangka *policy cycle* yang dikembangkan oleh Howlett Ramesh (2020) menjelaskan bahwa kebijakan publik merupakan proses dinamis yang terdiri atas lima tahap saling terkait, yaitu *agenda setting*, *policy formulation*, *decision making*, *policy implementation*, dan *policy evaluation*. Model ini membantu memahami bagaimana efektivitas suatu kebijakan ditentukan oleh kualitas setiap tahapan, karena kegagalan pada satu tahap dapat berdampak pada keseluruhan hasil kebijakan (Howlett & Ramesh, 2020). Dalam konteks kesehatan ibu dan anak, khususnya pencegahan BBLR, kerangka ini memberikan perspektif komprehensif untuk menilai perbedaan kinerja kebijakan antar wilayah dengan menelusuri apakah isu kesehatan ibu menjadi prioritas, apakah kebijakan dirumuskan berbasis bukti, bagaimana keputusan strategis ditetapkan, bagaimana implementasi berlangsung di lapangan, serta apakah evaluasi dilakukan untuk perbaikan berkelanjutan. Dengan demikian, *policy cycle* menjadi alat analitis penting untuk memahami variasi keberhasilan daerah seperti Sumatera Utara dan Papua Barat Daya dalam menurunkan BBLR.

Tabel 4. Perbandingan Siklus Kebijakan Pencegahan BBLR (Sumatera Utara vs Papua Barat Daya)

Tahapan Policy Cycle	Sumatera Utara	Papua Barat Daya
Agenda Setting	Isu gizi ibu, KIA dan kesehatan masyarakat masuk <i>isu strategis</i> dalam RKPD	Tidak ada Pergub/Perda terkait KIA dan gizi ibu (isu maternal belum masuk prioritas provinsi)
Policy Formulation	Perumusan kebijakan mencakup	Tidak terdapat perumusan khusus terkait

	penguatan ANC, suplementasi TTD, dan promosi gizi	kesehatan ibu, kebijakan provinsi berfokus pada aspek administratif (OPD, BLUD, GERMAS)
Decision Making	Keputusan kebijakan bersifat strategis dan diarahkan pada peningkatan layanan maternal dan gizi	Keputusan lebih administratif, bukan mengenai maternal
Policy Implementation	Implementasi KIA relatif efektif	Implementasi tidak terstruktur
Policy Evaluation	Evaluasi dilakukan secara berkala, melalui PWS KIA, laporan rutin Dinas Kesehatan dan monitoring	Tidak ditemukan dokumen provinsi yang menunjukkan adanya mekanisme evaluasi kebijakan maternal di Papua Barat Daya

Perbedaan prevalensi BBLR antara Sumatera Utara dan Papua Barat Daya, sebagaimana ditunjukkan pada Tabel 4, dapat dijelaskan melalui kerangka *policy cycle* Howlett dan Ramesh (2020) yang menilai efektivitas kebijakan melalui lima tahap: *agenda setting*, *policy formulation*, *decision making*, *implementation*, dan *evaluation*. Sumatera Utara menunjukkan siklus kebijakan yang lebih lengkap. Pada tahap *agenda setting*, isu kesehatan ibu dan gizi maternal secara eksplisit masuk dalam isu strategis RKPD 2023 sebagai prioritas pembangunan kesehatan. Hal ini memungkinkan tahap *policy formulation* berjalan berbasis bukti melalui perumusan program penguatan ANC, suplementasi TTD, dan peningkatan gizi. Keputusan kebijakan juga bersifat strategis karena diarahkan pada penguatan layanan KIA. Implementasi berjalan lebih baik dengan cakupan ANC yang relatif tinggi, ketersediaan tenaga kesehatan yang lebih memadai, serta sistem rujukan maternal yang lebih mapan. Evaluasi juga dilakukan secara rutin melalui mekanisme PWS KIA dan monitoring kabupaten/kota sehingga kebijakan memiliki *feedback loop* yang jelas. Kondisi ini secara keseluruhan mendukung rendahnya prevalensi BBLR di Sumatera Utara.

Sebaliknya, Papua Barat Daya menunjukkan siklus kebijakan yang belum berkembang, terutama karena statusnya sebagai provinsi baru. Tahap *agenda setting* lemah karena tidak ditemukan Pergub atau dokumen provinsi yang secara khusus memuat isu kesehatan ibu dan gizi maternal. Hal ini menyebabkan *policy formulation* tidak menghasilkan strategi maternal yang relevan, sementara tahap *decision making* lebih berfokus pada aspek administratif seperti GERMAS, BLUD, dan OPD. Implementasi layanan KIA menjadi tidak terstruktur, ditandai cakupan ANC rendah, akses geografis sulit, distribusi TTD tidak rutin, serta keterbatasan tenaga kesehatan. Selain itu, tidak ditemukan dokumen resmi yang menunjukkan adanya mekanisme *policy evaluation* untuk program maternal, sehingga tidak ada umpan balik yang dapat memperbaiki kebijakan. Kelemahan pada seluruh tahapan siklus kebijakan ini berkontribusi pada tingginya angka BBLR di Papua Barat Daya.

SIMPULAN

Penelitian ini menunjukkan adanya ketimpangan kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) antara provinsi dengan prevalensi tinggi dan rendah di Indonesia, yaitu Papua Barat Daya (9,3%) dan Sumatera Utara (3,3%) berdasarkan SSGI 2024. Ketimpangan ini berkaitan erat dengan perbedaan kesiapan kebijakan daerah, capaian pelaksanaan program pelayanan kesehatan ibu, serta faktor risiko reproduksi. Sumatera Utara memiliki kerangka kebijakan KIA dan gizi yang lebih matang, tercermin dari capaian ANC K4 yang lebih tinggi dan konsumsi tablet tambah darah yang lebih baik, serta proporsi kehamilan remaja dan jarak kehamilan pendek yang lebih rendah. Sebaliknya, Papua Barat Daya masih dalam fase transisi kelembagaan sebagai provinsi baru, belum memiliki kebijakan teknis yang eksplisit untuk pencegahan BBLR, sehingga kontinuitas layanan kehamilan dan edukasi kesehatan reproduksi belum berjalan optimal.

Dalam perspektif *policy cycle* Howlett dan Ramesh, temuan ini menunjukkan bahwa disparitas BBLR merupakan refleksi dari ketimpangan pada seluruh tahapan proses kebijakan, mulai dari agenda setting hingga evaluasi. Di Sumatera Utara, isu kesehatan ibu dan gizi maternal telah masuk agenda prioritas, diformulasikan dalam program berbasis bukti, diikuti pengambilan keputusan yang mendukung penguatan layanan KIA, implementasi program maternal yang lebih konsisten, serta adanya mekanisme evaluasi rutin melalui pemantauan indikator KIA. Sebaliknya, di Papua Barat Daya belum ditemukan regulasi yang secara eksplisit mengatur pencegahan BBLR dan penguatan pelayanan maternal, sehingga formulasi kebijakan, pengambilan keputusan, implementasi, dan evaluasi program belum terarah pada pengendalian risiko BBLR.

Dengan demikian, upaya penurunan BBLR di Indonesia memerlukan pendekatan struktural melalui penyusunan dan penguatan kerangka kebijakan daerah yang selaras dengan kebijakan nasional, terutama di provinsi baru atau provinsi dengan angka BBLR tinggi. Hal ini meliputi penetapan Peraturan Gubernur dan regulasi turunan terkait Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan Ibu dan Anak, penyusunan Rencana Aksi Daerah Gizi dan BBLR, penguatan layanan kesehatan reproduksi

remaja (PKPR), serta konsolidasi jejaring layanan kesehatan ibu di tingkat puskesmas. Fokus intervensi tidak hanya diarahkan pada ibu yang sedang hamil, tetapi juga pada edukasi kesehatan reproduksi pra-kehamilan dan pengendalian jarak kehamilan, sehingga sistem kesehatan daerah memiliki kapasitas yang lebih kuat untuk mencegah BBLR secara berkelanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

Antara News Sumatera Utara. (2023). *Pemprov: Tren pernikahan dini dan KB di Sumut terus mendekati angka ideal*. <https://sumut.antaranews.com/berita/645509/pemprov-tren-pernikahan-dini-dan-kb-di-sumut-terus-dekati-angka-ideal>

Aryastami, N.K., Shankar, A., Kusumawardani, N., Besral, B., Jahari, A. B., & Achadi, E. Low birth weight was the most dominant predictor associated with stunting among children aged 12–23 months in Indonesia. *BMC Nutrition*, 3(1). <https://doi.org/10.1186/s40795-017-0130-x>

Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. (2020). *Rencana strategis BKKBN 2020–2024* (Peraturan Kepala BKKBN Nomor 6 Tahun 2020).

Badan Pusat Statistik. (2023). *Long Form Sensus Penduduk 2020: Statistik Kematian Bayi*.

Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara. (2023). *Perubahan Renstra Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara 2019–2023*. <https://ppid.kemendagri.go.id/storage/dokumen/J8y690WOqOgPj1Qyvn4DwKKRllv1FXdlsEXjN2zp.pdf>

Howlett, M., & Ramesh, M. (2020). *Studying Public Policy: Principles and Processes* (4th ed.). Oxford University Press.

Jaringan Dokumentasi dan Informasi Hukum Provinsi Papua Barat Daya. (2023). *Daftar peraturan gubernur Provinsi Papua Barat Daya*. <https://jdih.papubaratdayaprof.go.id>

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan*

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Profil Kesehatan Indonesia 2023*.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Profil Kesehatan Indonesia 2024*.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Laporan Tematik Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023: Potret Indonesia Sehat*. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) 2024*. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu*.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Factsheet Kesehatan Ibu*. Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan.

Laksono, A. D., Wulandari, R. D., & Matahari, R. (2023). Socioeconomic disparities in low birth weight in Indonesia’s rural areas: A population-based study. In I. Nurlaila et al. (Eds.), *Proceedings of the International Conference on Health Research (ICHR 2022)*, (pp. 403–413). Atlantis Press. https://doi.org/10.2991/978-94-6463-112-8_37

Mardiaturrahmah, M., & Anjarwati, A. (2020). Relationship between the nutritional status of pregnant women and the incident of Low Birth Weight infant. *International Journal of Health Science and Technology*, 1(3), 58–62. <https://doi.org/10.31101/ijhst.v1i3.1212>

Mediani, H. S. (2020) Predictors of Stunting Among Children Under Five Year of Age in Indonesia: A Scoping Review. *Global Journal of Health Science*, 12(8), 83-95. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v12n8p83>

Pemerintah Provinsi Papua Barat Daya. (2023). *Peraturan Gubernur Papua Barat Daya*

Pemerintah Provinsi Sumatera Utara. (2022). *Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD) Provinsi Sumatera Utara Tahun 2023*.

Pemerintah Republik Indonesia. (2022). *Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2022 tentang Pembentukan Provinsi Papua Barat Daya*.

Safitri, H. O., Fauziningtyas, R., Indarwati, R., Efendi, F., & McKenna, L. (2022). Determinant factors of low birth weight in Indonesia: Findings from the 2017 Indonesian Demographic and Health Survey. *Journal of Pediatric Nursing*, 63, E102–E106. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.12.002>

Shrestha, S., Shrestha, U. S., Gyawali, K. (2020). Predictors of Low Birth Weight at Lumbini Provincial Hospital, Nepal: A Hospital-Based Unmatched Case Control Study. *Advances in Preventive Medicine*, 2020, Article 8459694. <https://doi.org/10.1155/2020/8459694>

Siramaneerat, I., Agushyana, F., & Meebunmak, Y. (2018). Maternal risk factors associated with low birth weight in Indonesia. *Open Public Health Journal*, 11,376–383. <http://dx.doi.org/10.2174/1874944501811010376>

World Health Organization. (2022). *Adolescent Pregnancy: Evidence Review*.

World Health Organization. (2022). *Anaemia During Pregnancy: Clinical Guidance*. WHO