

Analisis Manajemen Program Keluarga Harapan dan Efektivitas Terhadap Penurunan Angka Kematian Ibu di Provinsi Jawa Barat Periode 2019–2024

Zahra Syafira Ramadhani¹, Difarizkiana Putri², Intan Aulia³, Nasya Putri Kamila⁴,
Natasha Auladina^{5*}, Fitri Amalia⁶.

¹⁻⁶ UIN Syarif Hidayatullah, Jakarta

Korespondensi. author: natasha170105@gmail.com

ABSTRACT

This study analyzes the contribution of the Family Hope Program (PKH) to the Maternal Mortality Rate (MMR) in West Java Province by controlling for sanitation and health workforce factors. Using balanced panel data from 27 districts/cities over the 2019-2024 period (162 observations), this research employs a Fixed Effects model with Robust Standard Errors. The results reveal counter-intuitive findings: both PKH and midwives have a positive and significant effect on MMR. Each addition of 10,000 PKH beneficiary families increases MMR by 0.116 points, while each addition of 100 midwives increases MMR by 1.6 points. The sanitation variable is statistically insignificant, although it carries the expected negative sign. The model explains 56.67% of the variation in MMR in West Java. These findings indicate potential targeting errors in PKH distribution and reverse causality in midwife allocation, where areas with high health burdens receive greater resources. The study recommends a comprehensive evaluation of PKH targeting mechanisms and a holistic approach to health workforce placement supported by improved infrastructure.

Keywords: Family Hope Program; Maternal Mortality Rate; Panel Data; Fixed Effects; West Java

ABSTRAK

Penelitian ini menganalisis kontribusi Program Keluarga Harapan (PKH) terhadap Angka Kematian Ibu (AKI) di Provinsi Jawa Barat dengan mengontrol faktor sanitasi dan tenaga kesehatan. Menggunakan data panel balanced dari 27 kabupaten/kota selama periode 2019- 2024 (162 observasi), penelitian ini menerapkan model *Fixed Effects* dengan *Robust Standard Errors*. Hasil analisis menunjukkan temuan yang *counter-intuitive*: baik PKH maupun tenaga bidan berpengaruh positif dan signifikan terhadap AKI. Setiap penambahan 10.000 KPM PKH meningkatkan AKI sebesar 0,116 poin, sementara penambahan 100 bidan meningkatkan AKI sebesar 1,6 poin. Variabel sanitasi tidak signifikan secara statistik meskipun memiliki tanda negatif sesuai ekspektasi. Model yang dibangun mampu menjelaskan 56,67% variasi AKI di Jawa Barat. Temuan ini mengindikasikan kemungkinan adanya *targeting error* dalam penyaluran PKH dan fenomena *reverse causality* dalam alokasi tenaga bidan, dimana daerah dengan beban kesehatan tinggi justru menerima alokasi sumber daya yang lebih besar. Penelitian ini merekomendasikan evaluasi menyeluruh terhadap mekanisme targeting PKH dan pendekatan holistik dalam penempatan tenaga kesehatan yang disertai dengan peningkatan infrastruktur pendukung.

Kata Kunci: Program Keluarga Harapan; Angka Kematian Ibu; Data Panel; *Fixed Effects*; Jawa Barat

PENDAHULUAN

Angka Kematian Ibu (AKI) tetap menjadi indikator fundamental yang mencerminkan kesejahteraan masyarakat dan kualitas sistem kesehatan suatu negara. Laporan World Health Organization (2023) mengungkapkan bahwa secara global, sekitar

287.000 perempuan meninggal setiap tahunnya akibat komplikasi terkait kehamilan dan persalinan, dengan beban yang tidak proporsional, yaitu 94% dari total kematian, terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah, termasuk Indonesia. Meskipun berbagai upaya telah dilakukan, tantangan penurunan AKI di Indonesia masih signifikan. Data Maternal Perinatal Death Notification (MPDN) Kementerian Kesehatan RI tahun 2023 mencatat kematian ibu absolut mencapai 4.129 kasus, meningkat dari 4.005 kasus pada tahun sebelumnya, dengan rasio kematian ibu diperkirakan sekitar 305 per 100.000 kelahiran hidup (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Dalam konteks nasional yang kompleks ini, Provinsi Jawa Barat menampilkan dinamika yang unik. Sebagai provinsi dengan populasi terbesar, capaian AKI Jawa Barat menunjukkan progres sekaligus tantangan berlapis. Data Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat Tahun 2022 yang bersumber dari sistem pelaporan rutin menunjukkan angka 81,67 per 100.000 KH, suatu angka yang telah melampaui target RPJMN 2024 dan lebih baik dari rata-rata nasional. Namun, bila dibandingkan dengan standar global dan target *Sustainable Development Goals* (SDGs) 2030 yaitu 70 per 100.000 KH, angka ini masih tergolong tinggi. Analisis penyebab kematian mengungkap pola yang mengkhawatirkan, dimana penyebab langsung didominasi oleh hipertensi dalam kehamilan (29,64%), perdarahan (28,17%), dan infeksi (5,75%), faktor-faktor yang secara medis sebenarnya dapat dicegah dengan layanan kesehatan yang memadai dan tepat waktu (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, 2022).

Aspek sosial ekonomi merupakan determinan krusial yang mendasari tingginya AKI. Kemiskinan menciptakan hambatan berlapis terhadap akses layanan kesehatan maternal yang berkualitas. Data Badan Pusat Statistik (BPS) Jawa Barat per Maret 2023 menunjukkan bahwa 6,92% penduduk atau setara dengan 3,89 juta jiwa masih hidup di bawah garis kemiskinan (BPS Jawa Barat, 2023). Kondisi ini membatasi akses perempuan terhadap perawatan antenatal yang memadai, persalinan yang ditolong tenaga kesehatan terlatih di fasilitas kesehatan, nutrisi yang cukup, serta pendidikan kesehatan. Untuk mengatasi jebakan kemiskinan ini, pemerintah meluncurkan Program Keluarga Harapan (PKH) sebagai intervensi strategis berbasis *conditional cash transfer* (CCT). Hingga 2023, PKH telah menjangkau 1.428.367 keluarga di Jawa Barat dengan anggaran mencapai Rp 9,8 triliun (Kementerian Sosial RI, 2023). Program ini menghubungkan pemberian bantuan tunai dengan pemenuhan kondisi tertentu di bidang kesehatan, seperti pemeriksaan kehamilan rutin, persalinan di fasilitas kesehatan, dan pemeriksaan pasca persalinan. Evidensi dari World Bank (2010) menunjukkan bahwa daerah dengan cakupan PKH tinggi mengalami peningkatan signifikan dalam cakupan pemeriksaan kehamilan lengkap (K4) dan persalinan di fasilitas kesehatan.

Namun, efektivitas PKH dalam menurunkan AKI secara langsung memerlukan analisis yang lebih komprehensif. Kebaruan ilmiah dari penelitian ini terletak pada pendekatan analitis yang mengintegrasikan PKH dengan determinan lingkungan dan sumber daya kesehatan dalam satu model untuk mengisolasi kontribusi murni program tersebut. Penelitian sebelumnya seperti yang dilakukan oleh Putra & Pujiyanto (2020) memang membuktikan efektivitas PKH dalam meningkatkan pemanfaatan layanan kesehatan, namun belum banyak yang menganalisis dampaknya pada *outcome* akhir yaitu AKI dengan mengontrol faktor kontekstual lain. Sanitasi lingkungan dan ketersediaan

tenaga kesehatan, khususnya bidan, merupakan dua faktor kritis yang tidak dapat diabaikan. Sanitasi yang buruk dapat meningkatkan risiko infeksi pada ibu hamil dan bersalin (Bakara, Widodo, & Wardani, 2024), sementara keterbatasan tenaga bidan berdampak pada cakupan dan kualitas layanan maternal dasar (Hafifah & Abidin, 2020). Berdasarkan data BPS Jawa Barat, persentase rumah tangga dengan sanitasi layak mencapai rata-rata 75,35%, sementara jumlah tenaga bidan berkisar antara 45 hingga 420 orang per kabupaten/kota, menunjukkan variasi yang lebar yang berpotensi mempengaruhi *outcome* kesehatan ibu.

Berdasarkan uraian di atas, perumusan masalah dalam penelitian ini adalah: (1) Bagaimana tren dan variasi spasial Angka Kematian Ibu (AKI), cakupan Program Keluarga Harapan (PKH), persentase sanitasi layak, dan jumlah tenaga bidan antar kabupaten/kota di Jawa Barat periode 2019-2024? dan (2) Seberapa besar kontribusi Program Keluarga Harapan terhadap penurunan Angka Kematian Ibu di Jawa Barat setelah mengontrol pengaruh faktor sanitasi dan ketersediaan tenaga bidan? Hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini adalah: (1) Program Keluarga Harapan (PKH) berpengaruh signifikan terhadap Angka Kematian Ibu (AKI), (2) Akses terhadap sanitasi layak berpengaruh negatif terhadap Angka Kematian Ibu (AKI), (3) Jumlah tenaga kesehatan (bidan) berpengaruh signifikan terhadap Angka Kematian Ibu (AKI), dan (4) Variabel PKH, sanitasi layak, dan tenaga bidan secara simultan berpengaruh signifikan terhadap Angka Kematian Ibu (AKI) di Jawa Barat tahun 2019-2024. Secara spesifik, tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis tren perkembangan keempat variabel tersebut dan mengukur pengaruh Program Keluarga Harapan terhadap Angka Kematian Ibu dengan mengontrol faktor sanitasi dan tenaga kesehatan di Jawa Barat periode 2019-2024.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain penelitian longitudinal berbasis data sekunder. Jenis data yang digunakan adalah data panel (*pooled data*) yang menggabungkan dimensi *cross-section* dan *time series* untuk menganalisis dinamika perubahan variabel selama periode pengamatan. Penelitian dilakukan di Provinsi Jawa Barat dengan periode pengamatan dari tahun 2019 hingga 2024. Pemilihan lokasi penelitian didasarkan pada pertimbangan bahwa Jawa Barat merupakan provinsi dengan populasi terbesar di Indonesia dan menghadapi tantangan kompleks dalam penurunan Angka Kematian Ibu (AKI), sehingga representatif untuk dianalisis.

Populasi dalam penelitian ini mencakup seluruh kabupaten dan kota di Provinsi Jawa Barat yang berjumlah 27 wilayah administratif. Teknik pengambilan sampel menggunakan metode sensus, dimana seluruh anggota populasi dijadikan sebagai unit analisis. Kriteria inklusi yang diterapkan adalah: (1) seluruh 27 kabupaten/kota di Jawa Barat, (2) ketersediaan data lengkap untuk semua variabel penelitian periode 2019-2024, dan (3) tidak terdapat missing data yang signifikan. Berdasarkan kriteria tersebut, diperoleh sampel sebanyak 162 observasi ($27 \text{ kabupaten/kota} \times 6 \text{ tahun}$) dengan struktur *balanced panel*.

Prosedur penelitian diawali dengan pengumpulan data sekunder dari berbagai sumber resmi. Data Angka Kematian Ibu (AKI) diperoleh dari Open Data Jabar, sementara data cakupan Program Keluarga Harapan (PKH), persentase sanitasi layak, dan jumlah

tenaga bidan dikumpulkan dari publikasi Badan Pusat Statistik (BPS) Provinsi Jawa Barat. Seluruh data kemudian melalui proses cleaning dan transformasi untuk memastikan konsistensi dan kesiapan data untuk analisis. Tahap berikutnya meliputi analisis statistik deskriptif untuk memberikan gambaran umum tentang karakteristik data, dilanjutkan dengan analisis ekonometrika menggunakan regresi data panel.

Jenis data yang digunakan adalah data kuantitatif sekunder dengan definisi operasional variabel sebagai berikut: (1) Variabel dependen: Angka Kematian Ibu (AKI) diukur sebagai rasio kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup, (2) Variabel independen: Cakupan PKH diukur dengan jumlah Keluarga Penerima Manfaat (KPM) PKH, Sanitasi Layak diukur dengan persentase rumah tangga dengan akses fasilitas sanitasi memenuhi standar kesehatan, dan Tenaga Bidan diukur dengan jumlah bidan yang bertugas di fasilitas kesehatan. Instrumen penelitian mengandalkan data sekunder resmi yang telah diverifikasi keabsahannya oleh lembaga terkait.

Pengumpulan data dilakukan melalui studi dokumentasi dengan mengakses database resmi dari Open Data Jabar dan BPS Provinsi Jawa Barat. Teknik ini dipilih karena memberikan keuntungan dalam hal cakupan data yang komprehensif, periodisitas yang teratur, dan standar metodologi yang konsisten selama periode penelitian. Analisis data menggunakan pendekatan regresi data panel dengan model umum: $AKI_{it} = \beta_0 + \beta_1 PKH_{it} + \beta_2 Sanitasi_{it} + \beta_3 Bidan_{it} + \varepsilon_{it}$. Prosedur analisis meliputi: (1) Uji pemilihan model antara *Pooled Least Square*, *Fixed Effects*, atau *Random Effects* menggunakan Uji *Chow* dan Uji *Hausman*, (2) Estimasi parameter model terpilih, (3) Uji asumsi klasik yang meliputi uji multikolinearitas melalui matriks korelasi, uji heteroskedastisitas dengan Uji *Glejser*, dan uji normalitas residual dengan Uji *Jarque-Bera*, serta (4) Interpretasi hasil berdasarkan koefisien determinasi (*R-squared*), uji F, dan uji t. Seluruh analisis dilakukan dengan perangkat lunak EViews 13 yang khusus didesain untuk analisis data *time series* dan data panel.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Statistik Deskriptif

Gambaran umum data penelitian disajikan dalam Tabel 1. Selama periode 2019-2024, Angka Kematian Ibu (AKI) di Jawa Barat menunjukkan variasi yang cukup tinggi, dengan nilai terendah 5,20 dan tertinggi 98,50 per 100.000 kelahiran hidup. Standar deviasi yang besar (20,93) mengonfirmasi adanya disparitas kesehatan maternal yang signifikan antar kabupaten/kota. Cakupan Program Keluarga Harapan (PKH) juga bervariasi cukup lebar, mencerminkan perbedaan tingkat kemiskinan dan penetrasi program antar wilayah. Persentase rumah tangga dengan sanitasi layak rata-rata sudah cukup baik, namun masih terdapat wilayah dengan capaian di bawah 50%. Distribusi tenaga bidan menunjukkan ketimpangan yang mencolok, dimana jumlahnya berkisar dari 45 hingga 420 orang per kabupaten/kota.

Tabel 1. Statistik Deskriptif

Variabel	Rata-rata	Standar Deviasi	Minimum	Maksimum
AKI (Y)	29,72	20,93	5,20	98,50
PKH (X1)	15.250	8.430	2.150	38.750
Sanitasi(X2)	75,35	12,68	45,20	95,80
Bidan (X3)	185	95	45	420

Sumber: Open Data Jabar dan BPS Jawa Barat, data diolah (2025)

B. Hasil Uji Pemilihan Model

Pemilihan model terbaik dilakukan melalui serangkaian uji statistik. Berdasarkan Tabel 2 hasil Uji *Chow*, nilai probability *cross-section chi-square* sebesar 0,0002 yang lebih kecil dari 0,05 mengindikasikan bahwa model *Fixed Effects* lebih tepat dibandingkan model *Pooled Least Square*.

Tabel 2. Hasil Uji Chow

Redundant Fixed Effects Tests			
Equation: Untitled			
Test cross-section fixed effects			
Effects Test	Statistic	d.f.	Prob.
Cross-section F	2.287463	(26,132)	0.0012
Cross-section Chi-square	60.255944	26	0.0002

Sumber: Data diolah dengan EViews 13 (2025)

Selanjutnya, Uji *Hausman* dalam memperkuat pemilihan model *Fixed Effects* dengan nilai probability sebesar 0,0069 yang juga lebih kecil dari tingkat signifikansi 0,05.

Berdasarkan kedua uji tersebut, model *Fixed Effects* terpilih sebagai model terbaik untuk analisis data panel ini, yang mengindikasikan adanya karakteristik spesifik masing-masing kabupaten/kota yang tidak terobservasi namun konstan selama periode penelitian.

C. Hasil Estimasi Model *Fixed Effects*

Estimasi model *Fixed Effects* dengan koreksi *Robust Standard Errors* menghasilkan output seperti yang disajikan dalam Tabel 4. Model ini mampu menjelaskan 56,67% variasi AKI di Jawa Barat dengan nilai *R-squared* sebesar 0,566727.

Tabel 4. Hasil Estimasi *Fixed Effects* dengan *Robust Standard Errors*

Variabel	Koefisien	Std. Error	t-Statistic	Prob.
Konstanta	1.695.492	5.184.555	3.270.275	0.0222
PKH (X1)	1.16E-05	2.56E-06	4.531.695	0.0062
Sanitasi (X2)	-	0.077387	-	0.2108
Bidan (X3)	0.111030	0.001363	1.434.744	0.0001

Sumber: Data diolah dengan EViews 13 (2025)

Berdasarkan Tabel 4, variabel PKH (X1) dan tenaga bidan (X3) berpengaruh positif dan signifikan terhadap AKI pada tingkat signifikansi 1%, sementara variabel sanitasi layak (X2) tidak signifikan secara statistik meskipun memiliki tanda negatif sesuai dengan hipotesis. Nilai Prob(*F-statistic*) sebesar 0,000000 menunjukkan bahwa model signifikan secara keseluruhan.

D. Hasil Uji Asumsi Klasik

Uji asumsi klasik dilakukan untuk memastikan keandalan hasil estimasi. Uji

multikolinearitas yang ditunjukkan dalam Tabel 5 mengungkapkan bahwa tidak terdapat korelasi yang serius antar variabel independen.

Tabel 5. Matriks Korelasi Variabel Independen

	X1	X2	X3
X1	1.000000	-0.072959	0.527448
X2	-0.072959	1.000000	-0.042845
X3	0.527448	-0.042845	1.000000

Sumber: Data diolah dengan EViews 13 (2025)

Nilai korelasi tertinggi sebesar 0,527 antara variabel PKH dan tenaga bidan masih berada di bawah batas kritis 0,8, sehingga dapat disimpulkan tidak ada masalah multikolinearitas serius dalam model. Namun, uji normalitas residual menunjukkan nilai *Jarque-Bera* sebesar 89,38811 dengan probability 0,000000 yang mengindikasikan residual tidak berdistribusi normal. Meskipun demikian, dengan jumlah observasi yang besar ($n = 162$), estimasi parameter tetap konsisten.

E. Pembahasan Hasil Penelitian

Temuan penelitian yang menunjukkan pengaruh positif dan signifikan Program Keluarga Harapan terhadap AKI merupakan hasil yang kontra-intuitif dan berlawanan dengan hipotesis awal. Beberapa penjelasan yang mungkin adalah adanya *targeting error* dalam penyaluran PKH, dimana daerah dengan AKI tinggi justru mendapat alokasi PKH yang lebih besar sebagai respon terhadap masalah kesehatan yang ada. Fenomena ini sejalan dengan temuan Lagarde, Haines, & Palmer (2007) mengenai tantangan implementasi program *conditional cash transfer* di negara berkembang, dimana alokasi sumber daya seringkali lebih banyak ditujukan ke daerah dengan beban masalah yang lebih berat.

Pengaruh positif tenaga bidan terhadap AKI juga menjadi temuan yang menarik dan tidak sesuai dengan ekspektasi teoritis. Hasil ini kemungkinan mencerminkan adanya *reverse causality* dalam alokasi tenaga kesehatan. Daerah dengan beban kesehatan yang tinggi dan AKI yang elevasi justru cenderung mendapatkan alokasi tenaga bidan yang lebih banyak sebagai upaya penanganan masalah. Temuan ini konsisten dengan laporan WHO (2021) tentang pola alokasi sumber daya kesehatan yang seringkali responsif terhadap kondisi epidemiologi daerah.

Ketidaksignifikan variabel sanitasi layak mengindikasikan bahwa dalam konteks Jawa Barat, faktor sanitasi mungkin bukan determinan langsung yang mempengaruhi AKI dalam jangka pendek. Meskipun memiliki tanda negatif sesuai harapan, pengaruhnya tidak cukup kuat secara statistik. Hal ini dapat disebabkan oleh pengaruh sanitasi yang lebih bersifat tidak langsung atau termoderasi oleh variabel lain seperti kualitas air bersih, perilaku hidup bersih, dan faktor lingkungan spesifik lainnya.

Secara keseluruhan, temuan penelitian ini menyoroti kompleksitas determinan AKI di Jawa Barat dan pentingnya pendekatan yang komprehensif dalam evaluasi program kesehatan. Hasil penelitian mengingatkan bahwa intervensi yang tampaknya prospektif seperti PKH dan penambahan tenaga bidan tidak selalu menghasilkan outcome yang diharapkan tanpa didukung oleh implementasi yang berkualitas dan sistem pendukung yang memadai.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil analisis data panel dari 27 kabupaten/kota di Jawa Barat periode 2019-2024, dapat disimpulkan bahwa Program Keluarga Harapan (PKH) dan jumlah tenaga bidan terbukti memiliki pengaruh yang signifikan terhadap Angka Kematian Ibu (AKI), meskipun dalam arah yang berlawanan dengan hipotesis awal. Temuan ini mengungkap kompleksitas determinan AKI yang tidak hanya bergantung pada ketersediaan program dan tenaga kesehatan, tetapi juga pada kualitas implementasi dan konteks spesifik setiap wilayah. Sementara itu, variabel sanitasi layak tidak menunjukkan pengaruh yang signifikan terhadap AKI dalam periode penelitian ini.

Penelitian ini berhasil memetakan tren dan variasi spasial keempat variabel yang diteliti, sekaligus mengukur kontribusi PKH setelah mengontrol faktor sanitasi dan tenaga bidan. Hasil analisis menunjukkan bahwa efektivitas program PKH dalam menurunkan AKI memerlukan pendekatan yang lebih komprehensif, tidak hanya sekadar perluasan cakupan penerima manfaat, tetapi juga perbaikan dalam targeting akurat, monitoring pemenuhan kondisionalitas, dan penjaminan kualitas layanan kesehatan yang diakses. Demikian pula, penambahan jumlah tenaga bidan perlu diiringi dengan penguatan sistem pendukung, termasuk ketersediaan fasilitas, obat-obatan, dan sistem rujukan yang memadai.

Untuk penelitian selanjutnya, disarankan untuk mengeksplorasi variabel-variabel lain yang mungkin berpengaruh terhadap AKI, seperti kualitas layanan kesehatan, faktor budaya, kondisi geografis, serta variabel kebijakan lainnya. Pendekatan metode *mixed-methods* yang mengombinasikan analisis kuantitatif dengan studi kualitatif mendalam juga akan memberikan pemahaman yang lebih holistik mengenai mekanisme yang mendasari hubungan-hubungan yang ditemukan dalam penelitian ini. Selain itu, penelitian lanjutan dapat memperluas cakupan wilayah dan periode waktu untuk memperkuat generalisasi temuan.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pusat Statistik Jawa Barat. (2023). *Statistik Kesejahteraan Rakyat Jawa Barat Maret 2023*. Bandung: BPS Jawa Barat.
- Bakara, S. M., Widodo, A. P., Wardani, F. D. A. K., & Lubis, E. S. (2024). Layanan kesehatan lingkungan untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 17(1), 34–44.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. (2022). *Laporan Tahunan Kesehatan Ibu dan Anak Tahun 2022*. Bandung: Dinkes Jabar.
- Hafifah, N., & Abidin, Z. (2020). Peran Posyandu dalam meningkatkan kualitas kesehatan ibu dan anak di Desa Sukawening, Kabupaten Bogor. *Jurnal Pusat Inovasi Masyarakat*, 2(5), 893–900.
- Kementerian Kesehatan RI. (2023). *Laporan Tahunan Maternal Perinatal Death Notification (MPDN) Tahun 2023*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Sosial RI. (2023). *Laporan Realisasi Program Keluarga Harapan Tahun 2023*. Jakarta: Kemensos RI.
- Lagarde, M., Haines, A., & Palmer, N. (2007). Conditional cash transfers for improving uptake of health interventions in low- and middle-income countries: A systematic review. *JAMA*, 298(16), 1900–1910.
- Putra, G. W., & Pujiyanto, P. (2020). *Evaluasi dampak Program Keluarga Harapan*

terhadap pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan untuk layanan persalinan di Indonesia (Analisis data SUSENAS tahun 2018). Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia, 5(1), Artikel 7. <https://doi.org/10.7454/eki.v5i1.3898>

World Bank. (2010). *"...and then she died": Indonesia maternal health assessment.*

World Bank. <http://hdl.handle.net/10986/2837>

World Health Organization. (2021). *Global strategic directions for nursing and midwifery 2021-2025.* World Health Organization.

World Health Organization. (2023). *Trends in Maternal Mortality 2000-2020: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division.* Geneva: WHO.