

**BAB III**

**PROGRAM MPHD UNTUK MENINGKATKAN PELAYANAN**

**KESEHATAN**

Pada bab III ini penulis akan menjelaskan kasus tingginya angka kematian ibu (AKI) serta bayi (AKB) di Kabupaten Jember, program MPHD (Momentum Private Healthcare Delivery) dalam meningkatkan pelayanan kesehatan, dana hibah dari USAID untuk program MPHD.

**3.1 Kasus tingginya angka kematian ibu dan bayi di Kabupaten Jember**

Kematian ibu dan bayi di Indonesia merupakan salah satu masalah yang serius untuk dihadapi. Pada tahun 2015, dari setiap 100.00 kelahiran hidup di Indonesia, sekitar 305 ibu mengalami kematian.<sup>43</sup> Angka Kematian Ibu meningkat mendorong pemerintah untuk melakukan intervensi struktural guna menurunkan AKI dan AKB.

Faktor yang menyebabkan tingginya AKI di Indonesia meliputi keadaan kesehatan ibu sebelum hamil, seperti anemia, kurang kalori, obesitas, dan penyakit penyerta.<sup>44</sup> Selain itu, komplikasi yang terjadi pada

---

<sup>43</sup> Ignatius Hubert dan Windy Dermawan, "West Jakarta Government's Paradiplomacy towards Global Public in Kalideres Refugee Issues," *Society* 8, no. 2 (2020): 567–80, <https://doi.org/10.33019/society.v8i2.218>.

<sup>44</sup> Anastasia Wulandari, Putri Asmita Wigati, dan Ayun Sriatmi, "Analisis Pelayanan Antenatal dan Faktor – Faktor yang Berkaitan dengan Cakupan Pelayanan Antenatal oleh Bidan Desa Di Kabupaten Jember," *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)* 5, no. 1 (2017): 14–23.

masa nifas juga dapat memicu kematian pada ibu. faktor risiko lainnya termasuk kehamilan di bawah umur dan hipertensi.<sup>45</sup>

Upaya penurunan angka kematian ibu dilakukan melalui berbagai strategi, seperti pengembangan akses layanan kesehatan guna bayi serta ibu, pemberdayaan masyarakat, serta pengembangan mutu layanan kesehatan.<sup>46</sup> Pemerintah juga sudah melakukan penetapan target percepatan pengurangan AKI yakni 7,5% per tahun.<sup>47</sup> Meskipun demikian, masih terdapat tantangan dalam menurunkan AKI serta AKB di Indonesia. Sejumlah faktor yang ikut serta memberi sumbang sih pada tingginya AKI serta AKB antara lain kondisi kesehatan ibu saat hamil, seperti anemia dan penyakit darah tinggi, serta akses terbatas terhadap layanan kesehatan. Pemerintah Indonesia terus berupaya untuk mengatasi masalah ini dengan kebijakan dan program-program yang bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan bayi. Namun, masih diperlukan kerja sama berbagai pihak untuk guna meraih sasaran pengurangan AKI serta AKB yang lebih baik.

Tujuh puluh lima persen kematian bayi terjadi pada minggu pertama kehidupan. Sekitar 24 jam pertama kehidupan, satu juta bayi baru lahir meninggal dalam pada tahun 2019. Banyaknya bayi yang baru dilahirknya meninggal pada tahun 2019 disebabkan oleh infeksi, kelainan kelahiran,

---

<sup>45</sup> Kusumawati Nurhidajat A, "EFEKTIVITAS PELAKSANAAN PERCEPATAN PENURUNAN ANGKA KEMATIAN IBU ( AKI ) DI INDONESIA The Effectiveness of The Action to Accelerate The Reduction of Maternal Mortality Rate in Indonesia," no. 1 (n.d.): 1–28.

<sup>46</sup> Kabupaten Bulukumba dan D A N Takalar, "IMPLEMENTASI KEBIJAKAN KESEHATAN MASYARAKAT DALAM UPAYA MENURUNKAN ANGKA KEMATIAN IBU DAN BAYI ( STUDI" 1 (2020).

<sup>47</sup> *Op Cit*

kelahiran prematur, dan masalah terkait kerja (seperti hipoksia atau asfiksia pada saat lahir. Kematian bayi baru lahir dapat menyumbang hingga 43% dari jumlah kematian bayi di bawah umur lima tahun. Kurang lebih dari 7.000 kematian bayi baru lahir terjadi setiap hari di seluruh dunia pada tahun 2018. Meskipun masih ada perbedaan yang signifikan di beberapa bagian dunia, Angka kematian tersebut telah menurun sejak tahun 1990.

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan perinatal sebagai waktu selama kehamilan yang antara 28 minggu dan satu minggu atau tujuh hari setelah persalinan. Kematian janin dari 28 minggu kehamilan hingga kematian bayi tujuh hari sesudah kelahiran dikenal sebagai kematian perinatal. Dua jenis kematian bayi adalah kematian neonatal dini dan kematian janin akhir. *Perinatal mortality rate* adalah alat yang berguna untuk mengevaluasi efektivitas layanan kesehatan.

Jumlah kematian perinatal dibagi dengan jumlah total kelahiran mati dan kelahiran hidup pada tahun yang sama, dikalikan dengan 1000, adalah tingkat kematian perinatal. Secara global, terjadi penurunan sebesar 4,1 juta kematian perinatal tahun 2015 dari tahun 2000 sebanyak 5,7 juta . Di sejumlah negara berpenghasilan rendah serta menengah, kematian perinatal adalah masalah kesehatan masyarakat yang signifikan. Sejumlah negara berpenghasilan rendah dan menengah sering mengalami kematian bayi baru lahir. Menurut data WHO, ada 50 kematian perinatal untuk setiap 1.000 kehamilan di negara kurang berkembang. Tingkat kematian perinatal di negara-negara maju adalah 10 per 1.000 kehamilan. Benua Afrika memiliki

tingkat kematian perinatal paling tinggi di dunia, dengan 62 kematian per 1.000 kehamilan menurut wilayah dunia. Sebanyak 75 dan 76 kematian per 1.000 kehamilan merupakan tingkat kematian perinatal tertinggi di Afrika Tengah dan Barat. Tingkat kematian perinatal di benua Asia adalah 50 kematian per 1.000 kehamilan, memuncak di wilayah Asia Selatan-Tengah dengan 65 kematian per 1000 kehamilannya. Empat puluh dua orang meninggal untuk setiap 1.000 kehamilan di wilayah Oceania. Asia Tenggara memiliki tingkat kematian bayi tertinggi di wilayah Asia, yaitu 22/1.000 kehamilan. Jumlah 23 kematian tertinggi per 1.000 kehamilan ditemukan di Indonesia.

Angka kematian bayi yang mencapai 56,000 pada tahun 2020, Indonesia berada diposisi 10 negara teratas di dunia (WHO 2022). Indonesia timur memiliki tingkat kematian bayi tertinggi, dengan Provinsi Maluku Utara sebanyak 62 / 1.000 kelahiran hidup dan Papua Barat memiliki angka tertinggi 74 /1000 kelahiran berdasarkan hasil SDKI tahun 2012. Kematian perinatal menyumbang dua pertiga dari kematian bayi di Indonesia, berlandaskan Departemen Kesehatan RI pada tahun 2009. Laporan IDHS 2007, ada 25 dan 24 kematian perinatal di Indonesia untuk setiap 1.000 kehamilan. Angka tersebut meningkat menjadi 26 kematian per 1.000 kehamilan pada SDKI 2012. Sementara itu, 21 kematian per 1.000 kehamilan dilaporkan sebagai angka kematian perinatal dalam data IDHS 2017. Dengan mencoba menurunkan tingkat kematian neonatal menjadi setidaknya 12 per 1.000 kelahiran, semua negara diproyeksikan dapat

mencegah kematian bayi pada tahun 2030, sesuai dengan target SDGs. Berdasarkan data statistik ini menunjukkan bahwa tingkat kematian perinatal Indonesia saat ini masih jauh dari sasaran untuk SDG.

Wanita antara usia 40 dan 49 apabila diteliti berisiko mengalami kematian perinatal tertinggi, dengan 38 kematian per 1.000 kehamilan menurut SDKI 2017. Jarak antara 27 dan 38 bulan kehamilan adalah periode kelahiran dengan tingkat kematian perinatal terendah, yaitu 14 kematian per 1.000 kehamilannya. Data SDKI menunjukkan bahwa tingkatan perinatal sangat dipengaruhi oleh pendidikan. Sebanyak 66 dari 1.000 kehamilan yakni wanita tidak memiliki pendidikan layak. Untuk wanita yang tidak menyelesaikan pendidikan dasar, tingkat kematian perinatal menurun lebih dari setengah menjadi 28 kematian per 1.000 kehamilan (BPS 2017). Tingkat kematian perinatal sering digunakan sebagai pembandingan negara atau wilayah yang berbeda. Penilaian terhadap pelayanan persalinan suatu negara untuk menjamin kelahiran bayi yang sehat dapat dievaluasi menggunakan indikator angka kematian perinatal. Evaluasi kesehatan dan perawatan ibu selama kehamilan juga dapat dilakukan dengan menggunakan mortalitas perinatal sebagai indikator. Meskipun faktor sosial memiliki dampak utama terhadap kelahiran, tetapi saat ini masyarakat modern cenderung mendapat pelayanan medis yang baik.

Angka kematian perinatal saat ini berfungsi sebagai upaya peningkatan kesehatan yang setara dan telah dilakukan di Indonesia untuk menguntungkan semua lapisan sosial dan wilayah geografis. Dapat

disimpulkan bahwa terdapat kekurangan layanan kesehatan yang tepat di Indonesia, terutama untuk wilayah timur dan tempat-tempat pedesaan lainnya apabila dinilai dari jumlah angka kematian perinatal. Untuk meningkatkan hasil kesehatan dengan menurunkan kematian perinatal, pembuat kebijakan harus mengenali masalah, memantau tren, mengidentifikasi perbedaan geografis dan waktu, serta mengoptimalkan intervensi dalam praktik kesehatan masyarakat.

Kesehatan masyarakat terganggu sehingga menjadi indikator banyaknya kematian bayi yang baru dilahirkan beserta ibunya.<sup>48</sup> Adapun prioritas utama Indonesia untuk pembangunan kesehatan yang baik adalah meningkatkan kesehatan bayi dan ibu yang baru melahirkan. Masalah kesehatan ibu dikatakan paling menonjol oleh kondisi kesehatan wanita hamil di Kabupaten Jember. Terutama di Provinsi Jawa Timur yang mempunyai total kematian anak dan ibu paling tinggi, yaitu Kab. Jember.<sup>49</sup> Masalah yang membutuhkan perhatian khusus yakni kesehatan wanita hamil di Jember.<sup>50</sup> Peningkatan angka kematian ibu yang terjadi baru-baru ini adalah bukti dari masalah tersebut.

---

<sup>48</sup> *Op Cit*

<sup>49</sup> Unmuh Jember, "Gandeng UM Jember, UNAIR bersama UNICEF Siap Atasi Angka Kematian Ibu Hamil dan Bayi Baru Lahir," <https://unmuhjember.ac.id/id/>, 2021, <https://unmuhjember.ac.id/id/beranda/berita/berita-2/372-gandeng-um-jember,-unair-bersama-unicef-siap-atasi-angka-kematian-ibu-hamil-dan-bayi-baru-lahir.html>.

<sup>50</sup> Rossalina Adi Wijayanti, Dahlia Indah Amareta, dan Novita Nuraini, "Analysis of Factors Influencing The Maternal Mortality Rate at Jember Districts in 2018," *Jurnal Wiyata* 7, no. 2 (2020): 124–32.

**Gambar 3.1 Jember Sebagai Tertinggi dalam Kematian Ibu dan Anak**



**Sumber : Wawancara dengan Bidang Pemerintahan Bappeda**

Berdasarkan data dari gambar diatas bahwa Terdapat gambaran umum terkait jumlah anak dan ibu yang baru melahirkan di wilayah Kabupaten Jember. Dalam hal ini Indonesia merupakan sebuah negara yang menganut sistem desentralisasi. Sehingga dalam berbagai wilayah di Indonesia memiliki kewenangan masing-masing dalam mengurus urusan pemerintahan. Termasuk ketika berhubungan dengan masalah kesehatan termasuk pada segmentasi antara setiap kelompok. Kabupaten Jember menjadi salah satu wilayah dengan kasus tersebut.

Di mana hal ini dapat menjadi catatan penting bagi Pemerintah Kabupaten Jember untuk meningkatkan pelayanan dan program kerja di bidang kesehatan. Gambaran umum terkait dengan hadirnya kondisi tersebut dapat dideskripsikan melalui berbagai informasi yang ditemukan di media. Data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, dan rencana kerja tahunan USAID ditemukan bahwa jumlah anak bayi dan ibu yang baru melahirkan mengalami kematian di Kabupaten Jember masih sangat tinggi.

Pada tahun 2020 ditemukan jumlah ibu yang meninggal tercatat sebanyak 61 kasus dan kematian bayi sebanyak 324 kasus. Sedangkan tahun 2021 terjadi kematian ibu sebanyak 115 kasus dan kematian bayi sebanyak 349 kasus.

Pada Tahun 2022 sebanyak 58 kasus ibu meninggal dan angka kematian bayi di angka 216 kasus. Dalam hal ini dapat terlihat jumlah yang sangat banyak yang menjadi salah satu poin penting untuk melihat seberapa besar masalah yang ada terkait dengan kesehatan ibu dan bayi. Ada 128 kematian bayi dan 39 kematian ibu yang terjadi antara bulan Januari dan November 2023.<sup>51</sup> Kabupaten Jember berkontribusi paling banyak pada tingkat kematian bayi baru dilahirkan serta ibunya di Jawa Timur berlandaskan data yang diketahui oleh Dinkes Kab. Jember. Di mana hadirnya angka yang tinggi tersebut juga muncul karena adanya jumlah ibu melahirkan yang cukup banyak di wilayah tersebut.

Perlu diketahui bahwa Kabupaten Jember sendiri diketahui terdapat 20.000 angka kelahiran setiap tahun.<sup>52</sup> Salah satu penyebab dalam tingginya jumlah bayi serta ibu yang meninggal di Kabupaten Jember yaitu pada kondisi kesehatan yang memburuk karena belum maksimal pada pelayanan antenatal<sup>53</sup>. Pelayanan antenatal merupakan salah satu usaha dalam menurunkan jumlah kematian anak dan ibu. Terdapat faktor lain penyebab

---

<sup>51</sup> Yakub Mulyono, "Angka Kematian Ibu dan Bayi di Jember Tertinggi se-Jatim, Ini Kata Kadinkes," <https://www.detik.com>, 2023, <https://www.detik.com/jatim/berita/d-7038555/angka-kematian-ibu-dan-bayi-di-jember-tertinggi-se-jatim-ini-kata-kadinkes>.

<sup>52</sup> Yuniasih Purwaningrum, "3\_Yuniasih\_DianAby+(19-23)+OK," *Ocean Learning Center (OLC)* 4, no. 1 (2020): 19–23.

<sup>53</sup> *Op Cit* Hal 14–23.



kurang optimalnya pelayanan kesehatan ibu dan bayi diantaranya pelayanan umum yang dinilai kurang efisien dalam memenuhi kebutuhan ibu dan bayi hal ini dikarenakan minimnya informasi tentang adanya pelayanan kesehatan anak dan ibu, kegiatan posyandu berhenti selama pandemi Covid-19, terlalu banyak tahapan dalam mengurus rujukan persalinan, dan sebagian besar masyarakat Jember memilih periksa mandiri ke dokter spesialis kandungan atau bidan praktik.<sup>54</sup> Faktor-faktor tersebut yang menyebabkan kurang optimalnya pelayanan kesehatan di Kabupaten Jember.

Sebelumnya Pemerintah Kabupaten Jember telah berusaha untuk mengurangi jumlah bayi yang beru dilahirkan besera ibunya supaya kesehatannya tidak menurun dengan melakukan peluncuran program Gerak Berlian. Penerapan program ini dilakukan di taraf puskesmas di bawah pengawasan Kepala Puskesmas yang mengikut sertakan kolaborasi lintas sektoral. Guna memfasilitasi koordinasi lintas sektoral, pemerintah Kabupaten Jember telah melakukan pengeluaran Surat Keputusan pada pimpinan kecamatan guna turut berperan dalam melakukan penurunan AKB serta AKI yang baru melahirkan di wilayah tersebut. Langkah ini diharapkan dapat memperlancar kerja sama antara Puskesmas dimana menjadi garda terdepan pelayanan kesehatan masyarakat dengan pihak lainnya. Namun, saat mengimplementasikan program ini, terdapat beberapa

---

<sup>54</sup> kunthi kencana makayasa Putri, "Hubungan Antara Kualitas Pelayanan Poli KIA/KB dengan Derajat Kesehatan Ibu dan Anak di Puskesmas Kabupaten Jember," 2015, 61.

tantangan dan kesulitan dalam mengadopsi program tersebut secara optimal.<sup>55</sup>

### 3.2 Program MPHD Di Indonesia

MPHD memfokuskan implementasinya di lima provinsi di wilayah Indonesia bagian barat dimana 50% dari seluruh kematian ibu terjadi: DKI Jakarta, Sumatera Utara, Banten, Jawa Timur, dan Sulawesi Selatan. Sebagian besar wilayah ini sebelumnya juga didukung oleh investasi Jalin dari USAID. Provinsi-provinsi tersebut dipilih berdasarkan profil dan kebutuhan MNH; provinsi ini merupakan provinsi prioritas bagi USAID Indonesia dan Kementerian Kesehatan/Direktorat Kesehatan Keluarga. MPHD berencana untuk berkoordinasi erat dengan investasi USAID lainnya di provinsi-provinsi tersebut, termasuk MCGL, yang akan mendukung peningkatan kualitas layanan MNH di sektor publik di provinsi Sumatera Utara, Banten, Jawa Timur, dan Sulawesi Selatan, serta di provinsi Nusa Tenggara Timur. Selain itu, MPHD akan memberikan bantuan teknis yang ditargetkan kepada Kementerian Kesehatan dalam berbagai kegiatan yang memerlukan advokasi, koordinasi, dan tindakan di tingkat nasional.

Pada Tahun 1, MPHD memodifikasi pendekatan bertahap proyek dan meningkatkan pelaksanaan dari 10 kabupaten menjadi 13 kabupaten berdasarkan rekomendasi dari Dinkes Provinsi serta Dinkes. Selain itu, Dinas Kesehatan juga memberikan saran untuk mengidentifikasi mentor

---

<sup>55</sup> Ni Baroya, "DOI: <http://dx.doi.org/10.33846/sf12106> Tantangan Proses Implementasi Program Penurunan Angka Kematian Ibu di Wilayah Kerja Puskesmas Panti Kabupaten Jember Elok Permatasari" 12, no. 7 (2021): 21–25.

rumah sakit yang tersedia dan memilih fasilitas kesehatan yang didampingi di tingkat kabupaten dan provinsi. MPHD mengadakan diskusi dengan Dinas Kesehatan penetapan kriteria pemilihan seperti fasilitas dengan volume persalinan yang tinggi dan apakah fasilitas tersebut merupakan rumah sakit/klinik jaringan. Keberlanjutan hubungan pendampingan antara rumah sakit dan fasilitas kesehatan serta ketahanan lembaga mitra lokal yang menjadi pertimbangan penting yang dilakukan Dinas kesehatan.

Fase awal MPHD di Indonesia memungkinkan MPHD untuk mengembangkan pemahaman yang mendalam dan berbeda mengenai konteks serta melibatkan berbagai pemangku kepentingan dalam analisis masalah dan penyusunan strategi milik lokal. Pemahaman awal ini memberikan masukan bagi pengembangan rencana kerja untuk perbaikan berkelanjutan terhadap MNH di sektor swasta.<sup>56</sup> Fase ini mencakup penilaian cepat dan kepekaan pemangku kepentingan, serta kegiatan konsultasi/kreasi bersama.

Berdasarkan pemangku kepentingan MPHD melakukan pemetaan pemangku kepentingan dan donor untuk mengidentifikasi siapa yang harus dilibatkan dalam penilaian cepat, konsultasi/kreasi bersama pemangku kepentingan, dan implementasi program yang relevan dengan pertanyaan-pertanyaan yang ingin dijawab oleh MPHD. MPHD melibatkan staf USAID Indonesia; staf Pemerintah Indonesia yang relevan di berbagai tingkat

---

<sup>56</sup> *Op Cit*

(nasional, provinsi, dan kabupaten); aktor dan organisasi terkait di sektor swasta termasuk lembaga pra-layanan serta penyedia layanan kesehatan jaringan dan non-jaringan; dan organisasi masyarakat sipil (CSO) yang relevan.

Untuk mengatasi kesenjangan pengetahuan yang tersisa setelah peninjauan data sekunder dan sintesis hasil tinjauan pustaka, MPHD Indonesia mengembangkan dua alat pengumpulan data: 1) panduan fasilitasi untuk digunakan dalam konsultasi/kreasi bersama pemangku kepentingan; dan 2) daftar periksa observasi dan panduan wawancara yang akan digunakan untuk pemetaan fasilitas swasta di Tahun 1. Alat-alat tersebut dibagikan kepada USAID untuk ditinjau dan didiskusikan.

MPHD melakukan pemetaan fasilitas swasta. Pemetaan dilakukan di 77 rumah sakit swasta di enam kabupaten (Deli Serdang, Tangerang, Jakarta Timur, Gowa, Makassar, dan Sidoarjo) dari lima provinsi MPHD. Melalui penilaian ini, menemukan bahwa rumah sakit yang berjejaring lebih besar kemungkinannya untuk berkolaborasi dengan program asuransi kesehatan nasional dan lebih besar kemungkinannya untuk melayani wilayah pedesaan dibandingkan rumah sakit yang tidak memiliki jaringan. Sebagian besar rumah sakit memiliki akreditasi aktif namun menghadapi tantangan untuk memenuhi standar kualitas Kementerian Kesehatan.

### 3.3 USAID Dan Dana Hibah Untuk Program MPHD

Aktivitas diplomatik dalam hubungan internasional memerlukan kebijakan luar negeri yang strategis agar dapat mencapai kepentingan nasional suatu negara. Kebijakan luar negeri tersebut dapat dicapai dengan baik melalui kompetensi yang dimiliki oleh badan urusan luar negeri negara, misalnya dengan memerintahkan kementerian luar negeri atau agensi pemerintah yang sejenis.<sup>57</sup> Melalui badan tersebut, pelaksanaan kebijakan luar negeri dapat dieksekusi dengan menggunakan instrumen-instrumen yang umum dalam hubungan internasional. Salah satu instrumen tersebut dapat berbentuk bantuan internasional.

Seorang tokoh politik internasional bernama Hans Morgenthau, pada artikelnya dengan judul *A Political Theory of Foreign Aid*, mendefinisikan bantuan luar negeri selaku kegiatan melimpahkan dana, jasa, serta barang, dari satu negara ke negara lain.<sup>58</sup> Bantuan tersebut dilimpahkan oleh negara pendonor ke negara penerima dengan berbagai macam konteks, menyesuaikan dengan kepentingan yang dimiliki oleh negara pendonor. Sehingga peluang keefektifan bantuan luar negeri dapat dicapai dengan maksimal.

Bantuan luar negeri merupakan kejadian yang berulang dalam bidang Hubungan Internasional yang mengacu pada pemberian bantuan

---

<sup>57</sup> Robert Jackson dan Georg Sorensen., *Pengantar Studi Hubungan Internasional (diterjemahkan oleh Dadan Suryadipura)* (Yogyakarta: Pustaka Pelajar. Hal. 442., 2013).

<sup>58</sup> Hans Morgenthau., *A Political Theory of Foreign Aid* (The American Political Science Review. Vol. 56. No. 2. Hal. 301., 1962).

antar negara. Selanjutnya, korelasi antara negara berkembang dan negara maju. Robert Gilpin, pakar di bidang hubungan internasional, menjelaskan bahwa bantuan luar negeri melibatkan transfer sumber daya keuangan dari negara-negara maju atau kaya secara ekonomi ke negara-negara yang kurang beruntung secara ekonomi.<sup>59</sup> Menurut KJ Holsti, bantuan luar negeri mengacu pada barang, transfer uang, atau pemahaman teknologi dari suatu negara ke negara lain. Transfer ini telah digunakan selaku alat politik pada hubungan internasional selama berabad-abad.

Bantuan luar negeri mengacu pada tindakan mentransfer sumber daya, seperti hibah, barang, atau saran teknis, dari satu pemerintah ke pemerintah lainnya. K.J. Holsti kemudian menguraikan empat kategori bantuan luar negeri, yang meliputi dukungan teknis, hibah, pinjaman pembangunan, dan bantuan kemanusiaan darurat.<sup>60</sup> Penelitian berfokus pada bentuk spesifik bantuan keuangan yang diberikan dalam konteks bantuan teknis, yang berkaitan dengan studi kasus yang disajikan oleh penulis. USAID memberikan bantuan hibah Amerika kepada Indonesia, khususnya kepada Kabupaten Jember, sebagai salah satu komponen program MPHD, dengan tujuan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan di Kabupaten Jember.

---

<sup>59</sup> K. J Holsti, *Taming The Sovereigns Institutional Change in International Politics* (S. Smith, Ed.). (Cambridge University Press., 2005).

<sup>60</sup> Y. Rifaldy, *Melihat Latar Belakang Australia dalam Memberikan Bantuan Luar Negeri ke Kawasan Pasifik*. (Jurnal Hubungan Internasional, 2020).

USAID dalam memberikan bantuan dana hibah kepada Indonesia dalam bidang kesehatan guna melakukan penurunan AKI serta AKB masuk kedalam kategori jenis-jenis bantuan hibah (grant). Pemerintah Amerika Serikat sudah berjanji guna mendukung pemerintah Indonesia selaku bagian dari tujuan kebijakan luar negerinya untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan. Komitmen ini mencerminkan keinginan Amerika Serikat untuk berkontribusi kepada negara-negara yang berpotensi berkolaborasi dengannya. Guna meraih tujuan ini, pemerintah Amerika Serikat akan menawarkan dukungan teknis dan mengalokasikan dana hibah.<sup>61</sup>

Mekanisme penyelenggaraan bantuan pada pemerintah Indonesia diselenggarakan pada program MPHD terkait peningkatan pelayanan kesehatan ibu dan bayi. USAID MPHD sendiri merupakan kerjasama dengan 8 pemerintah daerah yaitu : Malang, pasuruan, sidoarjo, kediri, bojonegoro, banyuwangi, jombang, dan Kabupaten Jember. USAID menawarkan bantuan keuangan dalam bentuk pembiayaan hibah untuk anggaran pemerintah pusat. Hal ini mencakup pengalokasian hibah dari pemerintah pada Pemda, yang dimasukkan dalam APBN, suatu dokumen pelaksanaan anggaran yang disiapkan oleh pemakai anggaran yang berwenang. Sebagai komponen anggaran yang diusulkan oleh bendahara umum negara. Setelah APBN selesai, pencairan hibah dapat dilanjutkan setelah disetujui dan dialokasikannya dana DIPA Hibah kepada Pemerintah

---

<sup>61</sup> Duncan. Koremenos, B., Lipson, C., & Snidal, *The Rational Design of International Institutions*. (Cambridge University Press., 2004).

Daerah dalam perubahan APBN. Apabila hibah luar negeri diterima setelah perubahan APBN selesai, maka hibah tersebut dapat dilaksanakan setelah DIPA Hibah kepada Pemerintah Daerah disetujui dalam laporan keuangan pemerintah pusat.

