e-ISSN: 2550-0813 | p-ISSN: 2541-657X | Vol 9 No 5 Tahun 2022 Hal. : 1795-1807

NUSANTARA: Jurnal Ilmu Pengetahuan Sosial

available online http://jurnal.um-tapsel.ac.id/index.php/nusantara/index

PERBANDINGAN RESPONS ANTARA ASEAN DAN EU TERHADAP PENYEBARAN PENYAKIT EBOLA 2014

Benita Kristi Firmalasari, Renitha Dwi Hapsari

UPN Veteran Jawa Timur

Abstrak

Di tahun 2014, Ebola menjadi epidemi yang menjadi fokus perhatian dunia, setelah korban meninggal mulai berjatuhan terus meningkat di Afrika Barat. Semakin meningkatnya jumlah kasus infeksi dan jumlah penderita yang meninggal ini, telah mengundang perhatian pihak internasional, termasuk negara-negara Eropa dan Asia Tenggara. Kedua kawasan tersebut memiliki pendekatan dan respon yang berbeda dalam menghadapi epidemi tersebut. Penelitian ini berupaya menjelaskan perbedaan respon antara Uni Eropa dan ASEAN sebagai organisasi regional dalam menghadapi tantangan kesehatan global. Penelitian ini menggunakan metode komparasi dalam menjelaskan respon kedua organisasi regional. Dalam hal ini, Uni Eropa berkoordinasi dengan WHO dan NGOs berupaya membantu menangani penyebaran ebola, melalui bantuan dana, penelitian, pengembangan vaksin serta mendukung sistem kesehatan nasional negara terdampak. Berbeda dengan Uni Eropa, ASEAN berupaya mengatasi penyebaran dengan memberikan bantuan investasi sistem kesehatan yang tangguh, serta pengiriman tenaga medis di negara terdampak. Di sisi lain, penyebaran penyakit ebola juga menjadi pelajaran berharga bagi kedua organisasi regional tersebut, agar meningkatkan sistem dan mekanisme regional dalam menanggapi ancaman kesehatan global.

Kata Kunci: Ebola, Uni Eropa, ASEAN, ancaman kesehatan global, mekanisme regional.

*Correspondence Address : benitakristi3@gmail.com
DOI : 10.31604/jips.v9i5.2022.1795-1807
© 2022UM-Tapsel Press

PENDAHULUAN

Penyakit virus Ebola (EVD) adalah penyakit yang dapat berakibat fatal pada manusia. Ini disebabkan oleh virus zoonosis yang berpindah dari hewan ke manusia, kemudian menyebar lebih jauh melalui penularan dari manusia ke manusia. Penyakit ini memiliki dampak yang dapat mengancam keamanan, ekonomi, dan sistem perawatan kesehatan di daerah yang terkena dampak.(Odutayo, 2015).Seperti yang ditunjukkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia pada tahun 2014, sekitar 10.000 orang telah terinfnfeksi ebola. Ebola di wilayah Afrika mengakibatkan angka kematian yang tinggi (Rajiah, 2015:1).

Pada September 2014, Dewan Keamanan Perserikatan Bangsa-Bangsa (DK PBB) menyatakan wabah Penyakit Virus Ebola (EVD) di Afrika sebagai ancaman bagi perdamaian dan keamanan internasional (Nunes, 2016:542). Wabah dimulai pada Desember 2013 di distrik Gueckedou pedesaan Guinea. Virus tersebut diharapkan hanya terjadi di Guinea, karena pada April 2014, sangat sedikit kasus yang diidentifikasi di negara tetangga Liberia dan Sierra Leone. Selain itu, penurunan jumlah kasus yang dikonfirmasi di Guinea memberi harapan bahwa epidemi mulai mereda (Nunes, 2016:542). Namun, harapan itu sirna ketika Mei 2014, jumlah kasus yang dilaporkan meningkat tajam di tiga negara tersebut, dan pada 16 Agustus, penyakit telah menyebar ke Nigeria, dengan 2.240 total kasus dan 1.229 kematian di empat negara (Nunes,2 2016:543). Menurut Dr. James M. Hughes, keterlambatan dalam pengenalan, pelaporan, dan tanggapan di Guinea memungkinkan (Nunes, 2016:554) penyebab terjadinnya penyebaran EVD (*Ebola Virus Disease*) ke pusat-pusat perkotaan di wilayah tersebut, di mana ia dengan cepat meningkat dengan konsekuensi mematikan bagi pasien, petugas kesehatan, keluarga, dan komunitas local (Nunes, 2016:556). Pada Maret 2015, total 24.247 kasus EVD menyebabkan 9.961 kematian, telah dilaporkan di sembilan negara: Nigeria, Senegal, Guinea, Liberia, Mali, Sierra Leone, Spanyol, Inggris, dan Amerika Serikat (Nunes, 2016:556). Selain itu, di negara-negara ASEAN seperti Malaysia, Laos,Filipina,Indonesia,BruneiDarussalam,Singapore,dan Myanmar.

Virus Ebola adalah anggota dari keluarga Filoviridae. Ada lima varian viru Ebola yang telah diidentifikasi: Zaire, Sudan, Bundibugyo, Ta¨ı Forest dan Reston. Tiga yang pertama menyebabkan sebagian besar penyakit pada manusia dengan tingkat kematian kasus mulai dari 25% hingga 90% (WHO, 2016). Baik virus Ta¨ı Forest dan Reston Ebola menyebabkan penyakit pada primata bukan manusia, tetapi infeksi pada manusia terbatas pada satu kasus Ta¨ı Forest Virus Ebola dan sebagian besar infeksi tanpa gejala dengan virus Reston Ebola (CDC, 2016). Virus Ebola memiliki potensi epidemi yang signifikan, seperti yang terjadi di tahun 2013–2016 wabah Afrika Barat. Disebabkan oleh strain Zaire, wabah ini belum pernah terjadi sebelumnya dalam skala lebih besar dari gabungan semua wabah lainnya, dengan 28.646 kasus yang dilaporkan (dikonfirmasi, kemungkinan dan dugaan) dan 11.323 kematian dilaporkan (CDC, 2016). Wabah Ebola ini adalah yang pertama menyebabkan ancaman kesehatan masyarakat global yang besar dan yang pertama di mana virus menyebar melintasi beberapa batas internasional.

Meskipun Ebola diketahui menyebabkan wabah di Afrika Tengah dan Timur, tidak kasus manusia sporadis atau wabah sebelumnya telah dilaporkan di Afrika Barat. Meskipun demikian, ada wabah besar pada tahun 1994 di antara primata non-manusia di Pantai Gading

dengan satu dokter hewan kemudian terinfeksi. Karena ini, fase awal wabah di Afrika Barat, Ebola tidak dianggap sebagai diagnosis banding, dengan demam Lassa—demam hemoragik virus lain yang dikenal terjadi pada manusia di Afrika Barat—dianggap sebagai penyebab yang lebih mungkin. Sifat meluas dari wabah Afrika Barat dianggap terkait ke komunitas yang sangat mobile dan daerah padat penduduk yang terkena dampak ditahap awal wabah. Wabah sebelumnya terbatas pada daerah terpencil, area pedesaan yang memungkinkan upaya penahanan awal menjadi lebih efektif. Sebagian besar dari kasus dalam wabah Afrika Barat terlokalisasi ke tiga negara dengan transmisi intens yaitu: Sierra Leone, Liberia dan Guinea. Tujuh negara lain memiliki minor wabah dengan penularan yang tidak berkelanjutan atau kasus yang terisolasi, semuanya berasal dari Afrika Barat: Nigeria, Mali, Senegal, Spanyol, Inggris, Amerika Serikat dan Italia. Negara-negara lain juga menerima kasus yang dievakuasi dari Afrika Barat untuk rawat inap, termasuk Jerman, Prancis, Swiss, Belanda dan Norwegia (Coltart,dkk. , 2017: 2013) .

METODE PENELITIAN

IIona Kickbush dari Graduate Institute of International and Development Studies Geneva mendefinisikan Kesehatan Global sebagai: "*health issues that transcend national boundaries and governments and call for actions on the global forces that determine the health of people"(Kickbush 2006: 561)*. Pendapat berbeda mendefinisikan kesehatan global sebagai: "*an area for study, research and practice that places a priority on improving health and achieving equity in health for all people worldwide*" (Koplan, 2009: 1993). Beberapa negara juga memiliki definisi kesehatan global yang mencerminkan kepentingannya masing-masing. Inggris mendefinisikan kesehatan global sebagai: "*health issues where determinants circumvent, undermine or are oblivious to the territorial boundaries of states and are thus beyond the capacity of individual countries to address through domestic institutions"(UK Gov, 2008)*. Sedangkan Thailand dalam dokumen *Global Health Strategic Framework 2016-2020* mendefinisikan kesehatan global sebagai "*issues related to health problems or concerns across the borders or the consequences outside borders exceeding the ability of one single state to handle successfully and requires collaborative mechanisms from all sectors at regional and international levels to address health issues and determinants (Thailand, 2013)."*

Peran ASEAN dalam kerjasama kesehatan bergantung baik pada integrasi horizontal maupun integrasi vertikal. Dengan integrasi horizontal, mengacu pada mekanisme regional khusus untuk negara-negara anggota ASEAN yang berkontribusi pada keterlibatan mereka dalam kebijakan kesehatan. Dengan integrasi vertikal, ASEAN merujuk pada matriks kerja sama yang lebih luas yang mencakup pemain global dan masyarakat sipil di berbagai tingkat yang dapat menjelaskan bagaimana ASEAN bekerja dengan WHO dan aktor serta pemangku kepentingan lain di bidang kesehatan untuk mempromosikan kesehatan di Asia Tenggara (Lany,dkk. 2013:233).

Pengalaman Uni Eropa dalam kerjasama kesehatan di tingkat regional mengambil mekanisme tingkat Eropa untuk solusi mutlak. Kedua institusi tersebut berada pada tingkat integrasi yang sangat berbeda. Perbedaan nyata lainnya antara UE dan ASEAN adalah kekuatan finansial dan legitimasi UE sebagai organisasi sui generis. UE telah mencapai tingkat integrasi regional yang menyumbang struktur tata kelola kesehatannya yang sangat berkembang. Namun demikian, selama 44 tahun

terakhir, ASEAN telah berkembang menjadi organisasi perdagangan dan menjadi lembaga yang mencakup semua meluaskan kompetensinya ke bidang lain termasuk kesehatan. Serupa dengan Komisi Eropa, ASEAN memiliki peran untuk memastikan berbagi praktik terbaik, dalam mengoordinasikan forum untuk dialog dan pertukaran informasi, dan dalam penggunaan statistik untuk harmonisasi pengumpulan data di sepuluh negara anggota (Lany,dkk. 2013:233).

Pada tahun 2014, penyebaran virus Ebola menyebabkan tanggapan politik eksklusif yang menghasilkan krisis penanganan. Tanggapan politik terhadap wabah ini adalah sebagian besar diinformasikan oleh dua logika keamanan yang berbeda—sekuritisasi atau pemerintahan. Awalnya, dengan tidak adanya sumber daya farmasi dan kapasitas medis yang memadai untuk mencegah dan mengobati Ebola, pemerintah negara-negara yang terkena dampak terburuk di Afrika Barat secara masuk akal membingkai penyakit sebagai ancaman bagi kelangsungan hidup bangsa. Ini menjadi dasar untuk menerapkan tindakan keras yang membatasi kebebasan gerakan. Sebagai instrumen pengendalian penyakit yang digunakan demi keamanan nasional, Namun menggunakan tindakan ini setidaknya sebagian disebabkan oleh defisit bantuan medis eksternal. Pejabat WHO berpendapat bahwa mengirimkan sejumlah besar tenaga medis untuk mengobati penyakit dan mencegah infeksi adalah pendekatan yang lebih baik untuk mengalahkan Ebola di Afrika Barat. Namun, pendekatan seperti itu terhalang oleh praktik eksklusif yang lain: larangan yang tidak perlu diberlakukan oleh pemerintah asing dalam perjalanan lintas batas ke dan keluar dari zona wabah. Ebola sedang disekuritisasi dengan konsekuensi berbahaya, di dalam dan di luar Afrika Barat dengan kebijakan nasional.

Di tingkat internasional, muncul kesehatan masyarakat penting untuk mengesampingkan praktik keamanan eksklusif didorong oleh logika sekuritisasi. Daripada mencoba secara individu untuk menggagalkan kemajuan Ebola dengan membatasi kebebasan bergerak rakyat, pemerintah dapat bertindak secara kolektif untuk memfasilitasi masuknya kemampuan pengobatan medis. DK PBB memperjuangkan ini melalui Resolusi 2177, di mana ia memberikan kontribusi yang langka untuk tata kelola kesehatan dengan menyerukan pencabutan perjalanan larangan terlepas dari karakterisasi resolusi Ebola sebagai ancaman bagi perdamaian dan keamanan internasional, seharusnya tidak dianggap sebagai langkah sekuritisasi. Dalam mengkarakterisasi penyakit seperti itu, Dewan memfasilitasi proses (melibatkan aktor non-negara, WHO, individu negara-negara anggota DK PBB, dan Sekjen PBB) dari menempatkan aparat keamanan (bahasa dan lembaganya) dalam pelayanan kesehatan masyarakat. Jauh dari melegitimasi tindakan anti-Ebola yang melanggar aturan berdasarkan logika sekuritisasi, Resolusi 2177 bekerja untuk mendelegitimasi segala keanehan yang kontraproduktif untuk menahan penyebaran Ebola dan untuk menormalkan sirkulasi tenaga medis di dalam dan di luar Afrika Barat. Dari perspektif teori sekuritisasi, pencantuman bahasa ancaman dalam Resolusi 2177 membingungkan. Pembingkaian suatu isu sebagai ancaman biasanya dilakukan untuk melegitimasi tindakan luar biasa "pergi" melampaui aturan yang seharusnya mengikat" (Buzan, Wæver, dan de Wilde 1998, 5). Namun, dalam Resolusi2177, bahasa ancaman digunakan dalam rangka mengantarkan respons "biasa" (walaupun berskala besar) terhadap Ebola, mirip dengan yang disarankan WHO itu perlu untuk menahan dan

mengalahkan penyakit di Afrika Barat. Sebagai demikian, Resolusi 2177 muncul sebagai langkah yang didorong oleh logika keamanan pemerintahan, khususnya langkah kemengorientasikan praktik keamanan itu sendiri untuk mencapai tujuan kesehatan masyarakat. Keamanan akan menjadi sarana yang melaluinya untuk mencapai kesehatan, dan sistem sirkulasi yang mendukung kesejahteraan penduduk, lebih dari wilayah yang berbatasan dengan negara-negara berdaulat, akan menjadi objek keamanan terhadap ancaman transmisi yang ditimbulkan oleh ebola. Kontribusi positif DK PBB untuk Kesehatan pemerintahan adalah untuk mendukung pergeseran logika keamanan: dari sekuritisasi untuk mengamankan sirkulasi (Enemark, 2013: 137-149).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Wabah 2013–2016 di Afrika Barat adalah wabah Ebola terbesar sejak virus pertama kali ditemukan pada tahun 1976. Wabah dimulai di Guinea dan kemudian pindah melintasi perbatasan darat ke Sierra Leone dan Liberia. Terhitung lebih dari 28.000 orang yang terkena penyakit dan lebih dari 11.000 yang kehilangan nyawa karena penyakit itu, lima kali lebih banyak daripada gabungan semua wabah Ebola lainnya. Pelajaran yang dipetik dari keadaan darurat yang menghancurkan ini mendorong perubahan dalam cara dunia menanggapi wabah dan keadaan darurat kesehatan lainnya. Ada sangat sedikit kasus impor Ebola di Eropa sehubungan dengan wabah Ebola di Afrika Barat (satu di Italia, satu di Spanyol dan tiga di Inggris) dan satu didapat secara lokal (seorang petugas kesehatan terinfeksi saat merawat orang yang dievakuasi yaitu pasien Ebola di Spanyol). Risiko wabah yang meluas di Eropa dinilai sangat rendah. Negara-negara Eropa termasuk yang paling siap di dunia untuk mengelola virus demam berdarah, termasuk Ebola. Namun, cara terbaik untuk menghindari risiko penyebaran Ebola adalah dengan mengendalikan wabah dari sumbernya. Kawasan Eropa telah mendukung negara-negara yang terkena wabah ini dengan mengerahkan para ahlinya (Euro, 2014).

Uni Eropa telah aktif dalam menanggapi keadaan darurat Ebola sejak awal. Hal ini dilakukan dengan memobilisasi semua sumber daya politik, keuangan dan ilmiah yang tersedia untuk membantu menahan, mengendalikan, mengobati dan akhirnya mengalahkan Ebola. Pada Oktober 2014 Dewan Eropa menunjuk Christos Stylianides, Komisaris Uni Eropa untuk bantuan kemanusiaan dan manajemen krisis, sebagai koordinator ebola Uni Eropa. Komisaris Christos Stylianides, Vytenis Andriukaitis dan Neven Mimica telah mengunjungi negara-negara yang terkena dampak pada akhir 2014 untuk menegaskan kembali dukungan Uni Eropa untuk memerangi penyakit dan mengumumkan langkah-langkah dukungan. Pada tanggal 3 Maret 2015, Uni Eropa menyelenggarakan konferensi tingkat tinggi tentang epidemi Ebola. Tujuannya ada dua: pertama, untuk mencatat tanggap darurat yang sedang berlangsung dan menyesuaikannya dengan situasi yang berkembang di lapangan, yang mengarah pada pemberantasan penyakit; kedua, untuk merencanakan jangka panjang dan mendukung pemulihan dan ketahanan negara-negara yang terkena dampak, termasuk pengembangan sistem kesehatan mereka. Konferensi tingkat tinggi tentang Ebola ini diketuai bersama oleh Uni Eropa, Guinea, Sierra Leone dan Liberia, PBB, Uni Afrika, dan Komunitas Ekonomi Negara-negara Afrika Barat (EC Eropa, 2013).

Selain itu, kontribusi keuangan total Uni Eropa untuk memerangi epidemi adalah lebih dari €1,2 miliar. Ini termasuk pendanaan dari Negara-negara Anggota dan Komisi Eropa. Komisi telah memberikan lebih dari €414 juta untuk

memerangi penyakit ini, yang mencakup tindakan darurat serta dukungan jangka panjang. Sejak Maret 2014, Komisi Eropa telah mengalokasikan lebih dari €65 juta dana kemanusiaan untuk memenuhi kebutuhan yang paling mendesak. Dana ini disalurkan melalui organisasi mitra kemanusiaan, seperti MSF, IMC, Save the Children, IRC, Alima, WFP, UNICEF dan WHO. Bantuan UE berkontribusi pada pengawasan epidemi, diagnostik, perawatan, dan pasokan medis; penempatan dokter dan perawat serta pelatihan tenaga kesehatan; meningkatkan kesadaran di antara penduduk dan mempromosikan penguburan yang aman. Selain Uni Eropa dan kemitraan pembangunan bilateral yang ada, komisi menyediakan lebih dari €210 juta dalam pembangunan dan bantuan pemulihan awal. Sebagian besar uang ini disediakan untuk menstabilkan negara dan membantu mereka pulih dari krisis dan seterusnya. Selain itu, UE telah membantu memperkuat sistem kesehatan di negara-negara yang terkena dampak sebelum wabah, sebagai bagian dari dukungan jangka panjangnya, dan sekarang mengarahkan program yang ada ke upaya Ebola dan konteks krisis. Dukungan anggaran diberikan kepada Guinea, Liberia dan Sierra Leone untuk membantu mereka memberikan layanan publik yang sangat dibutuhkan - khususnya perawatan kesehatan - dan juga meredam dampak ekonomi dari epidemi. Pendanaan pembangunan juga digunakan untuk memperkuat bidang-bidang penting lainnya seperti kesehatan, pendidikan, air dan sanitasi. Idenya adalah untuk memfasilitasi transisi yang mulus dari fase kemanusiaan ke pemulihan melalui apa yang dikenal sebagai pendekatan "Linking Relief, Rehabilitation and Development" (LRRD). Tiga laboratorium bergerak, yang ditempatkan di Guinea dan Sierra Leone, membantu mendeteksi virus dan melatih petugas kesehatan. Laboratorium dapat memproses hingga 70 sampel setiap hari, tujuh hari seminggu. Laboratorium bergerak keempat, EUWAM-Lab, yang lebih kuat dan mandiri, akan berangkat ke Guinea pada awal Maret (EC Eropa, 2013).

Selain itu, UE mendukung misi medis Uni Afrika di Afrika Barat, berkontribusi untuk membayar staf sipil, militer, dan medis. Halsejauh ini memungkinkan untuk menutupi biaya 90 tenaga medis profesional pertama dan staf pendukung, dan selanjutnya meningkatkan jumlah staf menjadi sekitar 150 orang. UE sama-sama bekerja untuk memperkuat kesiapsiagaan terhadap epidemi. UE telah mendukung rencana nasional di enam negara dengan biaya sekitar 10,6 M€ misalnya dengan :

- Membantu memperbaiki dan melengkapi unit perawatan Ebola di rumah sakit pusat di Pantai Gading
- Membantu menyediakan program air dan sanitasi dengan pesan kebersihan tentang pencegahan Ebola di Guinea Bissau
- Mendirikan fasilitas di Burkina Faso untuk mendukung rencana kesiapsiagaan nasional

Risiko Ebola bagi masyarakat umum di UE sangat rendah. Penularan virus membutuhkan kontak langsung dengan cairan tubuh pasien yang bergejala. Selain itu, UE memiliki standar infrastruktur perawatan kesehatan dan perawatan pencegahan yang sangat tinggi. Namun demikian, ada kemungkinan kecil individu yang tiba di UE dengan potensi infeksi virus Ebola. Sejak wabah penyakit virus Ebola, Komisi dan negara-negara Anggota telah bekerja pada kesiapan dan koordinasi manajemen risiko bekerja sama erat dengan Pusat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Eropa (ECDC) dan WHO. Sistem peringatan dini dan

respons Uni Eropa untuk keadaan darurat medis telah beroperasi selama epidemi untuk bertukar informasi antar negara anggota. Komite Keamanan Kesehatan UE (HSC), yang menyatukan negara-negara anggota UE dan komisi, dengan masukan dari ECDC dan WHO telah bertemu secara teratur untuk mengoordinasikan pencegahan dan kesiapan Ebola. Ini telah melakukan kegiatan kesiapsiagaan negara-negara Anggota dan telah menetapkan daftar aset yang tersedia yang dapat dibagikan, termasuk laboratorium keamanan tinggi, kapasitas rumah sakit dan peralatan evakuasi medis. HSC juga telah mengembangkan prosedur untuk mengatur evakuasi medis dari pekerja perawatan kesehatan internasional yang menderita Ebola untuk mendapatkan perawatan di Eropa; memberikan informasi untuk pelancong dalam semua bahasa UE dan meninjau prosedur untuk bandara dan otoritas kesehatan dalam menangani kemungkinan kasus Ebola. Selain itu, komisi telah meluncurkan 'Platform Komunikasi Ebola untuk Dokter' - sebuah platform online yang memungkinkan pertukaran cepat informasi tentang pengobatan dan pencegahan penyakit virus Ebola. Platform ini menyatukan rumah sakit dan dokter Uni Eropa yang diakui sebagai pusat rujukan untuk pengobatan Ebola.

Selain UE, kasus Ebola telah menyebar di beberapa negara di ASEAN. Di Filipina, tidak ada kasus EVD yang dikonfirmasi dilaporkan. Namun, 7 kasus yang dicurigai terjadi sebelumnya ketika pekerja yang kembali dari Sierra Leone menunjukkan gejala yang sama dari EVD. Namun, pengawasan lebih lanjut dari Departemen Kesehatan menunjukkan hasil negative (Philipines, 2014). Untungnya, tidak ada yang dicurigai kasus EVD dilaporkan di Laos dan Brunei . Di Vietnam, kasus yang dicurigai ditemukan di Rumah Sakit Hoan My yang berbasis di Da Nang. Pasien yang dicurigai telah tiba dari Guinea . Namun, tidak ada kasus EVD yang dikonfirmasi di Vietnam menurut beberapa sumber (Rajiah 2015:3). Satu-satunya kejadian yang diduga Ebola di Indonesia adalah seorang pasien yang berasal dari Liberia, yang merupakan salah satu negara di sekitar wabah Ebola . Pasien ini pernah dirawat di Rumah Sakit Umum Dr. Soedono Madiun, Timur . Terpisah dari itu, di Myanmar, satu kasus dugaan EVD diberitahu, tapi Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit Myanmar telah mengkonfirmasi tidak adanya virus Ebola setelah serangkaian tes dilakukan (Rajiah, 2015:2). Karena itu, tidak ada kasus Ebola yang diketahui telah diidentifikasi di Myanmar. Sedangkan di Malaysia, sembilan kasus suspek EVD telah diberitahu ke Pusat Kesiapsiagaan Dan Respons Krisis Nasional, Kementerian Kesehatan. Namun, semua kasus dipastikan negatif. Sampai saat ini, tidak ada kasus infeksi Ebola yang dikonfirmasi di Thailand. Sejak Juni, hampir 3000 tersangka bepergian dari Ebola negara-negara wabah sedang dipantau secara ketat. Alasannya untuk sejumlah besar tersangka mungkin karena penerbangan langsung dari Afrika setidaknya dua kali sehari. Seorang pria Australia yang Kembali ke Thailand dari Republik Demokratik Kongo diuji untuk peningkatan suhu tubuh di Bandara Internasional Bangkok. Setelah penyelidikan penuh, pria itu dikonfirmasi negatif untuk EVD. Kementerian Kesehatan Kamboja bersama dengan organisasi otoritas Kesehatan dunia menyatakan tidak ada kasus EVD yang dilaporkan di Kamboja sejauh ini (Rajiah 2015:4). Terakhir, media Singapura telah melaporkan setidaknya dua kasus dugaan Ebola, tetapi tidak ada yang dinyatakan positif. Salah satunya, seorang wanita Nigeria, dipulangkan sementara yang lain seseorang didiagnosis dengan tonsilitis setelah bepergian ke tempat yang terkena dampak negara [22]. Singapura

mengikuti Australia mengenai visa masuk untuk negara yang terkena Ebola (Rajiah, 2015:5).

Asia Tenggara memiliki pengalaman mengelola yang luas, jika disesalkan penyakit yang sangat tak tertahankan terjadi dalaam dekade terakhir, yang seharusnya menempatkannya pada posisi yang umumnya solid untuk bereaksi terhadap bahaya dari episode Ebola. Kemunculan yang tiba-tiba gangguan pernafasan ekstrim intens (SARS) pada tahun 2002-2003 menginfeksi lebih dari 8.000 individu dan mengeksekusi sekitar 800, terutama di Cina Selatan, namun menyebabkan gejolak yang lebih kecil dan jauh mencapai kegentingan di Asia Tenggara. Asia Tenggara juga merupakan pusat pertempuran yang mengandung strain berbahaya H5N1 flu burung yang muncul pada tahun 2003. Terlebih lagi, pada tahun 2009, strain lain flu yang disebut H1N1, atau flu babi, dieksekusi hingga 18.500 individu di seluruh dunia, dengan episode yang sangat ekstrim di Afrika dan Asia Tenggara. Organisasi Kesehatan Dunia mengakui negara-negara Asia Tenggara telah mengambil pelajaran dari episode-episode ini. Pelopor politik, spesialis asuransi sosial, pejabat dan lainnya jauh lebih baik diatur untuk bereaksi sebagai territorial kolaborasi telah meningkat dan negara telah menciptakan komposisi reaksi terhadap episode. Terlepas dari pemisahan geografis antara dua penduduk setempat, hubungan Asia Tenggara dengan Afrika telah berkembang akhir-akhir ini dan antar organisasi telah terlihat berkembang dan memiliki peluang. Perdana Menteri sebelumnya dari Thailand dan Malaysia sama-sama mendorong penunjukan pelopor bisnis dan otoritas pemerintah dalam misi pertukaran ke Afrika mencari pertukaran, usaha, dan peluang bisnis lainnya. Estimasi ikatan keuangan ini telah menjadi cepat . Di Pertukaran dua jalur 2012 di tengah Afrika dan Asia Tenggara senilai $42,5 miliar, naik dari $2,8 miliar pada tahun 1990, membuat Afrika daratan berkembang tercepat kedua untuk pertukaran ASEAN. Ikatan bisnis Asia Tenggara baru saja tidak signifikan dipengaruhi oleh wabah Ebola. Industri beras Thailand mungkin akan terkena pukulan paling keras saat kapal pembawa massal yang menyampaikan berasnya ke Afrika Barat telah mengalami masalah karena kekhawatiran di antara pelaut tertular Ebola (Rajiah, 2015:5).

Wabah EVD 2013-sekarang dibingkai, dan akhirnya dinyatakan, sebagai ancaman bagi keamanan nasional dan global. EVD menjadi sekuritisasi penyakit. Artinya, wabah EVD, potensial atau aktual, adalah masalah Kesehatan masyarakat yang dibingkai dalam hal efeknya pada — ancaman keamanan manusia. Sekuritisasi juga merupakan proses menghasilkan ide tentang apa yang dapat dan bukan merupakan ancaman terhadap keamanan (Balzacq, 2010). Sekuritisasi terjadi dalam berbagai cara — dan untuk berbagai derajat — dalam kehidupan sipil dan kedokteran pada khususnya. Orang-orang mengobarkan perang melawan kanker, AIDS, teror dan obat-obatan. Namun tidak semua jenis sekuritisasi adalah sama. Dalam konteks epidemi HIV/AIDS dan "perang melawan AIDS" berikutnya, misalnya, retorika militan mundur kursi untuk kriminalisasi. Pengungkapan (atau kegagalan untuk mengungkapkan) milik seseorang status infeksi; dan transmisi, pengujian, dan isolasi individu yang terinfeksi HIV/AIDS dibingkai dalam hal: peradilan pidana.

Wabah EVD, tidak seperti HIV/AIDS, terutama dijelaskan dalam istilah ancaman yang dikenakan secara eksternal terhadap keamanan nasional. Pembingkaian ini paralel dengan konflik bersenjata: "Ebola" dimiliterisasi.

Militerisasi sebagai cara untuk mengamankan kesehatan muncul, sebagian, dalam konteks mendefinisikan penyakit menular ancaman kesehatan masyarakat dalam hal "penyakit menular yang muncul." Sistem ini menggantikan sistem "daftar penyakit" yang lebih yuridis yang mewajibkan pelaporan antar negara, menggeser kuanta di mana wabah penyakit menular didefinisikan dari kasus individu, hingga wabah sebagai peristiwa dalam diri mereka sendiri. Kriteria keprihatinan juga bergeser ke ancaman yang muncul terhadap kedaulatan atau kehidupan politik suatu bangsa atau kelompok bangsa, bukan kepada mereka warga (Weir, 2012).

Wabah EVD belum pernah terjadi sebelumnya dalam berbagai cara. Pertama, telah membunuh lebih dari 25 epidemi Ebola sebelumnya digabungkan. Kedua, telah mempengaruhi hampir seluruh wilayah dari tiga negara yang paling terkena dampak termasuk daerah pedesaan dan perkotaan.Ketiga, telah terjadi selama lebih dari satu tahun. Keempat, terjadi di Afrika Barat, daerah yang sebelumnya tidak pernah mengalami wabah Ebola. Oleh karena itu, wabah ini telah menghancurkan tiga negara yang paling terkena dampak telah menghancurkan. Pada 30 November, Kementerian Kesehatan Guinea, Liberia, dan Sierra Leone melaporkan total 24,247 kasus Ebola dan 9.961 kematian (Odutayo, 2015). Namun, penyebaran wabah tidak konsisten di ketiga negara tersebut. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyimpulkan bahwa ada total 58 kasus baru yang dikonfirmasi dilaporkan di Guinea, 0 di Liberia, dan 58 di Sierra Leone pada minggu pertama bulan Maret. Angka kematian kasus di ketiga negara ini sekitar 72% untuk semua kasus dan 60% untuk pasien rawat inap (Odutayo, 2015).

WHO dan Perserikatan Bangsa-Bangsa bermitra dengan organisasi internasional lainnya untuk membantu mengoordinasikan respons global terhadap wabah tersebut.Pada 8 Agustus 2014, WHO menyatakan bahwa epidemi Ebola adalah darurat Kesehatan Masyarakat yang Menjadi Perhatian Internasional (PHEIC).PHEIC adalah instrumen dari Peraturan Kesehatan Internasional (IHR) – perjanjian yang mengikat secara hukum yang ditandatangani oleh 196 negara yang mengikatkan mereka tentang ancaman kesehatan internasional utama. PHEIC didefinisikan sebagai peristiwa luar biasa yang merupakan risiko kesehatan masyarakat bagi negara lain melalui penyebaran penyakit internasional, yang memerlukan tanggapan internasional yang terkoordinasi. Dalam pernyataan yang dibuat oleh Direktur Jenderal Margaret Chan, WHO menyatakan bahwa penularan Ebola yang terus berlanjut di Afrika Barat, tingkat kematian yang tinggi, dan layanan kesehatan yang lemah di kawasan itu, Ebola merupakan keadaan darurat kesehatan masyarakat global.Dewan Keamanan Perserikatan Bangsa-Bangsa juga mengerahkan misi kesehatan darurat untuk memerangi Ebola pada 18 September. Misi PBB untuk Tanggapan Darurat Ebola, atau UNMEER, memiliki lima prioritas: menghentikan wabah virus, mengobati yang terinfeksi, memastikan penyediaan layanan penting, menjaga stabilitas kawasan, dan mencegah wabah lebih lanjut. Sebuah rencana 90 hari yang komprehensif didirikan di Afrika Barat untuk mengendalikan dan membalikkan wabah. Dua dari tujuan utama rencana tersebut adalah pengobatan dan isolasi 70% kasus, dan penguburan 70% dari mereka yang terbunuh oleh virus, dengan aman dan bermartabat, pada 1 Desember, dengan tujuan akhir untuk mencapai 100% dalam tujuan ini pada Januari. 1, 2015 (Odutayo, 2015).

Meskipun wabah Ebola tampaknya menurun, itu masih jauh dari selesai, dengan kasus-kasus sporadis yang masih ada didokumentasikan. Pada

Oktober 2015, lebih dari 28.000 kasus telah dilaporkan, dengan perkiraan tingkat fatalitas kasus kira-kira 50%. Guinea, Liberia, dan Sierra Leone adalah negara yang paling terkena dampak; Italia, Mali, Nigeria, Senegal, Spanyol, Inggris, dan Amerika Serikat sebelumnya telah melaporkan di setidaknya satu kasus diimpor dari negara yang tersebar luas melalui transmisi. Selain itu, sekitar 10.000–15.000 orang yang selamat melaporkan gejala sisa yang parah setelah penyakit, termasuk masalah visual, nyeri perut dan epigastrium, insomnia, dan sakit kepala. Epidemi telah dengan cepat mengikis kesehatan dasar dan telah mengakibatkan penurunan substansial dalam kapasitas sistem kesehatan untuk melakukan pencegahan aktivitas. Penurunan penggunaan layanan medis rutin, seperti vaksinasi dan anak dan ibu penerimaan, telah dilaporkan. Pengurangan dalam pengiriman perawatan malaria karena epidemi virus Ebola telah mengancam pengendalian malaria.4,5 Menurunnya pelayanan Kesehatan kapasitas, bersama dengan efek sosial ekonomi dari epidemi berkelanjutan, telah mengubah wabah penyakit ke dalam krisis medis kemanusiaan . Pada awal wabah penyakit, Kebijakan European Union (EU) untuk mengatasi Ebola epidemi skala besar, yang berpotensi berbahaya bagi negara UE meskipun itu terjadi terutama di luar perbatasan UE, tidak diartikulasikan dengan baik. Selanjutnya selama krisis, ketidakmampuan UE untuk memobilisasi manusia, keuangan, medis, dan sumber daya militer di daerah terkena dampak terburuk dengan cepat menjadi jelas bagi publik dan komunitas internasional. Dalam lokakarya yang diadakan di Parlemen Eropa pada 4 Maret 2015, disepakati bahwa virus Ebola akan mencapai krisis dengan cara pennularran infeksinya di kalangan masyarakat Eropa. Adanya krisis memaksa komunitas ilmiah untuk lebih memahami virus ini dan efeknya, dan memastikan bahwa UE lebih mampu merespons krisis serupa di masa depan. Kami menyoroti kebutuhan yang lebih baik akan mendefinisikan tanggung jawab UE dalam tanggapan kesehatan darurat global, dan mendefinisikan kembali peran militer ketika masyarakat kewalahan akan kesehatan, tim ahli kesehatan Eropa yang dapat digunakan dalam waktu singkat, meninjau Kembali kebijakan UE dalam penelitian pengembangan obat, dan lebih baik menggunakan kapasitas aktor kemanusiaan di masa depan.

Setelah disebut lamban dalam bergerak, Ketika awal krisis, UE meningkatkan upayanya melalui penunjukan Koordinator Ebola, peningkatan pendanaan, dan penyebaran lebih banyak medis dan dukungan staf ke Afrika barat. Total kontribusi keuangan UE naik hingga Juli 2015, sekitar €1·8 miliar, termasuk pendanaan dari masing-masing negara anggota UE dan lebih dari €869 juta dari Komisi Eropa. Lebih-lebih lagi, banyak negara anggota UE memberikan dukungan melalui bantuan dalam bentuk barang (misalnya, alat pelindung diri, kendaraan, dan rumah sakit lapangan). Kontribusi keuangan ini didukung bantuan kemanusiaan, bantuan pembangunan, penelitian medis, dan terutama menargetkan Guinea, Liberia, dan Sierra Leone. Sejak krisis dimulai, inisiatif inovasi obat telah didanai proyek penelitian senilai €215 juta, dan Komisi Eropa telah memobilisasi €24·4 juta dari program Horizon 20209 khusus untuk penelitian medis. Salah satu tindakan pertama UE adalah memprakarsai Proyek Laboratorium Seluler Eropa (EMLab) pada bulan Maret, 2014, yang berupaya membangun fasilitas diagnostik di tiga negara utama yang terkena dampak untuk mendukung skrining pasien dan pelatihan petugas kesehatan. Proyek ini beroperasi di bawah pengawasan Peringatan Wabah Global WHO dan Respon Jarirngan.

Sebuah laboratorium yang baru bergerak, EUWAM-Lab, yang lebih mandiri daripada yang sebelumnya didirikan pada awal proyek, didirikan di Guinea pada bulan Maret 2015. Pusat Pencegahan Penyakit Eropa dan Control (ECDC) terus memantau perjalanan wabah sejak dimulai, termasuk penilaian risiko masuknya penyakit ke dalam wilayah UE, risiko penyebarannya di negara-negara anggota, dan risiko untuk pelancong dan penduduk Uni Eropa di daerah yang terkena dampak di Afrika Barat. ECDC menerbitkan beberapa makalah utama yang menjelaskan aspek penting dari wabah Ebola di Afrika barat, seperti dinamika transmisi awal virus, kegiatan pusat manajemen kasus, proporsi pekerja layanan kesehatan yang terinfeksi, pohon penularan, dan pengalaman langsung dari lapangan antara lain. UE juga menyiapkan sistem evakuasi, dengan negara-negara anggota yang menyediakan sumber daya yang relevan, untuk pekerja kesehatan internasional yang terinfeksi. Per 18 September, 2015, 38 orang dengan penyakit virus Ebola atau berisiko tinggi paparan virus telah dievakuasi dari Afrika barat ke Eropa. Mekanisme Perlindungan Sipil UE, UE kerangka kerja sama dalam penanggulangan bencana, membantu dengan pengiriman persediaan darurat (misalnya, makanan bantuan, peralatan medis, dan selimut bersih) dari negara-negara anggota ke tiga negara yang paling terkena dampak.

Beralih ke ASEAN, efek mendasar Ebola pada penjelajah adalah pada pengunjung Asia yang ingin bepergian ke Afrika. Pelancong Asia tampaknya sangat waspada mengingat keterlibatan mereka dengan SARS dan H1N1. Komitmen Asia Tenggara untuk memerangi Ebola terbatas pada dukungan tidak langsung. Malaysia, Thailand dan lain-lain memberikan makanan, dukungan keuangan dan peralatan terapi, misalnya sarung tangan elastis. Negara-negara ASEAN telah menolak untuk mengirim staf medis ke Afrika, meskipun ada permintaan dari WHO dan pertemuan kesejahteraan di seluruh dunia bahwa dukungan semacam itu adalah pendekatan paling ideal untuk mencegah penyebaran Ebola. Namun, setiap negara bagian ASEAN tampaknya telah menyiapkan tempat operasi krisis untuk Ebola yang berhubungan dengan kantor provinsi WHO di Manila dan base camp-nya di Jenewa. Pemerintah Filipina menolak seruan AS untuk mengirim tenaga medis ke daerah yang terkena Ebola, dengan mengatakan bahwa kebutuhannya meningkatkan resistensi rumah tangga terhadap gejolak di sekitarnya. Palang Merah Filipina meneliti pilihan ini sambil bersiap-siap mengirimkan relawannya sendiri. Manila juga telah memilih untuk menarik prajurit yang tak terduga dari operasi penjaga perdamaian di Liberia yang dipengaruhi Ebola. Reaksi Asia Tenggara saat ini meminimalkan kemampuan distrik tersebut untuk membuat komitmen langsung terhadap dorongan kelompok di seluruh dunia untuk memerangi Ebola dari sumbernya. Amerika Serikat dan sejumlah asosiasi global akan menyambut bagian yang lebih menonjol dan telah meminta Asia Tenggara untuk membuat komitmen yang lebih dinamis [. Oleh karena itu, organisasi kesehatan masyarakat atau pemerintah di seluruh negara ASEAN telah melakukan dan meningkatkan metode pengawasan dan deteksi terhadap semua potensi penularan virus Ebola yang mematikan. Berdasarkan data yang terkumpul, tidak ada EVD yang terdeteksi di negara-negara ASEAN, meskipun ada kasus yang dicurigai. Meski demikian, peningkatan kasus EVD di Afrika Barat tetap menjadi perhatian di kawasan ASEAN. Oleh karena itu, organisasi kesehatan masyarakat atau pemerintah di seluruh negara ASEAN telah melakukan dan meningkatkan metode pengawasan dan deteksi

terhadap semua potensi penularan virus Ebola (Rajiah, 2015:4).

KESIMPULAN

Epidemi Ebola telah mencapai tingkat yang belum pernah terjadi sebelumnya, dengan implikasi kemanusiaan yang luas dan implikasi bagi pembangunan, kesehatan, ekonomi, dan keamanan. Meskipun UE dan negara-negara anggotanya memiliki sumber daya dan peluang untuk kegiatan kemanusiaan yang efektif dan tindakan medis selama krisis, mereka tidak berkoordinasi respon yang efektif. Epidemi Ebola, khususnya dalam fase pertama, mengungkapkan kesenjangan antara peluang dan tindakan yang sangat dibutuhkan. Kami percaya bahwa pelajaran yang dipetik selama krisis ini dapat diterapkan secara luas di luar manajemen wabah Ebola—sehingga UE dapat membangun sistem tanggap darurat yang lebih baik untuk epidemi di masa depan, dan berkontribusi pada kesehatan yang berkelanjutan perawatan di Afrika barat. UE sekarang harus memainkan perannya dengan keberanian dan visi (Quaglio,dkk 2016:259). Menurut data yang dikumpulkan, dapat disimpulkan bahwa tidak ada EVD telah terdeteksi di negara-negara ASEAN sejauh ini, meskipun ada adalah kasus yang dicurigai. Namun demikian, peningkatan kasus EVD di Afrika Barat tetap menjadi perhatian di kawasan ASEAN. Oleh karena itu, organisasi kesehatan masyarakat atau pemerintah di seluruh ASEAN negara telah melakukan dan meningkatkan pengawasan dan deteksi metode terhadap semua potensi transfer virus Ebola (Rajiah, 2015:5).

ASEAN memiliki banyak potensi untuk memperkuat tata kelola kesehatan di Asia Tenggara. Potensi ASEAN dapat ditingkatkan dengan memperkuat mekanisme yang ada untuk mendukung kerangka tata kelola kesehatan regional yang lebih kuat dan koheren. Pada akhirnya, mendorong lebih banyak integrasi dapat membuka jalan menuju ASEAN yang lebih inklusif—mengumpulkan sumber daya dan keahlian jaringan masyarakat sipil bersama-sama menuju pengurangan ketidakadilan kesehatan dan untuk memenuhi tantangan kesehatan abad kedua puluh satu. Penulis berpendapat bahwa negara-negara anggota ASEAN dapat bekerja sama secara lebih efektif melalui metode koordinasi terbuka di mana para aktor dan pemangku kepentingan untuk kesehatan berinteraksi dalam matriks kepentingan bersama yang kompleks. Model seperti itu yang melibatkan kesepakatan lunak dan interaksi yang lebih teratur mungkin merupakan struktur yang baik untuk bergerak secara progresif menuju kerangka kerja yang lebih terintegrasi untuk kerja sama.

DAFTAR PUSTAKA

Balzacq, Thierry. 2005. "The Three Faces of Securitization: Political Agency, Audience and Context." European Journal of International Relations 11(2): 171–201.

CDC. 2016 Outbreaks chronology: Ebola virus disease. https://www.cdc.gov/vhf/ebola/ outbreaks/history/chronology.html (accessed 10 Januaryr 2022)

*Coltart Cordelia E. M.,Lindsey Benjamin,Ghinai Isaac Johnson Anne M.And Heymann David L. 2017.The Ebola outbreak, 2013–2016: old lessons for new epidemicsPhil. Trans. R. Soc. B**372**20160297**20160297**http://doi.org/10.1098 /rstb.2016.0297*

E-International Relations. Available at: <https://www.e-ir.info/2015/04/22/the-ebola-virus-disease-problems-consequences-causes-and-recommendations/> [Accessed 10 January 2022]

Enemark, C. (2017). Ebola, Disease-Control, and the Security Council: From Securitization to Securing Circulation. Journal of Global Security Studies, 2(2), 137–149. doi:10.1093/jogss/ogw030

https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/MEMO_15_4507

https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/ebola-outbreak-2014/ebola-outbreak-in-west-africa-and-the-risk-to-europe

Kickbusch I. The need for a European strategy on global health. [Last accessed on 2018 Sep 16];*Scand J Public Health.* 2006 34:561–5.

Koplan *et al.*. Towards a common definition of global health. 2009. The Lancet. Vol. 373 (Jun 6) pp. 1993 – 1995)

Lamy, M., & Phua, K. H. (2012). *Southeast Asian cooperation in health: a comparative perspective on regional health governance in ASEAN and the EU. Asia Europe Journal, 10(4), 233–250.*

Nunes, J. (2016). *Ebola and the production of neglect in global health. Third World Quarterly, 37(3), 542–556.* doi:10.1080/01436597.2015.112472

Odutayo, A., 2015. *The Ebola Virus Disease: Problems, Consequences, Causes, and Recommendations*. [online] E-International Relations. Available at: <https://www.e-ir.info/2015/04/22/the-ebola-virus-disease-problems-consequences-causes-and-recommendations/> [Accessed 10 January 2022]

Quaglio, G., Goerens, C., Putoto, G., Rübig, P., Lafaye, P., Karapiperis, T., … Zachariah, R. (2016). *Ebola: lessons learned and future challenges for Europe. The Lancet Infectious Diseases, 16(2), 259–263.* doi:10.1016/s1473-3099(15)00361-8

Rajiah, K. (2015). *Prevalence and Current Approaches of Ebola Virus Disease in ASEAN Countries. JOURNAL OF CLINICAL AND DIAGNOSTICRESEARCH.* doi:10.7860/jcdr/2015/13364.6429

Republic of Philippines, Department of Health. Update: Philippines is still ebola free. [Internet]. 2014 Sep 3. [cited 2022 Jan 10]. Available from: http://www.healthpromo.doh.gov.ph/update-philippines-is-still-ebola-free/

Thailand International Cooperation Agency. "Target Countries." *Thailand International Cooperation Agency.* 4 November 2013. http://www.tica.thaigov.net/main/en/aid/40612-Target-Countries.html (diakses Maret 12, 2021)

UK Government. *Health is Global, A UK Government Strategy 2008-2013.* Publication, UK Government, 2008.

WHO. 2016 Ebola virus disease fact sheet. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/en/ (accessed 10 Januarry 2022).