

ABSTRAK

Wabah Severe Accute Respiratory Syndrom atau dikenal SARS terus menghantui dunia dan berawal dari November 2003 di Guandong,China. Badan Kesehatan Dunia Perserikatan Bangsa-Bangsa (WHO) menyebut pada 21 Februari 2003 SARS merupakan ancaman kesehatan dunia. Karena mutasi yang cepat daari virus ini sehingga SARS menyebar tidak hanya di China saja, namun sampai ke Eropa dan Asia Tenggara. Penelitian ini membahas bagaimana masing-masing regional pada akhirnya berusaha sebaik mungkin membuat kebijakan untuk menyelamatkan regional mereka, tentunya masing-masing regional memiliki caranya tersendiri.Namun, dibalik itu semua ada mekanisme regional yang membuat EU lebih cepat dalam penanganan SARS 2002-2003,sehingga dalam kebijakan kedepan dalam mengatasi kasus Kesehatan dunia, ASEAN mampu meniru langkah yang baik dari EU yang mampu diterapkan di negara ASEAN.

Kata Kunci : SARS, mekanisme regional, ASEAN, Uni Eropa

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Severe acute respiratory syndrome (SARS) adalah penyakit manusia baru di musim gugur 2002. Ini pertama kali terjadi di Cina Selatan pada November 2002 dan itu diangkut ke Hong Kong pada tanggal 21 Februari 2003 oleh pasien yang terinfeksi dan sakit. Sepuluh kasus sekunder menyebarkan infeksi ke dua rumah sakit di Hong Kong dan Singapura, Toronto dan Hanoi. Pada Maret 2003, sebuah virus korona baru (SARS-CoV) ditemukan menjadi agen penyebab. Dalam waktu 11 minggu sejak kasus SARS pertama di Hong Kong menyebar 27 negara tambahan atau wilayah administratif khusus. Mini pandemi memuncak selama minggu terakhir bulan Mei 2003 dan kemungkinan kasus baru terakhir adalah pada tanggal 13 Juli 2003. Ada total 8.096 kemungkinan kasus dan 774 kematian. Enam puluh enam persen kasus terjadi di Cina, 22% di Hong Kong, 4% di Taiwan dan 3% di Singapura dan Kanada. Dua puluh satu persen dari semua kasus terjadi pada petugas kesehatan.¹

Masyarakat global bekerjasama untuk mengatasi pandemi tersebut yang dikendalikan dalam waktu 7 bulan sejak kejadian awal. Selain itu, pada kasus SARS 2002-2003 ini, pertama kali melibatkan kerjasama internasional dalam isu kesehatan dunia yang belum pernah ada sebelumnya serta keterlibatan organisasi

¹ Cherry, J. D. (2004). *The chronology of the 2002–2003 SARS mini pandemic*. *Paediatric Respiratory Reviews*, 5(4), 262–269. doi:10.1016/j.prrv.2004.07.009

internasional.²

Ketika wabah SARS menjadi perhatian global yang intens, global menanggapi dengan multifaset, multilateral, dan multidisiplin yang dikoordinasikan dengan WHO dan WHO PRO yang belum pernah terjadi sebelumnya. Manajemen respons SARS yang mengglobal melibatkan koordinasi harian yang intens di bidang etiologi dan diagnosis laboratorium, pengawasan dan epidemiologi, masalah klinis, sumber hewan, dan operasi lapangan.³ Kantor regional WHO, yang bekerja melalui jaringan kantor negara dan jaringan antar negara di seluruh dunia, merupakan saluran utama untuk mendukung negara-negara yang terkena dampak. Sementara enam kantor regional WHO sepenuhnya terlibat dalam koordinasi global untuk tanggapan SARS, Kantor Regional Pasifik Barat yang mencakup area di mana sebagian besar kasus terjadi menanggung beban terbesar dari tanggapan tersebut, mengerahkan total 116 ahli tambahan sebagai konsultan jangka pendek selama wabah.⁴ Di markas WHO, 75 orang bekerja dalam penanggulangan wabah SARS, dengan peningkatan kapasitas yang disediakan oleh mitra WHO yaitu GOARN.⁵

Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN) adalah kemitraan global secara teknis, yang dikoordinasikan oleh WHO, untuk memberikan dukungan multidisiplin yang cepat untuk respons wabah pada populasi yang terkena dampak.⁶ Salah satu langkah yang dilakukan GOARN adalah menyediakan

² *Ibid*

³ Knobler, Stacey. (2004). Learning From SARS. The National Academies. Chapter 3.

⁴ *Ibid*

⁵ *Ibid*

⁶ *Ibid*

operasional penting untuk respons awal terhadap SARS. Menanggapi permintaan bantuan dari beberapa negara, WHO dan GOARN mengerahkan tim lapangan untuk mendukung tanggap Kejadian Luar Biasa (KLB) di China, Hongkong, Singapura, Taiwan, dan Vietnam. Selama wabah, WHO terus bekerjasama dengan GOARN untuk memastikan dukungan berkelanjutan kepada otoritas kesehatan, dan tim GOARN terus bekerja di lapangan sampai rantai penularan diputus secara meyakinkan.⁷

Melalui GOARN, WHO mengoordinasikan pengembangan sejumlah jaringan yang terbukti sangat penting dalam mengembangkan alat dan standar penanggulangan epidemi.⁸ Berbagai jaringan yang menangani SARS 2002-2003 bertemu secara teratur melalui telekonferensi, biasanya setiap hari, untuk berbagi informasi dan data secara *real time*. Mereka juga dibantu oleh situs web yang berdedikasi dan aman di mana para peserta jaringan dapat berbagi informasi awal. Adanya jaringan atau kelompok-kelompok yang menangani SARS 2002-2003 tersebut menyatukan pekerja garis depan dan pakar internasional, dan menunjukkan kolaborasi dan kerja sama internasional yang merupakan karakteristik tanggapan terhadap wabah SARS.⁹ Jaringan virtual dokter didirikan untuk bertukar pengalaman, pemikiran, dan temuan tentang SARS dalam upaya untuk lebih memahami dan mengobati penyakit secara efektif. Adanya jaringan klinis mengaitkan masalah pengendalian infeksi secara erat dengan setiap aspek

⁷ *Ibid*

⁸ 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.

⁹ *Ibid*

manajemen kasus, dari diagnosis klinis dan investigasi hingga terapi. Adanya diskusi juga memungkinkan melakukan evaluasi cepat dari resiko pengendalian infeksi dari sejumlah intervensi dan membantu melakukann pendekatan alternatif yang potensial.¹⁰

Adanya SARS tahun 2002 berkaitan dengan konsep kesehatan global. Konsep kesehatan global melampaui definisi kesehatan yang didefinisikan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) sebagai keadaan kesejahteraan fisik, mental dan sosial yang lengkap, telah diperluas untuk mencakup semua faktor penentu sosial lintas sektoral kesehatan seperti pergerakan orang dan produk yang mencakup masalah perdagangan, perjalanan, keamanan pangan, dll.¹¹ Di tingkat global, globalisasi memiliki dampak yang sangat kuat pada kesehatan global, yang membawa arti baru pada istilah tata kelola kesehatan.¹² Secara bertahap, adanya globalisasi telah menghilangkan kedaulatan negara secara bertahap atas kebijakan yang terkait dengan faktor penentu kesehatan sosial seperti kebijakan perdagangan, dan tak terelakkan dengan demikian hilangnya secara bertahap kedaulatan atas tantangan kebijakan kesehatan global.¹³ Kesehatan global memungkinkan kita untuk bergerak melampaui pemahaman yang berpusat pada negara tentang

¹⁰ *Ibid*

¹¹ Woodward D, Drager N, Beaglehole R, Lipson D (2001) Globalisation and health; a framework for analysis and action. WHO Bull 79(9):875–888

¹² Lee K (2001) Globalization—a new agenda for health? Chapter 2. In: McKee M, Garner P, Stott R (eds)

International co-operation and health. Oxford University Press, Oxford

¹³ Kickbusch I (1999a) Global+local0global public health. J Epidemiol Community Health 53(8):451–452

kesehatan.¹⁴

Pemerintah nasional tidak lagi memiliki kapasitas tunggal untuk menjamin kesehatan orang-orang mereka karena resiko kesehatan meluas melintasi perbatasan dan lintas sektor,¹⁵ di mana tantangan kesehatan harus ditangani di luar jangkauan nasional dan melalui solusi tata kelola lintas sektor dan multilevel serta menggabungkan semua aktor dari negara bangsa hingga organisasi Perserikatan Bangsa-Bangsa atau *Non Governmental Organisation* (NGO), industri swasta, dan masyarakat sipil.¹⁶ Kesehatan global memerlukan kebutuhan untuk berteori tentang struktur tata kelola global yang baru untuk kesehatan. Tata kelola global dapat dipahami sebagai lembaga formal dan informal yang mengatur aturan dan tatanan dunia yang dibuat dan dipertahankan, lembaga ini bisa pemerintah, swasta non pemerintah atau publik, formal atau informal, di tingkat global, regional, nasional atau lokal.¹⁷ Lebih spesifik, tata kelola kesehatan menyangkut institusi, tindakan dan sarana serta mengatur dan memberikan perlindungan terhadap kesehatan populasi global.¹⁸

¹⁴ Hewson M, Sinclair TF (1999) *Approaches to global governance theory*. State University of New York Press, Albany

Press, Albany

¹⁵ Dogson R, Lee K, Drager, N (February 2002) *Global health governance, a conceptual review*. Discussion paper No. 1. World Health Organisation Department of Health and Development

paper No. 1. World Health Organisation Department of Health and Development

¹⁶ Duit A, Galaz V (2008) *Governance and complexity—emerging issues for governance theory*. Governance 21(3):311–335

Governance 21(3):311–335

¹⁷ Held D, McGrew A, Goldblatt D, Perraton J (1999) *Global transformations: politics, economics, and culture*. Stanford University Press, USA

culture. Stanford University Press, USA

¹⁸ Dogson R, Lee K, Drager, N (February 2002) *Global health governance, a conceptual review*. Discussion paper No. 1. World Health Organisation Department of Health and Development

paper No. 1. World Health Organisation Department of Health and Development

ASEAN berhadapan dengan tantangan kesehatan dunia yang penting karena keadaan demografi wilayah yang berada di transisi dan ancaman penyakit memnular biasanya menyerang negara berkembang.¹⁹ Globalisasi telah mempengaruhi lingkungan kerja dan pola konsumsi yang mengarah pada perubahan gaya hidup dan kesejahteraan. Selain itu, perubahan iklim bersama dengan bencana alam yang berulang menimbulkan ancaman kesehatan yang besar di wilayah ASEAN. Hambatan utama adanya kerja sama kesehatan di ASEAN terletak pada aspek ekonomi, perbedaan budaya, dan politik antara sepuluh negara anggotanya. Untuk mengatasi perbedaan ini dan mengatasi tantangan kesehatan dan menyelesaikannya secara kolektif, negara-negara di Asia Tenggara harus mampu mengatasi tantangan melampaui kebijakan nasional yang ada dan menjadi negara-negara di kawasasn regional ASEAN yang berpotensi.²⁰ Kesehatan sebagian besar masih dianggap sebagai perhatian nasional terkait dengan masalah domestik. Bagaimanapun, ada ruang lingkup yang relevan untuk intervensi regional demi mencapai standar bersama, seperti dalam bentuk pelatihan dan meningkatkan pembuatan kebijakan kesehatan atau tenaga kesehatan.²¹ Oleh sebab itu, adanya epidemi SARS 2003 merupakan titik balik keterlibatan negara-negara di ASEAN dalam dunia kesehatan di wilayah ASEAN. Adanya ancaman bersama memaksa negara anggota ASEAN untuk bekerjasama dalam pengawasan lintas batas. Meskipun kurangnya infrastruktur dalam hal pengendalian *Emerging Infectious Diseases (EID)*, Respon terhadap SARS memiliki implikasi positif bagi pembuatan

¹⁹ Curley, M., & Thomas, N. (2004). Human security and public health in Southeast Asia: the SARS outbreak. *Australian Journal of International Affairs*, 58(1), 17–32.

²⁰ *Ibid*

²¹ *Ibid*

kebijakan di bidang kesehatan. Rangkaian perjanjian dan deklarasi di tingkat ASEAN seperti Deklarasi Bersama Pertemuan Pemimpin ASEAN Khusus tentang SARS 2003 membahas tentang niat ASEAN untuk memperkuat kerja sama dalam menangani epidemi SARS dan kemudian epidemi H5N1 (Deklarasi ke-8 Pertemuan Menteri Kesehatan ASEAN; “Persatuan ASEAN dalam Keadaan Darurat Kesehatan” 2006).²²

Berbeda dengan ASEAN, pengalaman Uni Eropa dalam kerja sama kesehatan di tingkat regional mampu menjadi bahan perbandingan bagi ASEAN. Beberapa hal yang dilakukan EU dalam menangani kasus SARS yaitu mengidentifikasi praktik terbaik dan tindakan berkelanjutan untuk mengembangkan rencana EU dalam kesiapsiagaan penyakit menular yang berpotensi menjadi epidemi. Dalam bidang keselamatan tenaga kesehatan dan pengontrolan terhadap infeksi, EU menggunakan prinsip yang koheren di tingkat komunitas, sehingga dapat mengembangkan modalitas bersama dan menekankan tentang kepatuhan terhadap prosedur keselamatan di rumah sakit di seluruh Eropa. Dalam bidang perjalanan terhadap wilayah yang terdampak, EU melakukan pendekatan umum yang konsisten dan sejalan dengan saran WHO.²³

Penulis menyadari EU dan ASEAN berada pada level yang berbeda integrasi. Dalam skripsi ini penulis melihat langkah EU, untuk memahami apa yang mungkin terjadi dan berguna untuk ASEAN. Perbedaan nyata lainnya antara EU

²² *Ibid*

²³ Jiang, X. (2009). *The virtual SARS epidemic in Europe 2002–2003 and its effects on European Chinese. Health, Risk & Society, 11(3), 241–256.*

dan ASEAN adalah kekuatan finansial dan legitimasi EU sebagai organisasi sui generis. EU telah mencapai tingkat integrasi regional yang sangat berpengaruh mengembangkan struktur tata kelola kesehatan.²⁴ Meski demikian, ASEAN telah berkembang tidak hanya fokus dalam perdagangan, namun juga menjadi lembaga yang mencakup semua dan memperluas kompetensinya ke bidang lain termasuk kesehatan. Demikian pula dengan *European Commission*, ASEAN memiliki peran dalam forum serta berkoordinasi untuk dialog dan pertukaran informasi, dan di penggunaan statistik untuk harmonisasi pengumpulan data di sepuluh negara anggota.²⁵ Adanya kemitraan EU untuk peningkatan kesehatan, interaksinya dengan WHO dan kerangka kerja samanya dengan CSO, penulis menyimpulkan beberapa mekanisme yang dapat mempengaruhi tata kelola kesehatan di ASEAN.

Dalam penelitian ini, penulis membahas perbandingan respons antara ASEAN dan EU ketika menghadapi kasus kesehatan dunia, dalam hal ini SARS yang terjadi di tahun 2002-2003. Dalam analisis komparatif ini, penulis mengingat bahwa ASEAN dan UE memiliki konteks regional yaitu budaya dan politik yang sangat berbeda. Karena itu, tanpa membuat perbandingan secara langsung, penulis mengeksplorasi kekuatan dan kelemahan ASEAN dalam tata kelola kesehatan regional sambil menyoroti potensi kerangka kerja yang lebih terintegrasi dalam bidang kerjasama dengan meneliti keterlibatan Uni Eropa di bidang kesehatan. Penulis membuat kerangka perbandingan dengan membandingkan didasarkan pada

²⁴ 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.

²⁵ *Ibid*

analisis makro dari mekanisme kesehatan umum dan strategi kesehatan yang diterapkan di UE dan tingkat ASEAN.²⁶

Penelitian ini memberikan studi komparatif tentang EU dan ASEAN dalam menanagani SARS 2002-2003 dengan menyoroti mekanisme EU mana yang dapat dimasukkan ke dalam struktur tata kelola kesehatan ASEAN, dan berkontribusi secara horizontal antara sektor kebijakan ASEAN dengan negara anggota. Tanpa membuat perbandingan langsung, penulis mengeksplorasi mekanisme EU mana yang dapat diterapkan kepada Asia Tenggara untuk melengkapi kerangka kerja multilevel untuk tata kelola kesehatan.²⁷

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana perbedaan respon antara ASEAN dan EU dalam menghadapi isu kesehatan dunia dalam kasus SARS yang terjadi pada tahun 2002-2003?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Secara Umum

Tujuan penelitian ini secara umum adalah untuk memberikan suatu sumbangsih ilmu pengetahuan bagi khalayak umum dan akademisi dalam bentuk karya tulis ilmiah atau penelitian ilmiah. Selain itu, penelitian ini juga bertujuan untuk memenuhi gelar strata 1 dalam program studi Hubungan Internasional, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Pembangunan Nasional

²⁶ 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.

²⁷ *Ibid*

“Veteran” Jawa Timur.

1.3.2 Secara Khusus

Berdasarkan latar belakang, secara khusus tujuan penulisan penelitian ini adalah untuk menjelaskan perbedaan repon antara ASEAN dan EU dalam menangani SARS 2002-2003 dengan cara melihat langkah dan respons yang dilakukan masing-masing regional dalam menangani ancaman kesehatan global.

1.4 Kerangka Pemikiran

1.4.1 Landasan Teori

1.4.1.1 Globalisasi dan Kesehatan

Globalisasi merupakan tantangan utama bagi kesehatan masyarakat, terutama di negara berkembang, tetapi keterkaitannya antara globalisasi dan kesehatan itu kompleks. ²⁸Istilah *global health* atau kesehatan global kerap kali digunakan dalam banyak penelitian akademis, dokumen pemerintah, dan organisasi internasional. Istilah kesehatan global juga kerap kali disamakan dengan istilah *international health* atau kesehatan internasional walaupun terdapat pendapat yang menyatakan keduanya memiliki definisi yang berbeda. ²⁹ Selain itu, kesehatan global juga kerap disamakan sebagai *public health* atau kesehatan publik yang dalam sejarahnya mengacu pada kondisi di dalam batas suatu negara. Koplan et al. dalam artikelnya membedakan ketiga konsep tersebut (kesehatan global, kesehatan internasional dan kesehatan publik) berdasarkan lima kategori, yaitu

²⁸ Kleinman, A. (2010). Four social theories for global health. *The Lancet*, 375(9725), 1518–1519. doi:10.1016/s0140-6736(10)60646-0

²⁹ Koplan et al.. Towards a common definition of global health. 2009. *The Lancet*. Vol. 373 (Jun 6) pp. 1993 – 1995)

jangkauan geografis, level kerja sama, target individu atau populasi, akses kesehatan, dan rentang disiplin ilmu.³⁰ Kategori-kategori tersebut memberikan pemahaman yang jelas mengenai perbedaan mengenai ketiga istilah tersebut.

Tabel 1.1 Perbandingan Kesehatan Global, Internasional dan Publik

	Kesehatan Global	Kesehatan Internasional	Kesehatan Publik
Jangkauan Geografis	Fokus pada isu-isu baik yang secara langsung maupun tidak langsung mempengaruhi kesehatan yang dapat melampaui batas nasional.	Fokus pada isu-isu kesehatan di negara lain khususnya negara berpenghasilan menengah dan rendah.	Fokus pada isu-isu kesehatan pada suatu komunitas atau negara.
Level kerja sama	Pengembangan dan penerapan solusi membutuhkan kerja sama global.	Pengembangan dan penerapan solusi membutuhkan kerja sama bilateral.	Pengembangan dan penerapan solusi tidak membutuhkan kerja sama global
Target individu dan populasi	Mencakup program pencegahan dalam populasi dan perawatan klinis individu.	Mencakup program pencegahan dalam populasi dan perawatan klinis individu.	Sebagian besar difokuskan pada program pencegahan pada populasi.
Akses kesehatan	Tujuan utama adalah keadilan akses kesehatan bagi semua negara	Tujuan utama adalah untuk membantu negara lain.	Tujuan utama adalah keadilan kesehatan dalam suatu negara atau

³⁰ Ibid

	dan masyarakat.		komunitas.
Rentang disiplin dan ilmu	Riset kesehatan global mencakup multidisiplin ilmu, tidak hanya ilmu kesehatan	Riset kesehatan internasional hanya mencakup beberapa disiplin ilmu.	Riset kesehatan publik mengedepankan pendekatan multidisiplin namun lebih fokus pada ilmu kesehatan dan ilmu sosial.

Sumber : Koplan et al. 2009, The Lancet

Berdasarkan kategorisasi di atas, kompleksitas isu-isu kesehatan global sangat terlihat. Hal tersebut karena globalisasi yang sedang berlangsung saat ini menyebabkan *interconnectedness* semakin luas, dalam dan cepat sehingga menyebabkan perubahan interaksi manusia dalam berbagai bidang: ekonomi, politik, budaya dan lingkungan³¹Dalam perkembangannya, istilah kesehatan global mulai menggantikan istilah kesehatan internasional. Konsep kesehatan global muncul sebagai bagian dari proses perubahan politik dan sejarah. WHO yang sebelumnya berperan sebagai aktor dominan dalam kesehatan internasional, kemudian melakukan transisi diri dan beradaptasi terhadap konstelasi yang ada. WHO kemudian mereposisi diri menjadi koordinator dan *strategic planner* dari inisiatif kesehatan global yang merupakan bentuk strategi dalam merespon

³¹ UK Government. *Health is Global, A UK Government Strategy 2008-2013*. Publication, UK Government, 2008.

transformasi kesehatan global.³² Di antara kalangan akademisi, kesehatan global juga memiliki definisi yang berbeda-beda. Iona 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”*.³³ 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”*.³⁴ 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”.³⁵ 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.”*³⁶

³² Brown, Theodore & Cueto, Marcos & Fee, Elizabeth. (2006). The World Health Organization and the Transition From “International” to “Global” Public Health. *American journal of public health*. 96. 62-72.

³³ 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.

³⁴ Koplan *et al.*. Towards a common definition of global health. 2009. *The Lancet*. Vol. 373 (Jun 6) pp. 1993 – 1995)

³⁵ UK Government. *Health is Global, A UK Government Strategy 2008-2013*. Publication, UK Government, 2008.

³⁶ Thailand International Cooperation Agency. “Target Countries.” *Thailand International*

1.4.1.2 Ancaman Kesehatan Global

Keamanan kesehatan masyarakat global didefinisikan sebagai kegiatan yang diperlukan, baik proaktif maupun reaktif, untuk meminimalkan bahaya dan dampak peristiwa kesehatan masyarakat akut yang membahayakan kesehatan masyarakat di seluruh wilayah geografis dan batas internasional. Pertumbuhan populasi, urbanisasi yang cepat, degradasi lingkungan, dan penyalahgunaan antimikroba mengganggu keseimbangan dunia mikroba. Penyakit baru, seperti COVID-19, muncul dengan kecepatan yang belum pernah terjadi sebelumnya yang mengganggu kesehatan orang dan menyebabkan dampak sosial dan ekonomi. Miliaran penumpang bepergian dengan pesawat setiap tahun, meningkatkan peluang penyebaran internasional yang cepat dari agen penular dan vektornya.³⁷

Ketergantungan pada bahan kimia telah meningkat, demikian pula kesadaran akan potensi bahaya bagi kesehatan dan lingkungan, seperti perubahan iklim dan polusi udara. Seiring globalisasi produksi pangan meningkat, begitu pula risiko bahan-bahan tercemar dan risiko penyakit bawaan makanan. Karena populasi dunia menjadi lebih mobile dan meningkatkan saling ketergantungan ekonominya, ancaman kesehatan global ini meningkat dan pertahanan tradisional di perbatasan nasional tidak dapat melindungi dari invasi penyakit atau vektor. Pandemi, keadaan darurat kesehatan, dan sistem kesehatan yang lemah tidak hanya merenggut nyawa tetapi juga menimbulkan beberapa risiko terbesar bagi ekonomi dan keamanan

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

³⁷ WHO. *Health Security.2020*. Diakses dari https://www.who.int/health-topics/health-security/#tab=tab_1

global yang dihadapi saat ini.³⁸

Wabah adalah ketika suatu penyakit terjadi dalam jumlah tinggi yang tidak terduga. Ini mungkin tinggal di satu area atau meluas lebih luas. Wabah bisa berlangsung sehari-hari atau bertahun-tahun. Terkadang, para ahli menganggap satu kasus penyakit menular sebagai wabah. Ini mungkin benar jika itu adalah penyakit yang tidak diketahui, jika itu baru di komunitas, atau jika sudah lama tidak ada dari suatu populasi. Epidemio adalah ketika penyakit menular menyebar dengan cepat ke lebih banyak orang daripada yang diperkirakan para ahli. Ini biasanya mempengaruhi area yang lebih luas daripada wabah.³⁹

Pandemi adalah wabah penyakit yang menyebar ke seluruh negara atau benua. Ini mempengaruhi lebih banyak orang dan mengambil lebih banyak nyawa daripada epidemi. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyatakan jumlah nyawa yang hilang dalam pandemi bergantung pada:

- Berapa banyak orang yang terinfeksi
- Seberapa parah penyakit yang disebabkan virus (virulensinya)
- Seberapa rentan kelompok orang tertentu
- Upaya pencegahan dan seberapa efektifnya

Sistem peringatan pandemi WHO berkisar dari Fase 1 (risiko rendah) hingga Fase 6 (pandemi penuh):

³⁸ *Ibid*

³⁹ The Conversation. 12 Maret 2020. *Apa Bedanya Pandemi, Epidemi, dan Wabah?*. 30 Mei 2021. Diakses dari <https://theconversation.com/apa-bedanya-pandemi-epidemi-dan-wabah-133491>.

- Fase 1: Virus pada hewan tidak menyebabkan infeksi pada manusia.
- Fase 2: Virus hewan telah menyebabkan infeksi pada manusia.
- Fase 3: Ada kasus yang tersebar atau kelompok kecil penyakit pada manusia. Jika penyakit menyebar dari manusia ke manusia, itu tidak cukup luas untuk menyebabkan wabah di tingkat komunitas.
- Fase 4: Penyakit ini menyebar dari orang ke orang dengan wabah yang dikonfirmasi di tingkat komunitas.
- Fase 5: Penyakit ini menyebar di antara manusia di lebih dari satu negara disalah satu wilayah WHO.
- Fase 6: Setidaknya satu negara lagi, di wilayah berbeda dari Fase 5, memiliki wabah tingkat komunitas.⁴⁰

WHO adalah badan khusus Perserikatan Bangsa-Bangsa untuk kesehatan yang tujuannya adalah "pencapaian tingkat kesehatan setinggi mungkin oleh semua orang". Pada tahun 2001, WHO Health Assembly, yang terdiri dari 192 negara anggota, mengadopsi resolusi tentang "Global Health Security: Peringatan dan tanggapan epidemi," sebagai pengakuan atas ancaman terhadap kesehatan masyarakat yang ditimbulkan oleh infeksi yang rentan dan muncul, serta bioterorisme. Resolusi itu menyatakan dukungan untuk pekerjaan yang sedang berlangsung pada revisi Peraturan Kesehatan Internasional, pengembangan strategi

⁴⁰ Maier-Knapp, N. (2011). *Regional and interregional integrative dynamics of ASEAN and EU in response to the avian influenza*. *Asia Europe Journal*, 8(4), 541–554. doi:10.1007/s10308-011-0289-8

global untuk penanggulangan penyakit menular dan pencegahan resistensi antimikroba, dan kolaborasi antara WHO dan mitra teknis di bidang kewaspadaan dan tanggapan epidemi. Ia juga mendesak anggota untuk berpartisipasi secara aktif dalam kegiatan pengawasan terkait dengan keadaan darurat kesehatan yang menjadi perhatian internasional, untuk mengembangkan dan memperbarui persiapan nasional dan rencana tanggapan, untuk mengembangkan pelatihan bagi staf yang terlibat, dan untuk memastikan ketersediaan informasi terkini tentang pengawasan dan pengendalian penyakit menular. Di dalam WHO, *the Department of Communicable Disease Surveillance and Response* [CSR] bertanggung jawab untuk mewujudkan mandat ini. Ini membayangkan bahwa "setiap negara harus dapat mendeteksi, memverifikasi dengan cepat dan merespons secara tepat terhadap ancaman penyakit yang rawan epidemi dan muncul ketika muncul untuk meminimalkan dampaknya terhadap kesehatan dan ekonomi populasi dunia."⁴¹

1.4.1.3 Integrasi ASEAN dan Uni Eropa

European Union (EU) dan Association of Southeast Asian Nations (ASEAN) merupakan dua kawasan dengan proses integrasi paling maju di dunia. Kedua organisasi berkomitmen menyelesaikan masalah melalui pendekatan multilateral dan memandang integrasi kawasan sebagai cara paling efektif untuk membangun stabilitas, kemakmuran, serta menghadapi tantangan global.

⁴¹ *Ibid*

Sebagaimana gagasan-gagasan lainnya, integrasi bukan tanpa rintangan. Selalu ada kesulitan-kesulitan di sana-sini, Lebih jauh dari itu, integrasi memiliki karakter yang berbeda-beda antara satu kawasan dengan yang lain, apa yang terjadi di Eropa dengan Uni Eropa misalnya, sangat berbeda dengan apa yang terjadi di Asia Tenggara dengan ASEAN. Perbedaan itu muncul dalam banyak hal, di berbagai lini dengan berbagai kadar kesulitan yang berbeda-beda. Sehingga membandingkan antara satu regional dengan yang lain akan sangat membantu guna mengetahui kelemahan-kelemahan masing-masing. Yang pada gilirannya nanti akan menjadi referensi bagi perbaikan di masa depan. Dalam membandingkan Uni Eropa dengan ASEAN, perbandingan dilakukan sedikitnya dalam empat hal, yang diasumsikan berperan dalam membangun dan mengembangkan integrasi. Empat hal itu adalah: Intensitas perang; Derajat keterikatan anggota; efektifitas institusi serta di level mana kerjasama dilakukan.⁴²

1. Intensitas Perang sebelum integrasi; asumsinya intensitas perang dianggap berpengaruh pada tingginya harapan umat manusia pada perdamaian, semakin tinggi tingkat intensitas perang semakin kuat pula harapan perdamaian;
2. Derajat keterikatan anggota terhadap perjanjian, diasumsikan semakin suatu kerjasama memiliki daya ikat, semakin efektif kerjasama tersebut demikian sebaliknya;
3. Tingkat keefektifan Institusi-institusinya dalam kebijakan-kebijakan yang

⁴² Martin,A.Sugiarto,P.(2013).*Faktor-Faktor Pendorong Integrasi Regional: Studi Perbandingan Uni Eropa dan ASEAN*.Retrieved, 30 August, 2021, from <http://publikasiilmiah.unwahas.ac.id/index.php/SPEKTRUM/article/view/477/599>

dikeluarkan.

4. Level kerjasama, yaitu apakah kerjasamanya termasuk dalam kategori supranasional ataukah *inter-state cooperation*.

FAKTOR-FAKTOR PENDORONG INTEGRASI REGIONAL
STUDI PERBANDINGAN UNI EROPA DAN ASEAN

No	Faktor Integrasi Sebagai Perbandingan	Asumsi	Uni Eropa	ASEAN	Analisis
1	Intensitas konflik sebelum dan/ atau selama integrasi	semakin tinggi tingkat intensitas perang (dari sisi jumlah korban baik jiwa maupun materi; Negara yang terlibat; dan luas area) semakin kuat pula harapan terciptanya perdamaian	Tinggi (a) Lihat: Perang 30 tahun di Eropa; PD I & II, memiliki intensitas tinggi	Rendah Konflik Philipina-Malaysia; sipadan-ligitan(Ina-Malay.); Thailand-Myanmar; Malaysia-Singapura ²¹	Karena sering terjadi perang di Eropa, masyarakat Eropa berjuang lebih keras untuk menciptakan perdamaian. Sehingga daya juang dalam mencari kedamaian lebih tinggi masyarakat Eropa daripada ASEAN.
2	Derajat keterikatan Negara anggota	Semakin kuat derajat keterikatan anggota, semakin solid sebuah organisasi regional, Indikatornya sanksi yang	Kuat Contoh kasus Salah satu hasil dari <i>The Treaty of Amsterdam</i> (1997) misalnya, memberi wewenang	Lemah Contoh kasus: *) ASEAN sendiri telah menyatakan tidak akan menjatuhkan hukuman atau mencabut keanggotaan	Lemahnya sanksi membuat anggota merasa tidak memiliki beban, dan mengabaikan ikatan Kerjasama

		Diberikan Kepada pelanggar, Semakin Berat Sangsinya Semakin tinggi tingkat keterikatannya	Dewan Menteri untuk Menjatuhkan hukuman pada Negara Anggota (dengan mencabut hak sementara, beberapa hak mereka, termasuk hak voting) jika Negara Tersebut Melakukan pelanggaran HAM	Myanmar di ASEAN, Kaitannya Dengan Pelanggaran HAM Junta Militer ²³ *) Dewan HAM yang tidak efektif	
3	Efektifitas Institusi-institusinya	Implementasi Program	Kuat Tinggi Prosentase ekspor intra regional terhadap total ekspor tinggi (67,3%*) menunjukkan: 1. partisipasi swasta/ Masyarakat tinggi; 2. Tingginya partisipasi masyarakat merupakan indikator bahwa Uni Eropa cukup efektif dalam memberdaya	Lemah Rendah Di tahun yang sama ASEAN hanya 22,1%*, ini menunjukkan: 1. partisipasi masyarakat rendah; 2. Adanya gap yang tinggi antara ASEAN dengan Masyarakat, Asean lebih sering diidentikan dengan kerjasama antar pejabat, negara,	

			kan potensi masyarakat	pemerintah, daripada antar warga negara, ini bermakna, ASEAN kurang efektif karena	
4	Level Kerjasa ma	Supranational atau interstate- cooperation	Uni Eropa memiliki Legislatif dan Ekskutif (supranational organization)	Inter-state organization	Uni Eropa menyerupa i supra national state, artinya Kadar kesolidannya lebih kuat Disbanding ASEAN yang baru tahap inter-state coopertation/ A Ssosiasi

Sumber : Martin,A.Sugiarto,P.(2013)

1. Adanya Intensitas Perang di antara Uni Eropa dan ASEAN

Adanya perang merupakan salah satu alasan untuk terciptanya keinginan damai pada manusia. Integrasi sebagai salah satu alternatif yang terbukti dapat menekan kemungkinan perang, menjadi jalan yang harus dilalui untuk mencapai dunia damai yang diidamkan. Adanya perang di Asia Tenggara tidak sebanding kadar destruktifnya bila dibandingkan dengan Eropa, di mana Eropa menjadi tempat perang dunia 1 dan perang dunia 2. Sehingga adanya pengaruh psikologis akibat perang, membuat semangat integrasi bangsa Eropa jauh lebih kuat jika dibandingkan dengan pengaruh psikologis perang Asia Tenggara terhadap

semangat integrasi di Asia.

2. Derajat Keterikatan (Kohesifitas) Anggota

Adanya perbedaan antara Uni Eropa dan ASEAN salah satunya karakteristiknya. Karakteristik yang dimiliki organisasi regional Uni Eropa yaitu mengikat anggotanya dengan perjanjian atau Treaty. Berbeda dengan ASEAN, kesepakatan ASEAN tidak memiliki daya kohesifitas yang kuat, karena ASEAN masih berifat asosiasi atau kerjasama multilateral. Sedangkan Uni Eropa merupakan supranasional sehingga konsekuensi, pertemuan-pertemuan ASEAN tidak mampu menghasilkan lembaga-lembaga yang terlegitimasi dengan kuat seperti CSFP ASEAN yang cenderung melakukan konsensus untuk menghindari voting. Pada akhirnya, keputusannya kurang mempunyai konsekuensi dan daya kohesifitas secara utuh terhadap negara anggota ASEAN. Derajat keterikatan anggota terhadap institusi menjadi faktor pendorong integrasi, dengan asumsi, semakin kuat derajat keterikatan anggota, semakin solid sebuah organisasi regional, salah satu indikator yang dapat ditunjuk adalah “sanksi” yang diberikan kepada pelanggar, semakin berat sanksinya semakin tinggi tingkat keterikatannya.⁴³

3. Derajat Efektifitas Institusinya

Adanya tingkat prosentase ekspor intra Uni Eropa terhadap total ekspor organisasi regional merupakan salah satu cara untuk mengetahui perbandingan derajat kuatnya integrasi Uni Eropa dan ASEAN. Rendahnya angka prosentase menunjukkan bahwa partisipasi masyarakat terhadap kerjasama regional ini rendah. Rendahnya angka prosentase tersebut pada ASEAN juga menunjukkan betapa terdapat gap yang tinggi antara ASEAN dengan masyarakatnya, ASEAN lebih

⁴³ *Ibid*

sering diidentikkan dengan kerjasama antar pejabat, negara, pemerintah, daripada antar warga negara, atau dengan kata lain, ASEAN kurang efektif karena kerjasama hanya berlangsung pada level pemerintah. Berbeda dengan ASEAN, Uni Eropa memiliki proporsi yang tinggi dalam ekspor intra regional yang melebihi proporsi ekspor ke luar regionalnya. Hal ini menunjukkan kerjasama yang dilakukan Uni Eropa efektif, tidak hanya ikatan-ikatan di tingkat pemerintahan, namun bentuk aksi reaksi di antara masyarakat Eropa juga terwujud. Hal ini membuktikan bahwa kerjasama pada tingkat negara tidak memiliki banyak manfaat jika tidak ditindaklanjuti oleh berbagai aktivitas kerjasama lainnya yaitu sektor swasta dan warga negara.

4. Tingkat Kerjasama Organisasi

Uni Eropa dapat dikategorikan pada organisasi supranasional, ini artinya Uni Eropa memiliki institusi pemegang otoritas. Bentuknya menyerupai negara, memiliki eksekutif (Komisi Eropa) dan legislatif (Dewan Uni Eropa) sementara di sisi lain ASEAN masih berada pada tingkat kerjasama antar negara (*Inter-state cooperation*) dan tidak memiliki institusi pemegang otoritas yang berwenang untuk membuat kebijakan. Inilah yang membuat ASEAN tidak sebaik Uni Eropa dalam perumusan kebijakan dan implementasinya. Dengan model organisasi supranasional yang bersifat hierarkis-vertikal, Uni Eropa lebih mungkin mengendalikan keadaan (sosial, ekonomi, maupun politik dan keamanan) dari pada ASEAN yang masih pada tahap *Inter-stae cooperation* yang bersifat horizontal. Struktur organisasi supranasional inilah yang memungkinkan Uni Eropa lebih cepat berkembang selain juga lebih mampu meredam konflik dari pada ASEAN di Asia Tenggara. Logikanya semakin tinggi jenjang birokrasi akan semakin mampu meredam konflik demikian sebaliknya. Selain juga, Uni Eropa, mampu melakukan

sosialisasi kebijakan-kebijakannya secara massif, misalnya tingginya intensitas sosialisasi ide integrasi yang dengan cepat diterima oleh warga Eropa, baik elit, NGO, kelompok-kelompok transnasional di tingkat regional secara formal maupun informal.⁴⁴

1.4.1.4 Mekanisme Regional EU dan ASEAN

Sejak diperkenalkannya artikel khusus tentang kesehatan dalam Perjanjian Maastricht (secara resmi Perjanjian tentang Uni Eropa) pada tahun 1992, masalah dengan kekuatan UE di bidang kesehatan telah mencapai keseimbangan antara potensi kepentingan bersama dalam bekerja di bidang kesehatan dan tingkat tinggi sensitivitas dan spesifisitas nasional tentang masalah kesehatan. Hal ini tercermin dalam penyusunan pasal yang rumit, khususnya persyaratan bahwa Uni “menghormati tanggung jawab negara anggota” untuk sistem kesehatan mereka. Meskipun secara hukum ketentuan ini tidak benar-benar menambah banyak pembagian kekuasaan formal di seluruh perjanjian, hal ini menyoroti keprihatinan pemerintah nasional dalam menyusun ketentuan perjanjian tentang kesehatan. Secara tradisional, analisis kebijakan kesehatan Uni Eropa (UE) berfokus pada dua aspek integrasi Eropa dengan:

konsekuensi bagi kesehatan: kebijakan kesehatan eksplisitnya, yang sebagian besar berkaitan dengan kesehatan masyarakat; dan perawatan kesehatannya kebijakan layanan, yang sebagian besar didorong oleh keharusan pasar tunggal. Makalah ini berpendapat bahwa kebijakan kesehatan UE memiliki tiga bagian: kebijakan kesehatan umumnya jinak, hukum pasar internal, yang menggabungkan sistem Kesehatan ke dalam sistem hukum integrasi pasar yang lebih luas dan, sejak 2010,

⁴⁴ *Ibid*

sistem tata kelola fiskal yang jauh lebih kuat yang membuatnya menjadi pengawas kebijakan negara anggota dan keputusan pengeluaran.

Uni Eropa memiliki undang-undang untuk memastikan tanggapan terkoordinasi terhadap ancaman kesehatan lintas batas dari penyakit menular, kimia, biologi, lingkungan dan asal yang tidak diketahui, baik yang dilepaskan secara tidak sengaja atau sengaja. Berdasarkan pelajaran yang dipetik dari virus corona, Proposal untuk Peraturan tentang ancaman kesehatan lintas batas yang serius yang membatalkan Keputusan 1082/2013/EU akan menciptakan mandat yang lebih kuat untuk koordinasi di tingkat UE. Deklarasi situasi darurat UE akan memicu peningkatan koordinasi dan memungkinkan pengembangan, penimbunan, dan pengadaan produk-produk terkait krisis. Komisi Eropa dan badan-badan UE, khususnya Pusat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Eropa (ECDC), akan secara teratur menguji dan mengaudit rencana kesiapsiagaan pandemi di tingkat UE dan nasional. Komisi Eropa akan melaporkan hasilnya ke negara-negara Uni Eropa dan Parlemen Eropa. ECDC juga akan menciptakan sistem pengawasan terintegrasi yang diperkuat di tingkat UE, menggunakan kecerdasan buatan dan sarana teknologi canggih lainnya. Negara-negara UE akan diminta untuk meningkatkan pelaporan indikator sistem kesehatan mereka (misalnya ketersediaan tempat tidur rumah sakit, perawatan khusus dan kapasitas perawatan intensif, jumlah staf yang terlatih secara medis).⁴⁵

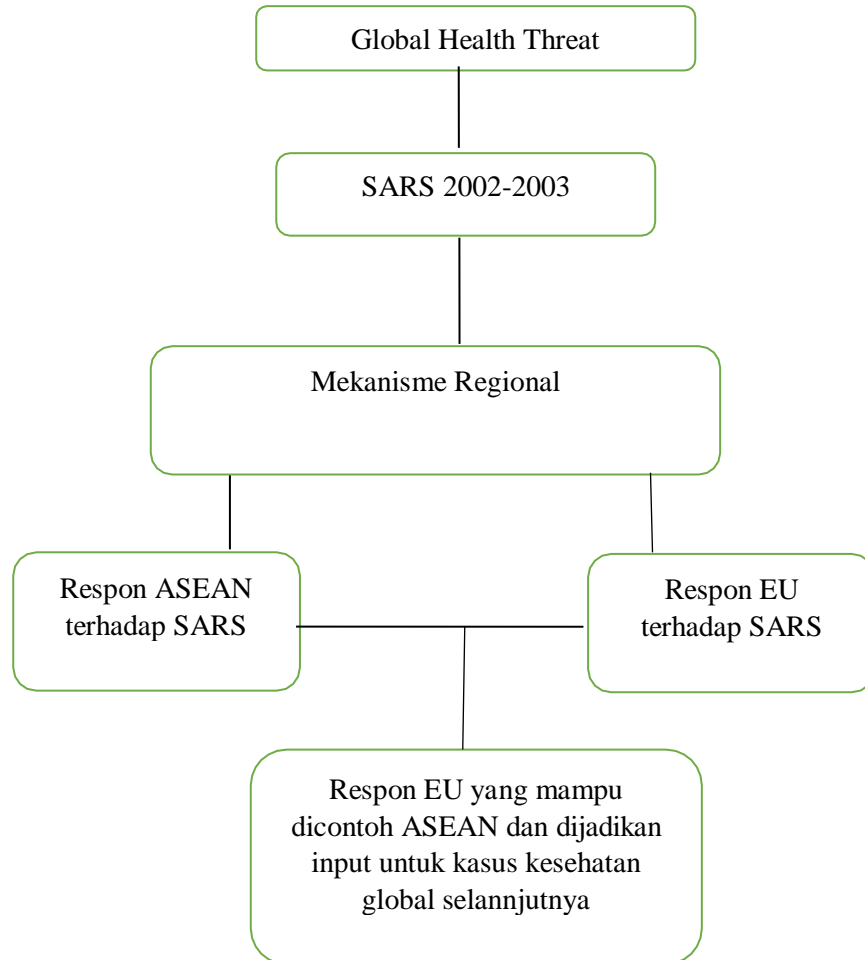
Berbeda dengan EU, di ASEAN Pertemuan Menteri Kesehatan ASEAN

⁴⁵ Greer SL, Fahy N, Rozenblum S, et al., editors. *Everything you always wanted to know about European Union health policies but were afraid to ask: Second, revised edition [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2019. (Health Policy Series, No. 54.) 3, EU action for health. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551073/>*

(AHMM) merupakan mekanisme penting untuk pengambilan keputusan tingkat tinggi tentang prioritas peningkatan kesehatan di ASEAN. Pertemuan ini didahului oleh Senior Officials Meetings (SOM) yang membawahi proses pengambilan keputusan operasional untuk pembuatan kebijakan kesehatan. Untuk meningkatkan potensinya sebagai lembaga kepemimpinan tata kelola kesehatan, ASEAN dapat bekerja pada pengembangan strategi yang lebih umum untuk kesehatan. Dengan cara membangun sejumlah mekanisme regional yang relevan untuk tata kelola di bidang kesehatan seperti forum kebijakan tingkat tinggi, jaringan pertukaran informasi keahlian, kemitraan untuk peningkatan kapasitas teknis, keterlibatan sektor pendidikan untuk melek kesehatan, serta keterlibatan multisektor untuk mengamankan faktor penentu kesehatan.

1.5 Sintesa Pemikiran

Gambar 1.1 Sintesa Pemikiran



Globalisasi telah menimbulkan tantangan kesehatan baru selama abad kedua puluh satu. Tantangan kesehatan baru ini memiliki implikasi transnasional dan melibatkan banyak hal termasuk aktor negara dan pemangku kepentingan. Pemerintah nasional tidak lagi sendiri dalam memegang kendali atas tanggung jawab kesehatan rakyat mereka. Adanya perubahan menyebabkan munculnya tata kelola kesehatan global sebagai landasan teoretis dalam pembuatan kebijakan kesehatan. Kawasan Asia Tenggara sangat rentan terhadap ancaman kesehatan masyarakat seperti penyakit SARS di tahun 2002 dan menghadapi tantangan

kesehatan di masa depan tanpa terkecuali penyakit tidak menular.

Setelah mengetahui pedoman-pedoman yang diberikan WHO, maka ASEAN dan EU memutuskan langkah-langkah yang ingin diambil terhadap wilayah regionalnya. Sehingga untuk melihat output dari penelitian ini, diperlukan melihat mekanisme regional yang dilakukan oleh keduanya. Sehingga dihasilkan komparasi respon EU yang mampu dicontoh ASEAN dan dijadikan input untuk kasus kesehatan global selanjutnya.

1.6 Argumen Utama

Penelitian ini melihat potensi ASEAN sebagai organisasi regional memimpin wilayah regional dalam mengatasi masalah tantangan kesehatan seperti SARS 2002-2003. Melalui perbandingan dan melihat bagaimana mekanisme regional Uni Eropa (UE) untuk bekerja sama dalam bidang kesehatan, penulis melihat bagaimana ASEAN dapat memaksimalkan potensinya sebagai aktor kesehatan global, yaitu ASEAN memiliki banyak potensi untuk memperkuat tata kelola kesehatan di Asia Tenggara. Dengan membandingkan strategi yang diterapkan oleh Uni Eropa, 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 ke arah yang lebih inklusif dengan menyatukan sumber daya dan keahlian jaringan masyarakat sipil menuju pengurangan ketidakadilan kesehatan dan untuk memenuhi tantangan kesehatan abad kedua puluh satu. Dengan demikian, hal itu akan menjadi struktur tata kelola yang relevan bagi ASEAN untuk meningkatkan kerangka kerjanya dalam kerjasama di bidang kesehatan.

Hal ini didasarkan pada prinsip nilai-nilai bersama Uni Eropa pada akses ke layanan kesehatan yang berkualitas dan pada solidaritas. Strategi semacam itu membantu meningkatkan koherensi rekomendasi kebijakan antara semua aktor untuk kesehatan di Uni Eropa dan bekerja untuk memperkuat kawasan regional serta peran institusi sebagai aktor global dalam tata kelola kesehatan. Strategi ini memasukkan prinsip Kesehatan dalam semua kebijakan yang menyerukan lebih banyak sinergi antara sektor LSM, industri, akademisi dan media. Saat ini ASEAN telah mengintegrasikan kesehatan sebagai salah satu prioritasnya dalam sosial budaya ASEAN pilar komunitas, langkah selanjutnya untuk memasukkan kesehatan sebagai lintas sektoral prioritas sehingga dapat mengadopsi pendekatan yang mirip dengan Kesehatan di semua kebijakan sebagai jelas mekanisme integrasi horizontal lintas sektoral. Dalam Uni Eropa, mengkategorikan kesehatan masyarakat sebagai salah satu dari tiga tujuan menyeluruh untuk UE. Semua sektor pengambilan kebijakan di tingkat nasional dan tingkat regional harus mempertimbangkan kesehatan masyarakat sebagai tujuan utama dari sosial dan kebijakan daerah, kebijakan perpajakan, kebijakan lingkungan hidup, kebijakan pendidikan, dan riset. Hal ini merupakan integrasi horizontal karena mempromosikan pendekatan seluruh pemerintah dan seluruh masyarakat dengan maksud untuk menjangkau semua tingkat spektrum tata kelola. Perubahan pendekatan ini bersifat primordial untuk tindakan kolektif yang efektif.⁴⁶

⁴⁶ Kickbush I (2011) Governance for health in the 21st century. World Health Organisation Europe. Regional Committee for Europe Sixty-First Session, Azerbaijan

1.7 Metodologi Penelitian

1.7.1 Tipe Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam menyusun penelitian ini adalah teknik penelitian eksplanatif. Penelitian eksplanatif ini merupakan penelitian analitik yang bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan sebab-akibat antara faktor atau variabel yang berkaitan dengan masalah penelitian.⁴⁷ Penelitian eksplanatif ini bertujuan untuk menjelaskan, bukan hanya untuk mendeskripsikan fenomena yang dipelajari.⁴⁸ Tipe penelitian ini dimaksudkan untuk meningkatkan pemahaman peneliti terkait subjek tertentu. Dengan menggunakan tipe penelitian eksplanatif peneliti berusaha menjelaskan respons EU dalam menanggapi SAARS 2002-2003 yang mampu digunakan oleh ASEAN walaupun adanya perbedaan integrasi, ekonomi, wilayah, dsb.

1.7.2 Jangkauan Penelitian

Jangkauan penelitian ini berkaitan dengan jangkauan penelitian yang dilakukan oleh peneliti dan merupakan batasan dalam penelitian. Penelitian ini menggunakan batas jangkauan waktu antara tahun 2002-2003. Pemilihan waktu didasarkan pada awal terjadinya isu kesehatan dunia SARS dimulai di tahun 2002 dan berakhir di pertengahan 2003 dengan menipisnya kasus yang ada dan tingkat

⁴⁷ Klotz, A & Deepa Prakash. 2008. "Qualitative Methods in International Relations : A Pluralist Guide". USA: Palgrave Macmillan

⁴⁸ Given, Lisa. 2008. "The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods: Explanatory Research. SAGE Publishing.

kesembuhan yang meningkat. Sedangkan jangkauan ruang dalam penelitian ini adalah ASEAN dan Uni Eropa.

Penulis memilih ASEAN dan Uni Eropa sebagai jangkauan ruang penelitian dikarenakan penulis melihat peran ASEAN sebagai organisasi regional mampu memaksimalkan dan mencontoh EU seperti strategi kesehatan umum Uni Eropa misalnya dirancang untuk meningkatkan keamanan dalam kesehatan (kesiapsiagaan kesehatan, promosi kesehatan) dengan mengatasi ketidaksetaraan kesehatan terkait dengan faktor penentu sosial kesehatan dan dengan menyebarkan pengetahuan kesehatan dan informasi. Strategi kesehatan Eropa umum bekerja melalui prioritas tahunan rencana kerja dan beroperasi melalui Badan Eksekutif untuk Kesehatan dan Konsumen. Sebagai pelengkap strategi Eropa ini adalah nilai-nilai EC ditujukan untuk meningkatkan koherensi strategi dengan menyelaraskan negara anggota pada sistem nilai serupa untuk peningkatan kesehatan⁴⁹ dalam menangani dengan baik kasus SARS 2003, sehingga ASEAN mampu mencontoh dan memaksimalkan tindakannya dalam menangani kasus kesehatan global.

1.7.3 Teknik Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan teknik pengumpulan data sekunder. Analisis data sekunder merupakan analisis data yang dikumpulkan oleh orang lain untuk tujuan utama lainnya.⁵⁰ Data sekunder merupakan data didapatkan secara tidak

⁴⁹ European Commission (23rd October 2007) *Together for health—white paper, a strategic approach for the EU 2008-2013*. Brussels. Available at http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf. Diakses 11 April 2021

⁵⁰ Johnston, Melissa. 2014. "Secondary Data Analysis: A Method of which the Time Has Come". *Qualitative and Quantitative Methods in Libraries (QQML)*, pp. 619 –626.

langsung melalui sumber-sumber kepustakaan yang telah tersedia sebelumnya. Sumber-sumber tersebut misalnya artikel ilmiah, buku, laporan, jurnal, publikasi pemerintah, dan literatur lainnya.⁵¹

Dengan demikian, dalam penelitian ini peneliti akan menggunakan data-data yang berasal dari penelitian terdahulu, jurnal, berita, dan laporan untuk melengkapi penelitian ini. Selain itu, peneliti akan menggunakan data dari artikel atau website online. Data yang dikumpulkan dari internet dapat dibenarkan untuk digunakan dalam penelitian ilmiah selama berasal dari sumber yang valid dan dapat diandalkan.⁵²

1.7.4 Teknik Analisis Data

1.7.4.1 Teknik Kualitatif

Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif ini merupakan penelitian yang menggambarkan isi namun tidak berdasarkan pada akurasi statistik.⁵³ Penelitian kualitatif ini biasanya membahas mengenai “mengapa” dan “bagaimana” sesuatu dapat terjadi dan menggali tautan eksplanan dan eksplanandum untuk menciptakan hubungan sebab akibat dan transisi dari peristiwa sebelum dan sesudahnya.⁵⁴

1.7.4.2 Teknik Komparasi

Metode kualitatif dalam penelitian ilmiah merupakan pengguna studi

⁵¹ Sugiyono. 2009. “Metode Penelitian Kualitatif dan R&D”. Alfabeta. Bandung.

⁵² Silalahi, Ulber. 2006. “Metode Penelitian Sosial”. Bandung: Unpar Press.

⁵³ Miles, Mathew B. & A. Michael Huberman. 1992. “Qualitative Data Analysis”.

⁵⁴ Klotz, A & Deepa Prakash. 2008. “Qualitative Methods in International Relations : A Pluralist Guide”. USA: Palgrave Macmillan

komparatif. Secara umum, studi ini dilakukan dengan membandingkan dua kasus atau lebih dengan fokus pada beberapa variabel tertentu sehingga dapat ditemukan korelasinya. Seringkali studi ini diidentikkan dengan studi kasus karena persamaan mereka pada penggunaan studi untuk mencari jawaban. Akan tetapi telah dijelaskan bahwa output antara keduanya sangat berbeda, dengan studi kasus menghasilkan sebuah penjelasan rinci sedangkan studi komparatif adalah sebuah perbandingan dan hubungan antara variabel yang diteliti. Oleh karena itu, metode ini menjadi efektif bagi para akademisi hubungan internasional karena dapat menemukan sifat kausal dari sebuah kasus yang diangkat oleh penelitiannya.⁵⁵

1.7.5 Sistematika Penulisan

Dalam kaidah penelitian ilmiah, dengan tujuan memberikan pemahaman yang terarah, fokus substansi studi penelitian ini diorganisir menjadi 4 (empat) bab, antara lain:

BAB I. Berisikan mengenai penjelasan latar belakang penelitian, rumusan masalah, tujuan dan manfaat penelitian, kerangka pemikiran dan sintesa pemikiran, argument utama, dan metodologi penelitian yang mencakup tipe penelitian, jangkauan penelitian, teknik pengumpulan data, teknik analisis data, dan sistematika penulisan penelitian.

BAB II. Menjelaskan langkah respon masing-masing organisasi regional yaitu ASEAN dan EU dalam menangani SARS 2002-2003.

BAB III. Menjelaskan keberhasilan metode EU dalam menanggapi SARS 2002-2003 dan analisis metode EU yang mampu digunakan oleh ASEAN walaupun adanya perbedaan integrasi antara keduanya.

BAB IV. Berisikan kesimpulan dan saran dari hasil analisis penelitian mulai dari BAB I hingga BAB III.

⁵⁵ Bahry, Donna. L, 1995. "Crossing Border: the Practice of Comparative Research", in Jarol B. Manheim and Richard C. Rich, *Empirical Political Analysis: Research Methods in Political Science*, London, Longman Publisher, pp. 245-26