

BAB II

LATAR BELAKANG BERIDIRNYA *UN MISSION FOR EBOLA EMERGENCY RESPONSE* (UNMEER)

A. Kondisi Afrika Barat dan Lemahnya Sistem Kesehatan

Pada tahun 2014 – 2015, terdapat sebuah virus yang telah menyebar luas ke negara – negara Afrika Barat. Negara dengan dampak paling parah terjadi di Guinea, Liberria, dan Sierra Leone. Dari tiga negara tersebut, wilayah mereka saling berdekatan dan memiliki sumber daya alam yang melimpah. Akan tetapi negara – negara tersebut tidak dapat mengelola dengan baik karena terjadi masalah – masalah di negara tersebut. Padahal, jika tidak ada masalah – masalah internal di negara tersebut dan dapat memanfaatkan sumber daya secara baik akan meningkatkan kesejahteraan masyarakatnya dan Ebola dapat teratasi.

Di Guinea, meskipun memiliki banyak sumber daya alam yang cukup banyak termasuk berlian dan emas, negara Guinea menghadapi tantangan yang beragam. Di negara ini tingkat kemiskinan dan malnutrisi sangat memprihatinkan, terutama daerah pedesaan. Rata – rata 55 persen penduduk Guinea tinggal dibawah garis kemiskinan, dan tingkat pengangguran yang tinggi, terutama di kalangan kaum muda dan perempuan. Sekitar 17,5 persen dari populasi atau sekitar 1,9 juta orang memakan makanan yang tidak aman. Kurang dari 100.000 anak dibawah usia 5 tahun menderita gizi buruk, dan 230.000 anak – anak menderita malnutrisi akut sedang. Secara keseluruhan, tingkat kekurangan gizi kronis mencapai 25,9% secara nasional. Guinea rentan terhadap bencana alam yang berulang, yang mengakibatkan melemahkan ketahanan pangan. Sebagian besar orang di Guinea mengandalkan pertanian subsisten dan tidak tercakup dalam program jaringan

pengaman nasional, sehingga sangat rentan terhadap dampak banjir dan bencana alam lainnya, seperti epidemi Ebola.¹⁶

Korupsi yang merajalela di kalangan pejabat pemerintahan membantu menjelaskan mengapa negara kaya semacam ini memiliki tingkat kemiskinan yang tinggi. Pejabat senior pemerintah telah mengumpulkan kekayaan pribadi yang sangat besar dari ledakan minyak. Investigasi pencucian uang mengungkapkan korupsi sistemik di pemerintahan. Pemerintah menginvestigasikan banyak proyek infrastruktur samar yang telah menaikkan harga dan nilai sosial yang kecil, dengan mengorbankan kesejahteraan warganya.

Sedangkan di negara Liberia, setelah mengalami 2 perang sipil selama 30 tahun terakhir, rakyat di Liberia mulai membangun kembali kehidupan mereka. Sekitar 80 persen penduduk hidup dalam kemiskinan dan penyakit yang merajalela. Kemiskinan di Liberia disebabkan oleh korupsi dan konflik pemerintah. Korupsi di pemerintah adalah penyebab utama. Menurut Transparency Internasional, gaji publik yang rendah dan kurangnya pelatihan yang layak menciptakan insentif untuk korupsi. Negara ini juga gagal memanfaatkan sumber daya alamnya secara produktif. Negara ini kaya dengan kekayaan mineralnya seperti bijih besi, kayu, berlian, karet dan emas. Namun pengelolaan sumber daya alam mengalami masalah korupsi dan tata kelola. Jika pengelolaan sumber daya alam ini tidak rusak, negara ini dapat menggunakan mineral sebagai cara untuk mendatangkan dana yang banyak.

Penyebab lain kemiskinan di Liberia adalah bahwa selama perang, lebih dari 200.000 orang kehilangan nyawa mereka. Banyak anak – anak di Liberia dipaksa untuk berperang dan hanya sedikit yang mempunyai kesempatan untuk menyesuaikan diri kembali dengan kehidupan sipil

¹⁶ World Food Programme, “Guinea”, diakses dari <http://www1.wfp.org/countries/guinea> pada tanggal 16 Desember 2017.

normal. Hal ini mengakibatkan mereka beralih kejahatan dan kehidupan yang miskin. Infrastruktur jalan yang rusak dan keadaan petani yang buruk mengakibatkan negara ini bergantung pada impor. Negara ini juga mengalami kondisi ketahanan pangan yang buruk.¹⁷

Selanjutnya negara Sierra Leone telah menjadi negara yang diliputi perang sipil dan kemiskinan sejak 1961. Meskipun negara ini menjadi salah satu dari sedikit negara di dunia yang memiliki sumber daya alam berharga seperti berlian dan mineral langka, negara ini terus menderita kemiskinan yang ekstrem. Kemiskinan di negara ini disebabkan oleh beberapa faktor antara lain; korupsi di dalam pemerintahan, infrastruktur yang tidak memadai, kurangnya pendidikan dan hak – hak sipil yang tidak terpenuhi.

Salah satu faktor paling mendasar yang menyebabkan kemiskinan di Sierra Leone korupsi di pemerintahan. Pemerintah sangat tidak kompeten dalam menyediakan kebutuhan warganya yang paling dasar, karena kebutuhan ini telah dirampas untuk pejabat pemerintahan sendiri. Negara ini tidak memiliki perawatan kesehatan yang mendasar, penyediaan makanan dan minuman yang tidak memadai, dan perumahan yang kondusif secara struktural. Korupsi sangat jelas di sektor kesehatan, dimana obat – obatan dan barang – barang terkait kesehatan lainnya yang kurang tersedia. Dana, baik dari dalam Sierra Leone sendiri dan dari bantuan negara – negara pendonor, telah digunakan untuk melayani kebutuhan pejabat pemerintah dan elite politik. Dana yang bisa dipergunakan untuk memperbaiki kehidupan sehari – hari bagi warga miskin, seperti memberikan perawatan kesehatan gratis, gaji untuk pekerja, dan pendidikan gratis malah hilang di kalangan pemerintahan untuk kepentingan pribadi.

¹⁷ The Borgen Project, “*Causes of poverty in Liberia*”, diakses dari <https://borgenproject.org/causes-of-poverty-in-liberia/> pada tanggal 16 Desember 2017.

Selain itu, uang yang ditujukan untuk membangun jalan dan jembatan agar memungkinkan transportasi barang dan layanan dasar masuk ke kantong pejabat pemerintah. Kurangnya jalan beraspal dan tidak adanya jalan raya, membuat Sierra Leone kesulitan untuk melakukan kegiatan perdagangan. Industri berlian, menjadi salah satu sumber pendapatan utama pemerintah Sierra Leone, namun efek top-down hampir tidak ada, warga kelas bawah dan pedesaan masih mengalami hubungan kerja eksploitatif dan kemiskinan yang terus menerus dikalangan pertambangan.¹⁸

Menyebar luasnya wabah Ebola di tiga negara tersebut dapat dikaitkan dengan keadaan negara – negara tersebut saat ini. Dari tiga negara tersebut tidak ada negara yang tidak miskin. Baik Guinea, Liberia dan Sierra Leone memiliki sistem pemerintahan yang buruk terjadi korupsi di mana – mana, kemiskinan, dan gizi buruk. Padahal tiga negara ini memiliki sumber daya alam yang melimpah tetapi tidak bisa dimanfaatkan secara baik. Faktor – faktor diatas mengakibatkan rendahnya sistem kesehatan yang ada di tiga negara tersebut. Padahal sistem kesehatan disuatu negara sangatlah penting untuk membendung suatu penyakit yang sedang menyerang. Jika tidak adanya tenaga kerja kesehatan ahli, obat – obatan, dan alat – alat kesehatan yang memadai suatu wabah dapat menyebar luas di negara.

Tenaga kesehatan merupakan salah satu pengaruh terbesar dalam pengendalian virus Ebola. Hal ini dibuktikan bahwa, negara – negara Afrika yang sebelumnya terkena dampak dari adanya Ebola secara efektif mengendalikan wabah mereka dengan segera menyebarkan tenaga – tenaga kesehatan terampil. Tiga negara yang paling terpengaruh dengan adanya Ebola yaitu Guinea, Liberia, dan Sierra Leone

¹⁸ E-Internasional Relations Students, “*Factors of Persistent Poverty in Sieraa Leone*”, diakses dari <http://www.e-ir.info/2011/07/28/factors-of-persistent-poverty-in-sierra-leone/> padatanggal 16 Desember 2017.

sebelumnya tidak pernah menghadapi wabah sebesar itu sebelumnya. Oleh karena itu, tiga negara tersebut tidak memiliki pengalaman dan sumber daya dalam menanggulangi wabah mematikan itu secara cepat dan tepat. Sebagai contoh, meskipun negara Nigeria tidak memiliki sistem kesehatan yang sangat maju, mereka segera memobilisasi tenaga kesehatan mereka untuk mencegah penyebaran wabah Ebola ini.¹⁹

Di Guinea hanya memiliki tenaga kerja kesehatan (dokter, perawat, bidan, dokter gigi, apoteker, dan psikiater) kurang dari 1,5 per 10.000 penduduk, dengan total tiga tempat tidur sakit per 10.000 penduduk. Belanja pemerintah per kapita untuk kesehatan US \$ 9 per tahun. Di Liberia memiliki tenaga kerja kesehatan 3,7 per 10.000 penduduk dan sekitar delapan tempat tidur rumah sakit per 10.000 penduduk. Pengeluaran pemerintah untuk kesehatan US \$13. Sedangkan di Sierra Leone memiliki tenaga kerja kesehatan 2,2 per 10.000 penduduk dan sekitar empat tempat tidur rumah sakit per 10.000 penduduk. Belanja pemerintah untuk kesehatan US \$ 12. Infrastruktur sistem kesehatan masyarakat dari ketiga negara tidak memiliki unsur utama elemen yang dibutuhkan untuk mengendalikan wabah, termasuk tenaga kerja kesehatan yang kuat.²⁰

Kekurangan petugas kesehatan kemungkinan disebabkan oleh perang sipil yang terjadi. Kondisi kerja yang buruk dan gaji yang rendah membuat para petugas layanan kesehatan melarikan diri ke negara lain saat wabah Ebola

¹⁹ CDC, “*Ebola Virus Disease Outbreak – Nigeria, July – September 2014*”, diakses dari <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6339a5.htm> pada tanggal 28 November 2017.

²⁰ Globalization and Health, “*The Link between the West African Ebola outbreak and health systems in Guinea, Liberia, and Sierra Leone: a systematic review*”, diakses dari <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-016-0224-2> pada tanggal 28 November 2017.

dimulai. Surveilans, fasilitas diagnostik dan investigasi kasus penting untuk mengendalikan wabah, hal ini tidak ada gunanya tanpa tenaga kesehatan terlatih. Alasan tersebut yang membuat masyarakat internasional mengirim staf asing untuk mendukung pembangunan unit perawatan, unit pasien, dan menyediakan sistem surveilans. Tidak bisa dipungkiri bahwa, petugas kesehatan memiliki risiko terinfeksi dan mengalami kematian yang sangat tinggi, karena mereka selalu berhubungan langsung dengan para korban Ebola. Hal ini mengakibatkan, timbulnya dampak yang tidak langsung terhadap staf kesehatan lainnya, yang ikut cemas dan takut untuk menghadapi penolakan dari keluarga dan masyarakat mereka. Kemudian menyebabkan beban tambahan, kelelahan, tingkat perputaran yang cepat dan pengelolaan petugas kesehatan yang buruk. Perawat adalah yang paling terlibat dan terhubung langsung dengan masyarakat, akan sangat berguna jika melatih mereka untuk menyebarkan pesan efektif. Orang yang awalnya terkena Ebola kemudian sembuh dapat direkrut untuk berbagi pengalaman dan membantu mengendalikan wabah Ebola kedepannya.²¹

Petugas kesehatan di tiga negara yang terkena dampak Guinea, Liberia, dan Sierra Leone kekurangan pendidikan kesehatan dan pengetahuan untuk mengendalikan dan menanggapi wabah Ebola. Nigeria memiliki *Integrated Disease Surveillance and Response programme* dan *Nigerian Centre for Disease for Diseases Prevention and Control*, yang melakukan penelitian epidemiologi, pengumpulan data, pengawasan dan analisis. Negara ini juga menggunakan teknologi inovatif untuk membantu pemetaan, identifikasi, penyelidikan, pengelolaan, dan tindak lanjut kasus. Senegal juga memiliki "*laboratorium Instituite Pasteur*" yang mapan di Dakar untuk mengidentifikasi kasus dan segera merespons. Memiliki sistem respon surveilans yang memadai dengan peringatan dini dan kemampuan menentukan proyeksi

²¹ *Ibid.*

transmisi sangat penting untuk memantau dan mengendalikan epidemi ini.²²

Kemudian, obat tradisional sangat lazim di Afrika Barat, yang selama ini dikenal bertentangan dengan pengobatan modern. Tradisi budaya dan kekurangan petugas layanan kesehatan membuat para korban Ebola mencari bantuan dari dukun tradisional, yang tidak memiliki pengetahuan yang memadai dan tidak melindungi diri dari infeksi Ebola. Ketiga negara mencatat kekurangan pasokan medis, sistem transportasi yang efisien, metode komunikasi dan alat diagnostik. Ketersediaan pasokan – pasokan tersebut sangat penting untuk menghasilkan pengendalian Ebola yang efektif. Sangat penting untuk memiliki sistem komunikasi dan pengawasan yang kuat, isolasi, pelatihan IPC, protokol pengujian, sistem informasi geografis, dan pemodelan untuk memperkirakan proyeksi penyakit.

Guinea, Liberia, dan Sierra Leone tidak memiliki kebijakan atau strategi IPC yang memadai sebelum dimulainya wabah Ebola. Terjadinya kekurangan persediaan di bidang infrastruktur, pelatihan, dan pembelian persediaan obat – obatan yang dibutuhkan. Hal ini menjadi faktor pendukung untuk mempersulit petugas kesehatan untuk segera merespon.

Setelah wabah ini menyebar luas di negara – negara ini, pemerintah mulai bekerja sama dengan organisasi internasional dan lembaga penelitian untuk memperkuat kapasitas dan mendidik masyarakat. Komite Darurat menyarankan kepala negara yang terkena dampak untuk mengumumkan keadaan darurat nasional dan menginformasikan kepala masyarakat umum dengan berbagai informasi mengenai situasi tersebut dan pentingnya masyarakat untuk mengendalikan penyebaran virus Ebola.

²² *Ibid.*

Pentingnya komunikasi yang memadai antar negara juga harus ditekankan untuk memudahkan mobilisasi layanan kerja yang diperlukan untuk mengendalikan Ebola. Kepemimpinan dan alokasi sumber daya dalam hal ini sangat penting. Penting juga bagi para pemimpin untuk memastikan bahwa petugas layanan kesehatan menerima pembayaran yang memadai dan tepat waktu untuk layanan mereka serta pelatihan dan pendidikan yang sesuai. Karena kurangnya sumber daya, program seperti kampanye vaksinasi terganggu, yang mengakibatkan wabah penyakit menular. Selanjutnya lokasi untuk pusat perawatan juga menjadi masalah dengan harus menempuh jarak yang jauh untuk mencapai akses perawatan. Perbaikan jaringan jalan dan layanan transportasi penting untuk memastikan transportasi pasien tepat waktu dan memperbaiki akses terhadap layanan kesehatan.²³

B. Respon Internasional Sebelum Adanya UNMEER

Virus Ebola tahun 2014 merupakan tragedi kemanusiaan yang mengakibatkan ribuan nyawa melayang, menyebabkan masyarakat di negara Afrika Barat mengalami penderitaan, dan tentunya meninggalkan luka yang begitu mendalam bagi masyarakat di negara Guinea, Liberia, dan Sierra Leone. Tidak hanya mencancam bagi masyarakat di Afrika Barat saja, Ebola juga sangat mengancam keamanan di seluruh dunia. Pada akhirnya lebih dari 28.000 kasus telah terjadi, dan lebih dari 11.000 orang telah meninggal dunia.²⁴ Di era di mana seseorang bebas bergerak dan berjalan antarbenua, penularan wabah ini tidak hanya berada di Afrika Barat saja melainkan mampu menyebar ke negara ataupun

²³ *Ibid.*

²⁴ Centers of Disease Control and Prevention (CDC). "2014-2016 Ebola Outbreak in West Africa". diakses pada www.cdc.gov/vhf/ebola/outbreaks/2014-west-africa/, diakses pada 7 September 2017.

benua lain. Hal ini tidak bisa ditangani dengan otoritas lokal ataupun nasional saja.

Pada saat Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) diumumkan, banyak masyarakat internasional telah mengenali bahaya yang ditimbulkan Ebola ke Afrika Barat dan dunia. Kendati demikian, suasana ketakutan melumpuhkan banyak kelompok bantuan internasional. Namun telah terbiasa menghadapi beragam bahaya mulai dari banjir dan gempa bumi hingga ancaman pengeboman bunuh diri, mereka enggan menghadapi epidemi mematikan di tengah situasi yang berkembang pesat.²⁵ Kesulitan untuk merekrut personil yang berkualitas adalah hambatan utama untuk meningkatkan respon Ebola. Adanya ketakutan untuk bergabung untuk memerangi Ebola dikarenakan tidak adanya evakuasi medis yang menjamin untuk staf internasional dan tidak ada rencana darurat yang diatur oleh pemerintah Barat untuk menanggulangi wabah Ebola.

Sejumlah badan bantuan pemerintah dan organisasi nonpemerintah (LSM), seperti *Médecins Sans Frontières* (MSF), *Samaritan's Purse*, dan *International Committee of the Red Cross*, aktif di lapangan untuk melakukan kegiatan terkait wabah Ebola. Para *frontline* pemberani ini, termasuk petugas layanan kesehatan nasional berjuang untuk menekan skala epidemik ini. Intervensi tersebut tergolong terhambat karena sedikitnya para ahli dan pasokan untuk membangun dan mengoperasikan rumah sakit dan fasilitas medis lainnya.²⁶

Beberapa kegagalan yang dialami selama respon awal Ebola menunjukkan bahwa dunia tidak siap menghadapi

²⁵ Médecins Sans Frontières (MSF). “*Pushed to the Limit and Beyond: A Year into the Largest Ever Ebola Outbreak*”. diakses pada www.msf.org/en/article/ebola-pushed-limit-and-beyond, diakses pada 7 September 2017.

²⁶ *Ibid.*

ancaman yang ditimbulkan oleh epidemi ini. Kurangnya kapasitas pengawasan di Afrika Barat membuat wabah tersebut awalnya tidak terdeteksi selama berbulan – bulan. Meskipun ada banyak peringatan dari kelompok termasuk *Médecins Sans Frontières* (MSF) dan pemerintah dari tiga negara yang paling terkena dampak, tetapi WHO berpendapat bahwa wabah Ebola akan segera terkendali.²⁷

Sedangkan, selama berbulan – bulan, *Ebola treatment units* (ETUs) yaitu tempat bagi para pasien Ebola untuk mendapatkan perawatan terbaik dan perlindungan dari infeksi Ebola, telah berusaha untuk memenuhi kapasitas pasien Ebola dan pada akhirnya tidak dapat menerima pasien baru. Adanya tambahan pasien baru setiap harinya, juga menyebabkan kekurangan kapasitas laboratorium dan petugas kesehatan. Kekurangan peralatan untuk menghadapi virus Ebola ini disebabkan karena bantuan logistik yang cenderung masih sedikit. Seperti tempat tidur untuk unit perawatan Ebola atau ETU dan peralatan perlindungan pribadi untuk petugas layanan kesehatan. Pembatasan penerbangan dapat menjadi penghambat untuk pendendalian penyebaran virus Ebola. Para ahli internasional dan logistik menjadi sulit untuk masuk ke negara yang terkena dampak.²⁸

Wabah Ebola memberikan tekanan yang sangat besar pada kapasitas tanggap darurat WHO.²⁹ WHO sebagai salah

²⁷ Advance unetied copy “*Protecting Humanity from Future Crises: Report of the High-Level Panel on the Global Response to Health Crises*”, hal. 6, diakses dari http://www.un.org/News/dh/infocus/HLP/2016-02-05_Final_Report_Global_Response_to_Health_Crises.pdf, pada tanggal 7 September 2017.

²⁸ Antarajogja, “*PBB: pembatasan penerbangan hambat reaksi tanggap ebola*”, diakses pada <https://jogja.antarane.ws.com/berita/325058/pbb-pembatasan-penerbangan-hambat-reaksi-tanggap-ebola>, diakses pada tanggal 7 September 2017.

²⁹ Basildon Canvey Southend Echo, “*WHO ‘not fit for purpose’ on Ebola*”, diakses pada <http://www.echo->

satu badan PBB yang bertindak sebagai koordinator kesehatan internasional, ternyata tidak dapat memberikan gelombang tim medis yang sangat dibutuhkan di wilayah yang terkena dampak Ebola. WHO tidak memiliki kapasitas operasional maupun sumber daya untuk memimpin dan mengkoordinasi respon. Sumber daya manusia dan material yang langka dicerminkan oleh kekurangan finansial yang besar. Diperkiraan kebutuhan WHO yang meningkat antara awal agustus dan awal september. Kebutuhan ini tidak terpenuhi sampai terjadi peningkatan dana dari pendonor pada akhir tahun.

Dibawah bimbingan WHO, tim negara PBB mempertahankan kehadiran aktif di wilayah Afrika Barat dan mengkoordinasikan operasi antar lembaga. Namun, kurangnya kejelasan tentang bagaimana menentukan wabah dan siapa yang harus memimpin respon, mempersulit tugas untuk memprioritaskan, merencanakan, dan membuat keputusan. Pada bulan Agustus 2014, *Inter-Agency Standing Committee* (IASC), forum antar lembaga mitra kemanusiaan PBB dan non PBB, menetapkan bahwa WHO harus tetap menjadi agen respon utama, namun keputusan ini kontrversial. Sejak awal, WHO menganggapnya sebagai sebuah krisis kesehatan. WHO membutuhkan logistik dan dukungan komando terdapat, namun tidak menentukan bahwa respons keseluruhan sistem dibutuhkan. Instansi lain melihat dengan jelas bahwa krisis tersebut adalah multidimensional. Para pendukung mereka beragumen bahwa seharusnya sejak awal, wabah ini sudah tinggikan tingkat ketiga darurat kemanusiaan yang paling tinggi yang tersedia di bawah IASC. Hal ini akan memberikan dukungan kepemimpinan tambahan kepada tim negara PBB dan memberi wewenang *Office for the Coordination of Humanitarian Affairs* (OCHA) untuk fokus pada kebutuhan yang lebih luas. Namun, lembaga – lembaga ini tidak

memimpin karena pada awalnya wabah ini adalah krisis kesehatan dan mereka juga kekurangan ahli kesehatan.³⁰

Pada pertengahan September 2014, tampak jelas bahwa wabah tersebut telah melampaui kapasitas kelompok garis depan untuk merespons. Selain itu ada banyak laporan di negara – negara yang paling terkena dampak, mereka kekurangan pangan, terjadinya penutupan sekolah dan rumah sakit, meningkatnya pengangguran, dan karantina yang ketat. Pada tanggal 17 September, Sekretaris Jenderal menyatakan bahwa wabah ebola adalah *“no longer just a public health crisis, but has become multidimensional, with significant political, social, economic, humanitarian, logistical and security dimensions.”*³¹ Artinya bahwa wabah Ebola sudah tidak lagi menjadi krisis kesehatan masyarakat saja, melainkan telah menjadi multidimensional yang telah mempengaruhi bidang politik, sosial, ekonomi, kemanusiaan, logistik dan keamanan.

Situasi ini menuntut aksi yang luar biasa. Ada perasaan mendesak bahwa ada sesuatu yang istimewa dibutuhkan. Kepemimpinan di tingkat tertinggi diminta untuk mempertemukan seluruh sistem PBB menjadi respons yang terkoordinasi dan untuk menggalang dukungan internasional.

C. Terbentuknya United Nations Mission for Ebola Emergency Response

Pada tanggal 18 September 2014, Dewan Keamanan PBB berkumpul dan mencatat bahwa pembangunan

³⁰ Adam Lupel dan Michael Synder, *“The Mission to stop Ebola: Lessons for UN Crisis Response”*, hal. 11, diakses pada <https://www.ipinst.org/.../IPI-Rpt-Mission-to-Stop-Ebola.pdf>, pada Tanggal 6 September 2017.

³¹The Fletcher School. *“Ebola Outbreak”*, diakses dari <http://fletcher.tufts.edu/African-Peace-Missions/Research/Case-Studies/Ebola-Outbreak>, diakses pada 8 september 2017.

perdamaian dan pembangunan di negara – negara yang paling terkena dampak dapat dijalankan. Dewan Keamanan PBB menyatakan bahwa wabah tersebut “*a threat to international peace and security*” (Resolusi 2177).³² Pada tanggal 19 September, Majelis Umum secara resmi memberi wewenang kepada Sekretaris Jenderal untuk membentuk *United Nations Mission for Ebola Emergency Response* (UNMEER) dengan mandat untuk mengembangkan dan menerapkan strategi tanggap darurat terhadap Ebola di seluruh sistem PBB (Resolusi 69/1).³³ Kedua resolusi tersebut mengakui perlunya tindakan bersatu di seluruh sistem PBB, dengan Negara-negara Anggota, badan Regional termasuk *Mano River Union*, *African Union* dan *Economic Community of West African States* (ECOWAS) dan mitra non-pemerintah. Resolusi juga mengakui peran sentral WHO untuk respon.

Dalam mennghentikan penyebaran virus Ebola, UNMEER akan membangun dan memelihara platform operasional regional, memastikan penyampaian bantuan internasional yang cepat terhadap kebutuhan yang diidentifikasi di negara – negara yang terkena dampak, memimpin respon di tingkat operasional dan memberikan arahan strategis kepada sistem PBB dan mitra pelaksana lainnya di lapangan. Kemudian, UNMEER akan bekerja sama dengan semua pemerintah dan mitra yang berkontribusi dalam upaya membasmi Ebola. UNMEER akan memiliki kantor pusat di wilayah Afrika Barat, namun tidak di salah satu dari tiga negara yang paling terkena dampak. Kepemimpinannya akan mencakup pejabat kesehatan senior

³²UN Security Council. “*Resolution 2177 (2014)*”. diakses pada [http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/2177\(2014\)](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/2177(2014)), pada tanggal 9 september 2017.

³³ UN General Assambly. “*Resolution adopted by the General Assembly on 19 September 2014*”. diakses pada http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/69/1, diakses pada 9 September 2017

yang ditunjuk oleh WHO. UNMEER juga akan bekerja dengan teliti dan terkoordinasi dengan kehadiran PBB yang ada sekarang dan, khususnya, dengan negara – negara yang terkena dampak dan pemerintah yang dianggap paling berisiko terkena wabah Ebola. Jika perlu, misi akan dapat menyesuaikan kehadiran dan aktivitasnya dengan cara yang sepadan dengan kebutuhan dan tuntutan tanggap darurat Ebola, termasuk melakukan penyebaran operasional ke negara lain yang mengalami transmisi Ebola, atas permintaan dari pemerintah yang bersangkutan. Selain itu, UNMEER juga tetap memperhatikan potensi implikasi perdamaian dan keamanan, menyadari bahwa ketiga negara yang paling terkena dampak saat ini berada dalam lingkup *Peacebuilding Commission*.

Sekretaris Jenderal, Ban – Ki Moon telah berkonsultasi dengan kepala badan, dana, dan program Perserikatan Bangsa – Bangsa, dan semua mengenai pentingnya untuk memastikan kesatuan usaha agar semua bekerja keras untuk Ebola di Afrika Barat di bawah kepemimpinan misi. UNMEER akan mempertemukan berbagai aktor dan kemampuan Perserikatan Bangsa – Bangsa, serta Pemerintah, negara – negara anggota, organisasi non pemerintah dan pemangku kepeningian terkait lainnya, untuk memberikan kepemimpinan yang efektif, menghindari duplikasi yang tidak perlu dan memastikan prioritas yang efisien atas aset dan sumber daya yang ada. Selain itu, UNMEER bekerja sama dengan pusat operasional Ebola nasional yang didirikan oleh pemerintah yang bersangkutan, serta dengan memberikan kontribusi kepada negara – negara anggota yang memberikan bantuan di negara – negara yang terkena dampak Ebola. Selanjutnya, UNMEER akan terlibat erat dengan sektor swasta untuk memastikan bahwa masyarakat internasional secara kolektif memanfaatkan semua aset yang mungkin untuk mengatasi wabah dan efek wabah sekunder yang merusak.

UNMEER akan dipandu dalam enam prinsip:³⁴

1. Memperkuat kepemimpinan pemerintah;
2. Memberikan dampak/pengaruh yang cepat ke lokasi;
3. Berkoordinasi dan berkolaborasi dengan aktor di luar Perserikatan Bangsa – Bangsa;
4. Menyesuaikan tanggapan terhadap kebutuhan khusus di berbagai negara;
5. Menegaskan kembali kepemimpinan WHO pada semua masalah kesehatan;
6. Identifikasi tolok ukur untuk transisi pasca keadaan darurat dan memastikan bahwa tindakan memperkuat sistem.

Untuk mencapai tujuan strategis tersebut, UNMEER akan berfokus pada 12 tindakan misi penting yang diidentifikasi oleh Koordinator Sistem Perserikatan Bangsa – Bangsa, setelah berkonsultasi dengan pemangku kepentingan utama termasuk Pemerintah negara – negara yang terkena dampak, yaitu:³⁵

1. Identifikasi dan penelusuran orang yang terkena Ebola;
2. Perawatan untuk yang terinfeksi dan pendendalian infeksi;
3. Penguburan yang aman dan bermartabat;
4. Perawatan medis untuk responden;
5. Ketahanan pangan dan gizi;
6. Akses terhadap layanan kesehatan dasar;

³⁴ UN General Assembly Security Council, “*Identical Letters dated 17 September 2014 from the Secretary-General addressed to the President of the General Assembly and the President of the Security Council*”, hal. 3, diakses dari http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/69/389, pada tanggal 9 September 2017.

³⁵ *Ibid*, hal 5.

7. Bantuan tunai bagi tenaga kesehatan;
8. Perlindungan dan pemulihan ekonomi;
9. Persediaan bahan dan peralatan;
10. Transportasi dan bahan bakar;
11. Mobilisasi sosial;
12. Olahpesan.

Dengan bimbingan dan pengawasan WHO dan bantuan dari negara – negara anggota, dibuat sebuah infrastruktur pelatihan untuk staf medis dan non medis baik nasional dan internasional untuk mencegah staf misi dan responden terinfeksi wabah Ebola dalam menjalankan tugasnya. Perlindungan staf Perserikatan Bangsa – Bangsa dan semua responden merupakan prioritas utama dan prinsip mendasar untuk menghentikan penularan penyakit ini. Selain itu, UNMEER akan bertanggung jawab untuk mengumpulkan, menganalisis dan menyajikan informasi komprehensif mengenai penyebaran wabah Ebola dan tanggapan internasional terhadapnya.

UNMEER hanya akan ada selama diperlukan untuk membendung krisis saja, jika wabah Ebola tidak lagi menimbulkan ancaman bagi masyarakat di negara – negara yang terkena infeksi, misi ini akan mencapai tujuannya dan akan dibubarkan. Tidak ada satu negara pun, tidak ada satu organisasi pun yang memiliki sumber daya untuk membendung arus krisis Ebola ini. Setiap Pemerintah pada akhirnya bertanggung jawab atas rakyatnya sendiri. Pemerintah dan rakyat Afrika Barat telah meminta bantuan PBB untuk membasmi wabah Ebola ini. Hal ini merupakan kesempatan bagi PBB untuk kembali menunjukkan kemampuannya untuk memelihara perdamaian dan keamanan dunia.

D. Struktur dan Staff UNMEER

Konsep misi UNMEER adalah mengkoordinasi kegiatan lembaga yang ada di negara – negara yang terkena dampak terhadap pencapaian pokok mandat dan strategi. Kekuatan utama dari misi ini terdiri dari pejabat Sekretariat dan perwakilan antar instansi dengan pengalaman dalam operasi dan manajemen krisis. UNMEER akan diperkuat oleh Utusan Khusus Ebola (Wakil Sekretaris Jenderal), yang akan terus mewakili sistem Perserikatan Bangsa – Bangsa dan memberikan kepemimpinan strategis, koordinasi dan bimbingan menyeluruh, termasuk konsultasi dengan negara – negara anggota dan pemangku kepentingan lainnya.³⁶

Kemudian WHO juga mempertahankan kepemimpinannya dalam masalah kesehatan di dalam misi ini di beberapa bagian operasional antara lain: penemuan kasus, layanan laboratorium, manajemen kasus, pengadaan untuk tempat para pasien ebola mendapatkan perawatan terbaik, pelatihan petugas layanan kesehatan, dan pengelolaan informasi secara teknis.³⁷

Markas misi akan didirikan di Accra, Ghana dan terdiri dari empat pilar yaitu, respon medis yang dipimpin oleh seorang Direktur Kesehatan, koordinasi dan perencanaan operasional yang dipimpin oleh Direktur Operasi, untuk respon layanan penting dipimpin oleh seorang Direktur Essential Services, dan tim tanggapan krisis di negara bagian

³⁶ UN General Assembly, “*United Nation Mission for Emergency Ebola Response and the Office of the Special Envoy on Ebola*”, UN Doc A/69/404, hal. 3, diakses dari http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/69/404 pada tanggal 20 September 2017,

³⁷ World Health Organization, “*The Role of WHO within the United Nations Mission for Ebola Emergency Response*”, hal. 3, diakses dari www.who.int/csr/resources/publications/ebola/who-unmeer.pdf?ua=1 pada tanggal 20 September 2017.

di tiga negara yang terkena dampak (Guinea, Liberia, dan Sierra Leone), masing – masing dipimpin oleh *Ebola Crisis Managers* (ECM) yaitu Asisten Sekretaris Jenderal. ECM akan bekerjasama dengan pemerintah negara dalam memastikan respon internasional yang lebih cepat dan efisien terhadap krisis. ECM terdiri dari Marcel Rudasingwa dari Rwanda untuk Guinea, Peter Jan Graaff dari Belanda untuk Liberia; dan Amadu Kamara dari Amerika Serikat untuk Sierra Leone.³⁸

Pilihan untuk menempatkan markas misi di luar negara – negara yang paling terkena dampak mendapat banyak pertanyaan. Bagi banyak orang menempatkan kantor pusat di luar wilayah negara yang terkena dampak akan memperburuk dan sulit untuk mengontrol operasi tanggap darurat ini. Hal ini dilihat secara khusus oleh banyak orang di badan kemanusiaan PBB, di mana berada sedekat mungkin dengan wilayah yang terkena dampak dinilai sebagai cara yang efektif untuk memfasilitasi pengiriman bantuan secara cepat.

Keputusan tersebut tidak didasarkan pada praktik misi pemeliharaan perdamaian yang berbasis di negara tersebut. Hal ini terlepas dari model penjaga perdamaian yang telah menjadi acuan utama untuk merancang misi dalam tahap awal, banyak yang terlibat dalam desain misi tersebut telah mendapat dukungan dari *Department of Peacekeeping Operations* (DPKO) dan *Department of Field Support* (DFS), dan Anthony Banbury yang menjabat sebagai kepala UNMEER pertama dulunya adalah asisten Sekretaris Jenderal bidang pendukung. Keputusan untuk menempatkan basis operasi regional UNMEER di negara yang tidak terkena dampak terutama dilakukan karena masalah keamanan, mengingat perkiraan penyebaran wabah yang mengawatirkan

³⁸ Ghana Web, “*UN appoints Ebola Crisis Managers*”, diakses dari <https://www.ghanaweb.com/GhanaHomePage/health/UN-appoints-Ebola-crisis-managers-329705> pada tanggal 21 September 2017.

saat itu, dan juga karena hambatan yang diajukan oleh pembatasan perjalanan yang telah diberlakukan di negara – negara yang paling terkena dampak.³⁹

Total kebutuhan untuk UNMEER dan Kantor Utusan Khusus untuk Ebola periode 19 September sampai 31 Desember 2014 berjumlah \$ 49,943,600 dan akan menyediakan personil sipil yang terdiri dari 283 posisi, bantuan teknis, transportasi darat, sarana transportasi umum, transportasi darat, transportasi udara, komunikasi, teknologi informasi, perlengkapan medis, layanan dan peralatan lainnya.⁴⁰

UNMEER dan Kantor Utusan Khusus Ebola akan memiliki struktur kepegawaian total 283 posisi (2 Sekretaris Jenderal, 3 Asisten Sekretaris Jenderal, 128 diantaranya Direktur dan staff, 84 petugas layanan lapangan, 8 layanan umum level lainnya, 23 petugas profesional nasional, 30 tingkat lokal, dan 5 relawan PBB), dengan 93 staf yang berbasis di Accra, 52 berbasis di masing – masing negara yang terkena dampak, 7 diintegrasikan ke dalam pusat pelayanan regional di Entebbe, Uganda, dan 6 berbasis di New York, difokuskan pada hubungan, keterlibatan, dan pelaporan negara anggota.⁴¹

³⁹ Adam Lupel dan Michael Synder, *Op.Cip.* hal 7.

⁴⁰ UN General Assembly, “*United Nation Mission for Emergency Ebola Response and the Office of the Special Envoy on Ebola*”, UN Doc A/69/404, hal.5, diakses dari http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/69/404, pada tanggal 30 September 2017

⁴¹ *Ibid.*, hal 6-7.

BAB III PROFIL VIRUS EBOLA

A. Asal Mula Virus Ebola dan perkembangannya di Afrika Barat

Virus Ebola pertama kali dideteksi pada tahun 1976 di Republik Demokratik Kongo, di mana seorang pasien bernama Mabalo mengalami demam tinggi dan dirawat di rumah sakit Yambuku Mission. Mabalo mengalami gejala tersebut setelah kepulangannya dari Zaire Utara dan diasumsikan menderita malaria. Kemudian salah satu suster di rumah sakit yang merawat Mabalo menyuntik *quinine*, salah satu jenis obat untuk malaria, dan mengizinkan Mabalo untuk istirahat di rumah. Rumah sakit yang merawat Mabalo memiliki peralatan yang minimum, sehingga jarum suntik yang digunakan Mabalo digunakan kembali lagi untuk menyuntik pasien yang lain.

Tidak lama kemudian, pada tanggal 8 Februari 1976 Mabalo meninggal, dan dimakamkan menggunakan ritual tradisional oleh istri, ibu, teman – teman serta kerabatnya. Semua makanan dan kotoran dibersihkan dari tubuhnya, sebuah ritual yang menggunakan tangan secara langsung. Selang seminggu, sebanyak 21 orang dari teman dan keluarga Mabalo serta orang – orang yang terlibat dalam ritual tersebut mengalami demam tinggi dan akhirnya meninggal dunia. Setelah kematian Mabalo, rumah sakit menjadi ramai dengan orang – orang yang terindikasi sama dengan penyakit Mabalo. Para pasien mengalami pendarahan di mulut, mata, dan anus.⁴²

⁴² Tara C. Smith, “*Deadly Diseases and Epidemics: Ebola*”, Chelsea House Publishers: Philadelphia, 2006, hal, 16-17.