



**SEKURITISASI PENYAKIT MALARIA DI
NEGARA REPUBLIK PERSATUAN TANZANIA**

***SECURITIZATION OF MALARIA DISEASE IN
UNITED REPUBLIC OF TANZANIA***

SKRIPSI

Oleh:

Fikry Zuledy Pamungkas

140910101036

**PROGRAM STUDI ILMU HUBUNGAN INTERNASIONAL
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS JEMBER**

2018



**SEKURITISASI PENYAKIT MALARIA DI
NEGARA REPUBLIK PERSATUAN TANZANIA**

***SECURITIZATION OF MALARIA DISEASE IN
UNITED REPUBLIC OF TANZANIA***

SKRIPSI

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan studi pada Program Studi Ilmu Hubungan Internasional (S1) dan mencapai gelar Sarjana Sosial

Oleh:

Fikry Zuledy Pamungkas

140910101036

PROGRAM STUDI ILMU HUBUNGAN INTERNASIONAL

FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK

UNIVERSITAS JEMBER

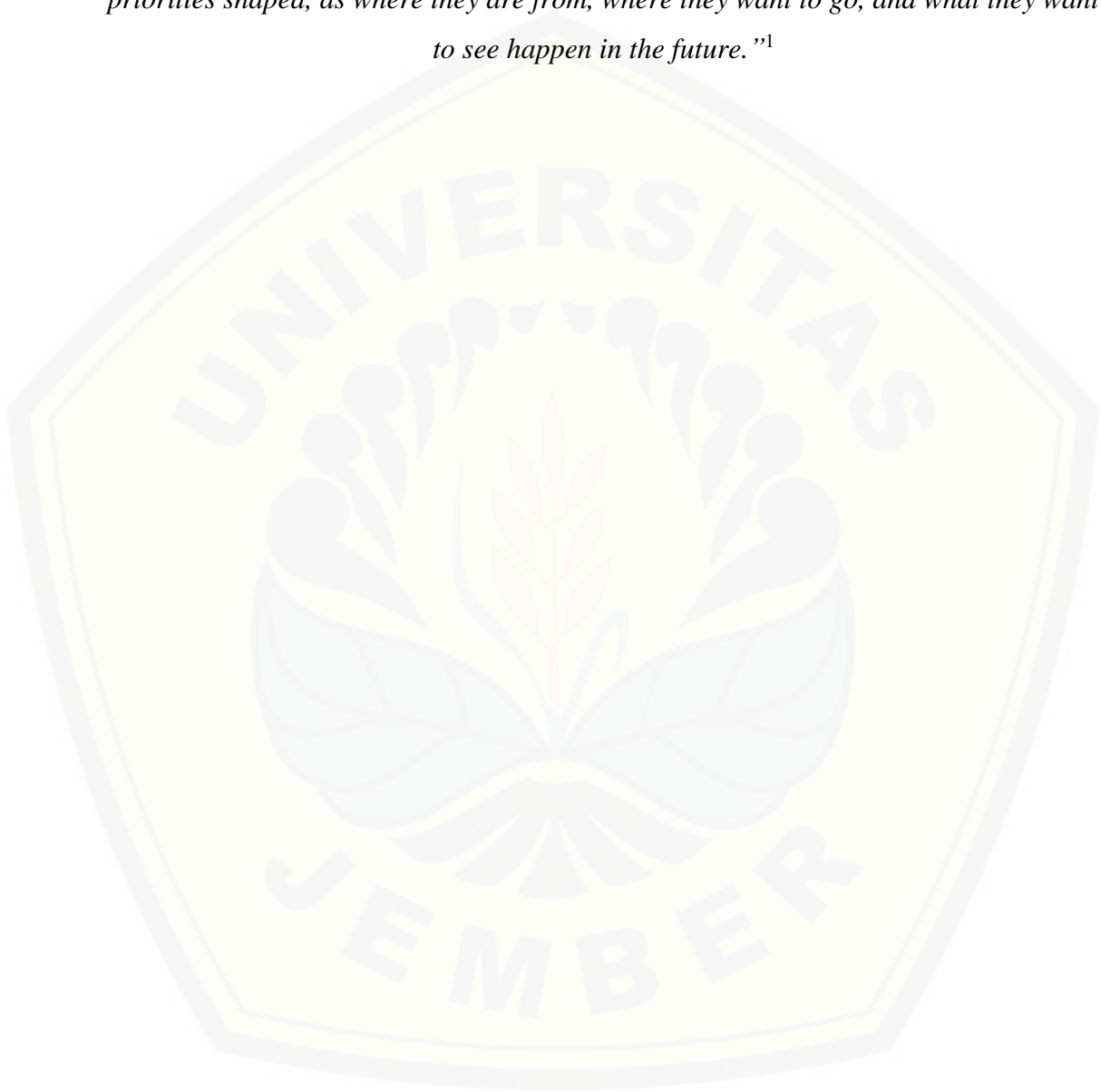
2018

PERSEMBAHAN

“ Untuk Segenap Doa &
Kebahagiaan, Ayah dan Ibu ”.

MOTTO

“every thinking individual on the planet operates with a unique set of security priorities shaped, as where they are from, where they want to go, and what they want to see happen in the future.”¹



¹ William, Paul. D. 2012. Security Studies : An Introduction. New York : Routledge.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Fikry Zuledy Pamungkas

NIM : 140910101036

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Sekuritisasi Penyakit Malaria di Negara Republik Persatuan Tanzania” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 7 Juni 2018

Yang Menyatakan

Fikry Zuledy Pamungkas
NIM 140910101036

JUDUL SKRIPSI

**SEKURITISASI PENYAKIT MALARIA DI
NEGARA REPUBLIK PERSATUAN TANZANIA**

***SECURITIZATION OF MALARIA DISEASE IN
UNITED REPUBLIC OF TANZANIA***

Oleh:

**Fikry Zuledy Pamungkas
NIM 140910101036**

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Drs. Bagus Sigit Sunarko, M.Si., Ph.D.

Dosen Pembimbing Anggota : Agus Trihartono, S.Sos., M.A., Ph.D

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi berjudul “Sekritisasi Penyakit Malaria di Negara Republik Persatuan Tanzania” telah diuji dan disahkan pada:

Hari : Kamis
Tanggal : 5 Juli 2018
Waktu : 09.00 WIB
Tempat : Ruang Ujian Bersama FISIP Universitas Jember

Tim Penguji,
Ketua

Dr. Puji Wahono, M.Si
NIP 1960020111987021001

Sekretaris I

Sekretaris II

Drs. Bagus Sigit Sunarko, M.Si, Ph.D
NIP. 196802291998031001

Agus Trihartono, S.Sos, M.A, Ph.D
196908151995121001

Anggota I

Anggota II

Drs. Agung Purwanto, M.Si
196810221993031002

Dr. Muhammad Iqbal, S.Sos, M.Si
1972122041999031004

Mengesahkan,
Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik
Universitas Jember

Dr. Ardiyanto, M. Si
NIP. 195808101987021002

RINGKASAN

Sekuritisasi Penyakit Malaria di Negara Republik Persatuan Tanzania; Fikry Zuledy Pamungkas; 140910101036; 2018; 118 halaman; Jurusan Ilmu Hubungan Internasional Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember.

Pada bagian awal dijelaskan bahwa penyakit malaria mulanya adalah isu kesehatan masyarakat namun dapat menjadi sebuah ancaman keamanan dengan dampak yang besar terhadap negara dan masyarakat. Dalam penjelasan malaria sebagai ancaman keamanan, penulis menggunakan konsep keamanan kesehatan dengan tiga klasifikasi untuk mengkategorikan suatu isu kesehatan masyarakat dapat menjadi ancaman keamanan. Tiga klasifikasi tersebut meliputi ancaman penyakit malaria terhadap stabilitas nasional, ancaman penyakit malaria terhadap stabilitas internal dan jumlah kasus dan jumlah kematian yang diakibatkan oleh ancaman malaria. Pada tiga klasifikasi ini, penyakit malaria di Tanzania memenuhi ketiga klasifikasi tersebut. Hingga penulis mendapati kesimpulan bahwa penyakit malaria bukan hanya masalah kesehatan masyarakat saja, namun juga berdampak luas yang dapat menjadi sebuah ancaman keamanan.

Bagian area pembahasan penelitian ini mengidentifikasi elemen-elemen sekuritisasi penyakit malaria di Tanzania dengan menggunakan kerangka yang dibuat oleh Ramiah (2006). Identifikasi elemen-elemen ini merupakan hal yang penting bagi penulis untuk melakukan analisis yang lebih mendalam. Selain itu, penulis juga melakukan identifikasi *referent object* dan *audience*. *Referent object* ialah Ibu hamil, bayi <5 tahun dan populasi masyarakat dalam sekuritisasi penyakit malaria di Tanzania, sedangkan *audience* ialah seluruh masyarakat Tanzania.

Pada identifikasi aktor sekuritisasi penulis menggunakan kerangka yang dibuat oleh Ramiah (2006) dalam menggolongkan aktor sekuritisasi menjadi tiga, yaitu *initiating actors*, *catalyzing actors* dan *implementing actors*. *Initiating actors* dalam sekuritisasi penyakit malaria di Tanzania ialah pemerintah nasional yang direpresentasikan oleh lembaga Kementerian Kesehatan Tanzania. *Catalyzing actors*

terdiri dari WHO, *Global Fund*, PMI dan *implementing actors* terdiri dari pemerintah lokal, IHI, CDC, PSI, CSSC, media, perusahaan swasta dan pekerja kesehatan.

Konsep keamanan yang digunakan oleh aktor sekuritisasi penyakit malaria di Tanzania memiliki beragam variasi. Para aktor memiliki motivasi tersendiri sebagai dasar mereka melakukan upaya sekuritisasi dan juga masing-masing aktor memiliki konsep keamanan yang berbeda-beda satu sama lain dalam melihat penyakit malaria sebagai ancaman keamanan. misalnya kemanan nasional yang digunakan oleh negara, dan ada konsep lain yang digunakan oleh para aktor sekuritisasi seperti sistem kesehatan nasional, keamanan manusia, keamanan pembangunan ekonomi, keamanan pelayanan kesehatan publik, dan keamanan ekonomi. Konsep keamanan yang variatif ini mengakibatkan proses sekuritisasi yang dilakukan dapat berjalan dengan baik, karena masing-masing aktor dapat menjalankan tujuannya dan terorganisir dengan baik. Pemerintah Tanzania membuat sebuah strategi untuk menyatukan semua aktor dalam satu wadah yang dinamakan dengan *Public Private Partnership* yang selanjutnya melalui kerjasama ini para aktor bersama-sama menjalankan upaya sekuritisasi sesuai dengan *National Malaria Control Strategy* yang disusun oleh Kementerian Kesehatan Tanzania.

Dalam proses sekuritisasi penyakit malaria di Tanzania peneliti menilai bahwa ancaman muncul terlebih dahulu kemudian memunculkan mekanisme *speech act* karena memberikan ancaman terhadap keamanan. Kemudian penulis menggunakan kerangka yang dibuat Ramiah (2006) tentang proses sekuritisasi dan mekanisme persuasi dan negosiasi. Bagian ini akan menjelaskan hubungan dari para aktor yang ada dengan penduduk secara luas untuk mencapai *share understanding* pada pelaksanaan penanggulangan penyakit malaria di masyarakat. Proses sekuritisasi meliputi hubungan pemerintah dengan penduduk secara luas menggunakan mekanisme pidato dan kampanye. Kemudian pemerintah dengan *catalyzing actor* dan pemerintah dengan *implementing actors* mengatur dan manajemen sumberdaya yang terkumpul dan melakukan diskusi tingkat tinggi terkait malaria dan dipublikasikan. Terakhir, *implementing actors* dengan penduduk secara luas dilakukan mekanisme pidato, kampanye, himbauan langsung dan diskusi.

Pada tingkatan sekuritisasi (*outcome 1*), pemerintah nasional melalui Kementerian Kesehatan telah melakukan banyak konsensus, kerjasama, dan kemitraan khusus untuk menanggulangi penyakit malaria. Misalnya GMEP, Deklarasi Abuja, kerjasama dengan aktor internasional seperti *Global Fund* dan PMI. kemudian pemerintah juga telah membuat dokumen penting berupa strategi nasional dalam penanggulangan malaria yaitu *National Malaria Strategy Control* dan membuat kampanye khusus *National Malaria Control Programme* dan kerjasama *Public Private Partnership*, serta program *NATNET Programme* yang telah sukses dilakukan oleh para aktor sekuritisasi penyakit malaria. Terakhir adanya alokasi dana oleh para aktor untuk menanggulangi malaria.

Dampak pada ancaman (*outcome 2*) dari upaya sekuritisasi penyakit malaria di Tanzania yang dilakukan oleh para aktor terjadi dampak signifikan pada prevalensi terjadinya infeksi malaria pada masyarakat Tanzania. Prevalensi malaria pada semua populasi mengalami penurunan yang signifikan. Penurunan prevalensi ini merupakan hasil yang baik dari upaya sekuritisasi malaria di Tanzania yang dilakukan.

Kondisi-kondisi yang mempengaruhi sekuritisasi. Penulis telah melakukan analisis menyeluruh pada pengaruh konsep-konsep yang digunakan, hubungan antar isu-isu keamanan, peran aktor-aktor yang berwenang, sistem politik domestik dan norma-norma internasional. Dari analisis yang dilakukan, penulis menyimpulkan bahwa faktor-faktor yang ada memberikan kemudahan kepada para aktor untuk melakukan sekuritisasi penyakit malaria di Tanzania. Kesimpulan dari penelitian ini adalah sekuritisasi penyakit malaria di negara Tanzania berhasil dilakukan oleh para aktor-aktor sekuritisasi.

PRAKATA

Puji syukur ke hadirat Allah Swt., Shalawat serta salam semoga tetap tercurahkan kepada Nabi Muhammad SAW. Berkat rahmat, petunjuk serta karunia yang diberikan Allah Swt., sehingga penulis mampu menyelesaikan skripsi yang berjudul **“Sekuritisasi Penyakit Malaria di Negara Republik Persatuan Tanzania”**. Skripsi ini disusun guna memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) pada Program Studi Ilmu Hubungan Internasional, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Jember.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Bapak Dr. Ardiyanto, M.Si, selaku Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember.
2. Bapak Drs. Bagus Sigit Sunarko, M.Si, Ph.D, selaku Ketua Jurusan Ilmu Hubungan Internasional.
3. Bapak Dr. Muhammad Iqbal, S.Sos., M.Si selaku dosen wali akademik yang telah membimbing penulis selama menjadi mahasiswa.
4. Bapak Drs. Bagus Sigit Sunarko, M.Si, Ph.D, selaku Dosen Pembimbing Utama dan Bapak Agus Trihartono, M.A, Ph.D, selaku dosen pembimbing anggota yang telah meluangkan waktu, membantu penulis selama penyusunan skripsi selama ini.
5. Almamater Fakultas Ilmu Sosial dan Politik Universitas Jember, Khususnya Jurusan Ilmu Hubungan Internasional Universitas Jember.
6. Segenap Dosen dan Civitas Akademika di lingkungan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember, khususnya Jurusan Ilmu Hubungan Internasional yang tercinta.
7. Ayahanda Edy Waluyo Utomo yang selalu menjadi sosok inspiratif dalam hidup penulis, Ibunda Zuliyana tercinta, kedua saudaraku Rizky Zuledy Pambayun dan Fahmy Zuledy Pambagyو beserta segenap keluarga yang selalu memberikan dukungan baik doa maupun nasehat dan juga semangat bagi penulis dalam penyelesaian skripsi ini.
8. Teman-teman jurusan Ilmu Hubungan Internasional 2014.
9. Teman-teman Unej Mengajar (Ujar), Paduan Suara Mahasiswa FISIP “Socialitice”, UKMF Bola Basket FISIP UNEJ, BEM FISIP UNEJ Kepengurusan tahun 2017, Fourteen Famiglia dan Jember Youth Social Movement (JYSM), Serikat Perupa Muda Tuban

(SPMT) yang telah memberikan pengalaman berorganisasi, pengembangan talenta dan pembelajaran kehidupan yang sangat berkesan dan berguna bagi penulis.

10. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Akhir kata, terima kasih kepada berbagai pihak yang telah disebutkan. Penulis menyadari setiap pribadi manusia berbeda dan tidak ada manusia yang sempurna. Oleh karena itu, penulis menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Akhirnya penulis berharap, semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Jember, 7 Juni 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERSEMBAHAN.....	iii
MOTTO	iv
PERNYATAAN.....	v
SKRIPSI.....	vi
HALAMAN PENGESAHAN.....	vii
RINGKASAN	viii
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR SINGKATAN.....	xviii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Ruang Lingkup Pembahasan.....	6
1.2.1 Batasan Materi	6
1.2.2 Matasan Waktu.....	7
1.3 Rumusan Masalah.....	7
1.4 Tujuan Penelitian	7
1.5 Landasan Konseptual dan Teoritis	8
1.5.1 Konsep Keamanan Kesehatan.....	8
1.5.2 Teori Sekuritisasi	9
1.6 Argumentasi Utama	14
1.7 Metodologi Penelitian	15
1.7.1 Metode Pengumpulan Data	15
1.7.2 Metode Analisis Data	16
1.8 Sistematika Penelitian.....	17
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	20
2.1 Perkembangan Teori Sekuritisasi	20
2.2 Konsep Keamanan Kesehatan	23

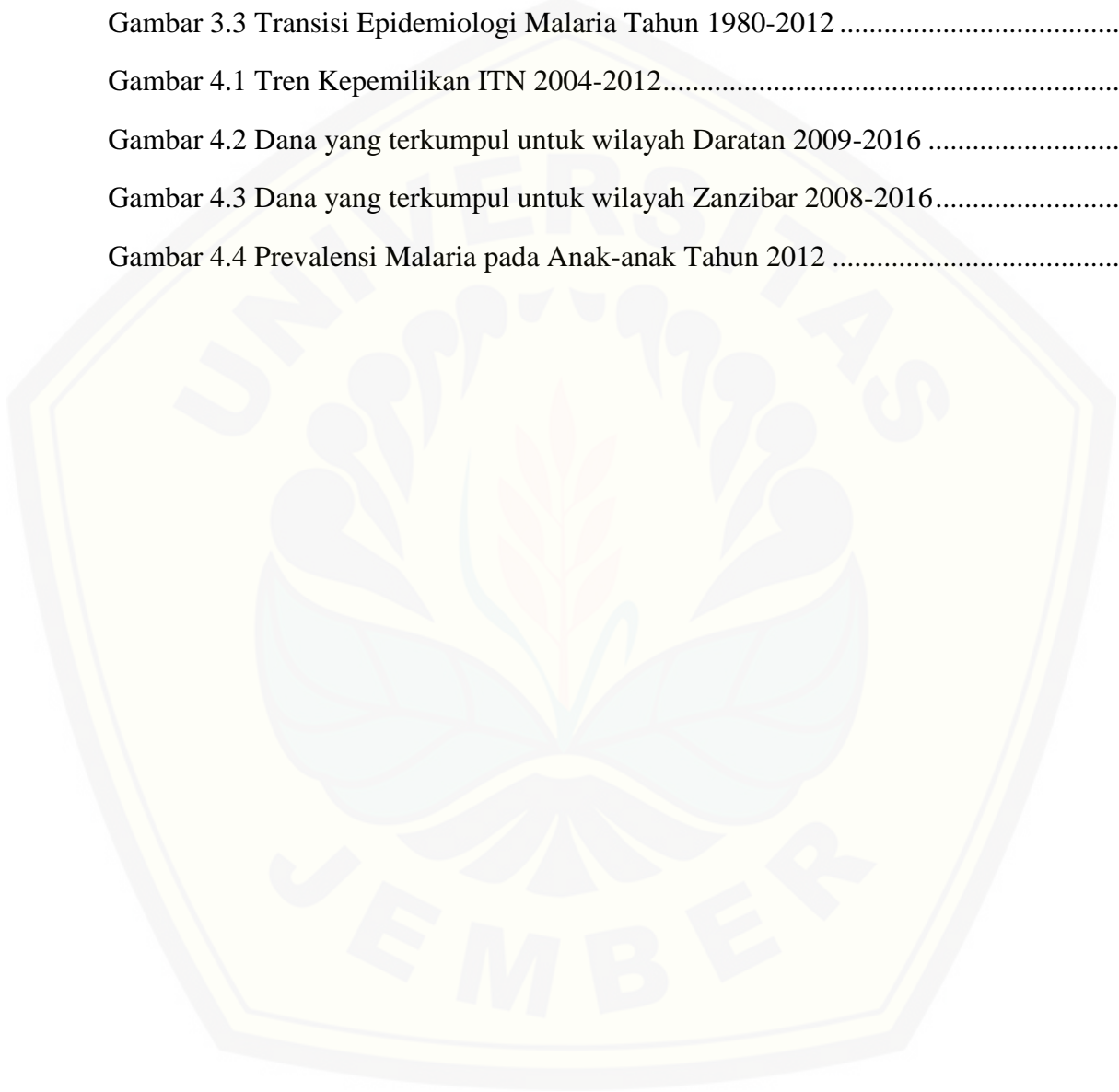
2.3 Studi-studi Keamanan Kesehatan	29
2.3.1 Efek dari Ancaman Penyakit Terhadap Keamanan	31
2.3.2 Sekuritisasi HIV/AIDS	33
2.3.3 Sekuritisasi Ebola.....	38
2.3.4 Sekuritisasi Malaria.....	40
BAB 3 EPIDEMIOLOGI MALARIA DAN AKTOR-AKTOR SEKURITISASI....	43
3.1 Profil Negara Tanzania.....	43
3.1.1 Sistem Kesehatan di Tanzania.....	43
3.1.2 Karakteristik Demografis dan Populasi di Tanzania	47
3.2 Epidemiologi Malaria di Tanzania	49
3.2.1 Parasit dan Vektor Malaria	49
3.2.2 Transisi Epidemio Malaria	53
3.2.3 Dinamika Epidemiologi Malaria dan Resiko Terhadap Populasi	55
3.3 Pencegahan dan Pengobatan Penyakit Malaria.....	55
3.3.1 Pencegahan Penyakit Malaria.....	56
3.3.2 Pengobatan Penyakit Malaria	58
3.4 Aktor-Aktor Sekuritisasi Penyakit Malaria	59
3.4.1 Organisasi Internasional	59
3.4.2 Organisasi Non Pemerintahan	63
3.4.3 Pemerintahan Nasional	66
BAB 4 SEKURITISASI PENYAKIT MALARIA	69
4.1 Malaria Sebagai Sebuah Ancaman Keamanan Kesehatan.....	69
4.2 Sekuritisasi Penyakit Malaria	74
4.2.1 Area Pembahasan	79
4.2.2 Aktor Sekuritisasi	81
4.2.3 Konsep Keamanan yang Digunakan Aktor Sekuritisasi	82
4.2.4 Proses Sekuritisasi	88
4.2.5 Tingkatan Sekuritisasi (outcome I)	94
4.2.6 Dampak Terhadap Ancaman (outcome II)	101
4.2.7 Kondisi yang Mempengaruhi Sekuritisasi.....	103

BAB 5 KESIMPULAN	108
Daftar Pustaka.....	112



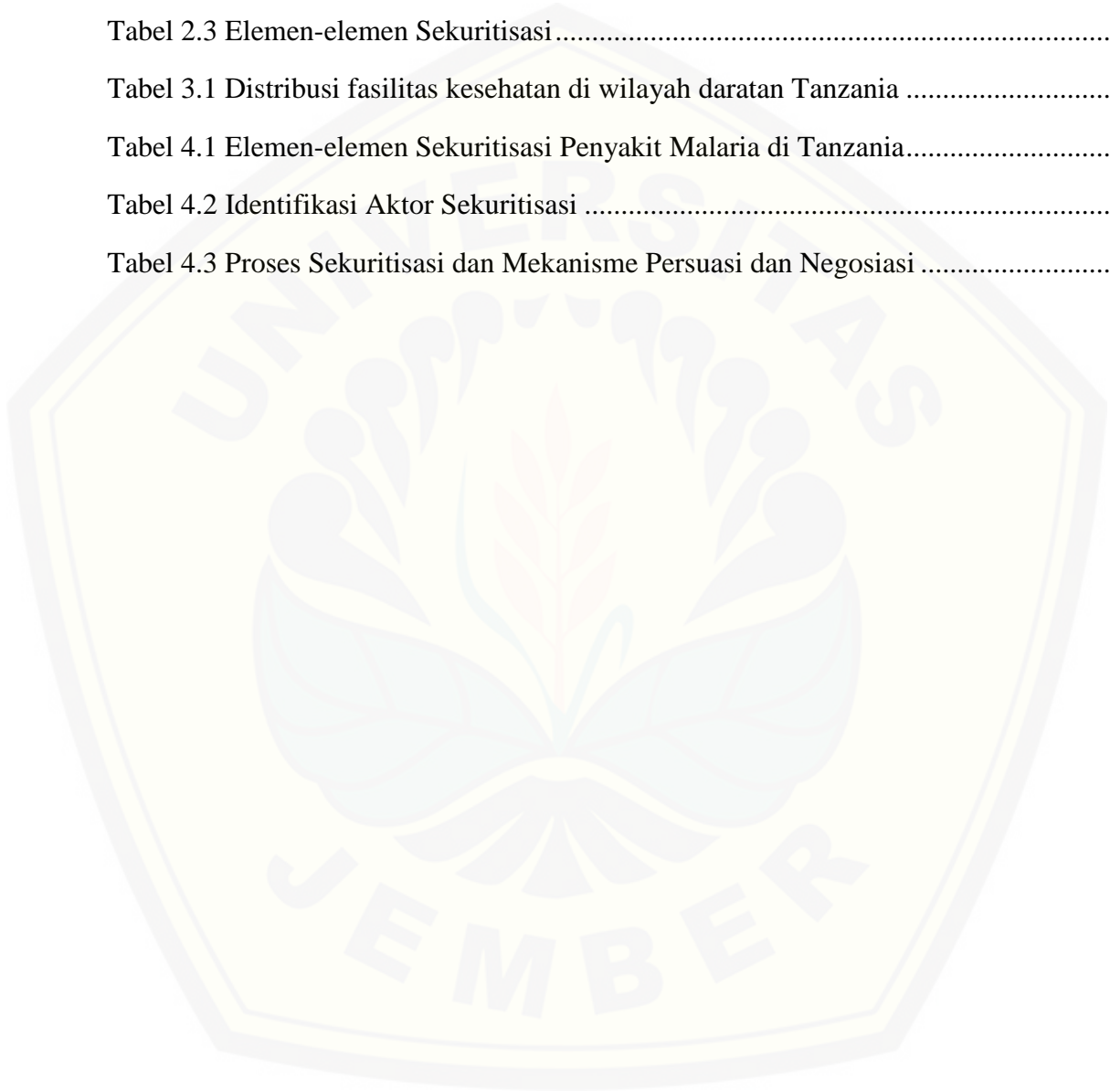
DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Peta Negara Republik Persatuan Tanzania.....	43
Gambar 3.2 Sistem Desentralisasi Sektor Kesehatan Tanzania.....	45
Gambar 3.3 Transisi Epidemiologi Malaria Tahun 1980-2012	54
Gambar 4.1 Tren Kepemilikan ITN 2004-2012.....	98
Gambar 4.2 Dana yang terkumpul untuk wilayah Daratan 2009-2016	100
Gambar 4.3 Dana yang terkumpul untuk wilayah Zanzibar 2008-2016.....	100
Gambar 4.4 Prevalensi Malaria pada Anak-anak Tahun 2012	102



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Identifikasi Aktor Sekuritisasi	35
Tabel 2.2 Proses Sekuritisasi dan Mekanisme Persuasi dan Negosiasi	36
Tabel 2.3 Elemen-elemen Sekuritisasi	37
Tabel 3.1 Distribusi fasilitas kesehatan di wilayah daratan Tanzania	46
Tabel 4.1 Elemen-elemen Sekuritisasi Penyakit Malaria di Tanzania.....	78
Tabel 4.2 Identifikasi Aktor Sekuritisasi	81
Tabel 4.3 Proses Sekuritisasi dan Mekanisme Persuasi dan Negosiasi	90

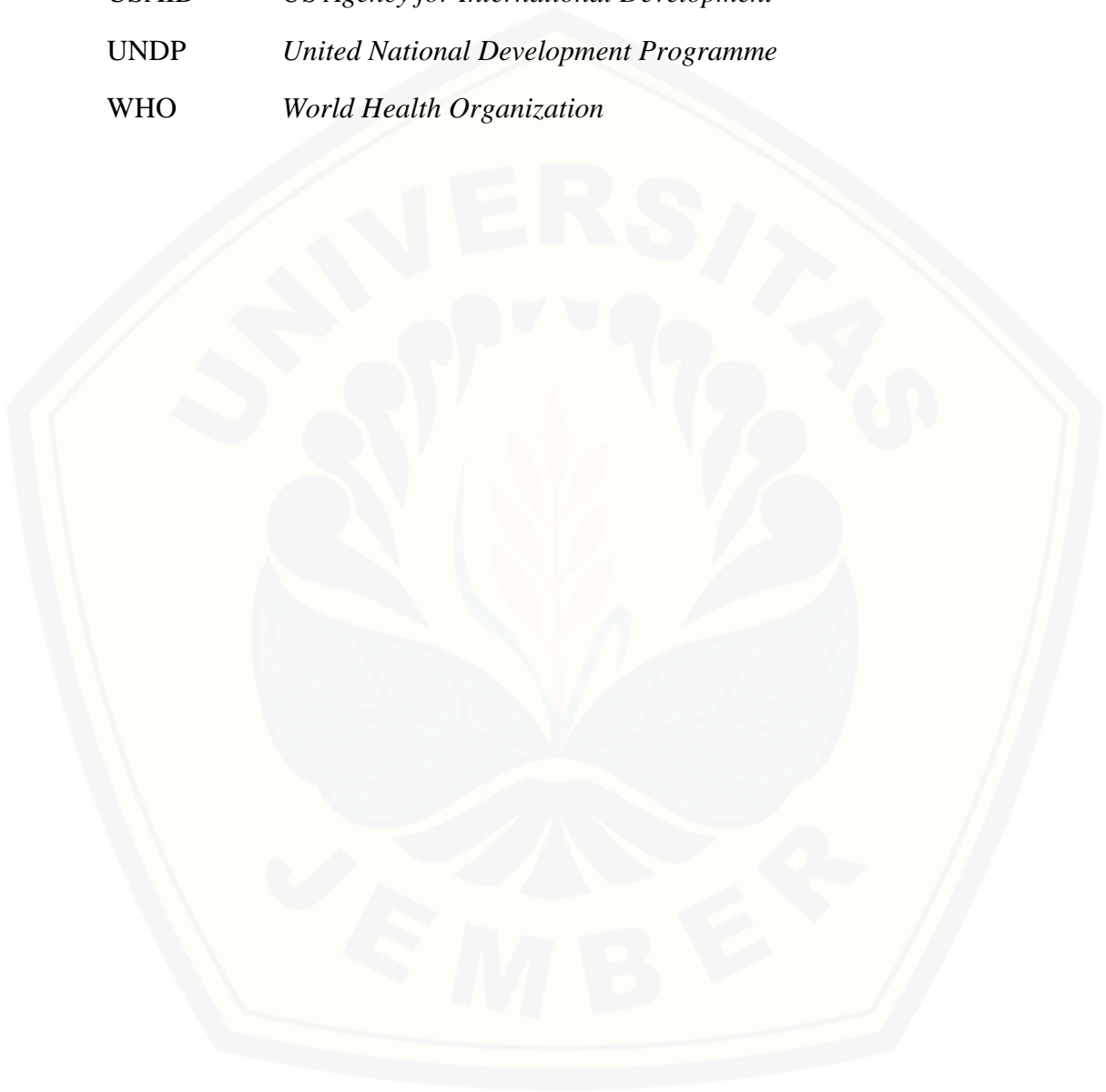


DAFTAR SINGKATAN

ACT	<i>Artemisinin Combination Therapy</i>
AQ	<i>Amodiaquine</i>
AS	Amerika Serikat
BCC	<i>Behaviour Change Comunication</i>
CS	<i>Copenhagen School</i>
CCC	<i>Chama Cha Mapinduzi</i>
CDC	<i>Center for Disease and Control</i>
CIA	<i>Central Intelegence Agency</i>
CSSC	<i>The Christian Sosial Services Commisions</i>
CQ	<i>Choloquine</i>
DFID	<i>Departement for International Development</i>
DDT	<i>Dicholoro Diphenyl Tricholoethane</i>
DALY	<i>Disability Adjusted Life Year</i>
DK	Dewan Keamanan
FBO	<i>Faith Based Organization</i>
Global Fund	<i>Global Fund AIDS Tuberculosis and Malaria</i>
GMEP	<i>Global Malaria Eradication Programme</i>
HESAWA	<i>Health Through Sanitation and Water Programme</i>
HIV/AIDS	<i>Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immune Syndrome</i>
H5NI	<i>Highly Pathogenic Asian Avian Influenza</i>
IHI	<i>Ifakara Health Institute</i>
IPT	<i>Intermittent Preventive Treatment</i>
IRS	<i>Indoor Residual Spraying</i>
ITN	<i>Insecticide Treated Net</i>
IRM	<i>Insecticide Resistance Management</i>

IDU	<i>Injecting Drugs Users</i>
LLIN	<i>Long Lasting Insecticide Treated Net</i>
MCK	<i>Mandi, Cuci dan Kakus</i>
mRDT	<i>Malaria Mass Rapid Diagnostic Test</i>
MEDA	<i>Menonite Economic Development Associates</i>
MoHCDGEC	<i>Ministry of Community Development, Gender and Children</i>
MCDWAC	<i>Ministry of Comunity Development, Women Affairs and Children</i>
NTS	<i>Non Traditional Security</i>
NATNET	<i>National Insecticed Treated Net</i>
NGO	<i>Non Governmental Organization</i>
NMPC	<i>National Malaria Control Programme</i>
NIMR	<i>National Institute Malaria Research</i>
NACO	<i>The Project Director for India's National AIDS Company Agency</i>
PSI	<i>The Population Services International</i>
PMI	<i>President Malaria Initiative</i>
PPP	<i>Public Private Partnership</i>
PAMVEREC	<i>Pan African Malaria Vector Research Consortium</i>
PNB	<i>Product National Bruto</i>
PBB	<i>Perserikatan Bangsa-Bangsa</i>
RBM	<i>Roll Back Malaria</i>
SMC	<i>Seasonal Malaria Chemotherapy</i>
SP	<i>Sulfadoxine Pyrethamine</i>
SDC	<i>Swiss Development and Cooperation</i>
SARS	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome</i>
SNP	<i>School Net Programme</i>
TNVS	<i>Tanzania National Voucher Scheme</i>
THMIS	<i>Tanzania HIV/AIDS Malaria Indicator Survey</i>

TB	<i>Tuberculosis</i>
U5CC	<i>Under Five Catch Up Campaign</i>
UCC	<i>Universal Coverage Campaign</i>
USAID	<i>US Agency for International Development</i>
UNDP	<i>United National Development Programme</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Seiring dengan perkembangan dunia di era globalisasi saat ini, negara-negara dunia telah mampu berkomunikasi dan bekerjasama secara baik satu sama lain dalam menanggapi suatu permasalahan yang dihadapi bersama. Permasalahan seperti persebaran penyakit telah sejak dulu menjadi ancaman bagi masyarakat dunia. Penyakit seperti kolera, tuberkulosis, disentri, HIV/AIDS, tifoid, SARS, ebola dan malaria merupakan beberapa penyakit yang mengancam populasi dengan persebaran penyakit diseluruh dunia (Caballero & Emmers, 2006). Penyakit-penyakit seperti yang telah disebutkan sebelumnya merupakan ancaman yang nyata bukan saja bagi negara melainkan seluruh masyarakat dunia, mengingat bahwa penyakit-penyakit diatas tersebar di banyak negara. Bagaimanapun dengan adanya globalisasi, peningkatan urbanisasi, degradasi lingkungan serta praktik kesehatan modern memiliki kaitan erat dengan adanya persebaran penyakit-penyakit diseluruh dunia (Caballero & Emmers, 2006).

Salah satu dari penyakit yang mengancam kehidupan masyarakat dunia ialah malaria. Setidaknya ada 93 negara yang hingga saat ini masih terjadi kasus dan kematian diakibatkan oleh malaria. Menurut *world malaria report* tahun 2017 yang dikeluarkan oleh *World Health Organization* (WHO), telah terjadi 445.000 kematian akibat malaria di dunia. Jika diruntut kebelakang dari 2010 hingga 2016 jumlah kematian terus mengalami penurunan. Pada 2010 jumlah kematian berada di angka 591.000 (World Health Organization, 2010). Dalam rentan waktu enam tahun telah terjadi penurunan kematian akibat malaria sebanyak 146.000 kematian. Ditahun 2016, wilayah Afrika menyumbang sebesar 407.000 kematian sekitar 91% dari jumlah total kematian dunia. Wilayah lain seperti Mediterranean menyumbang 8.200 kematian, Amerika 650 kematian, Asia Tenggara 27.000

kematian dan Pasifik 3.300 kematian. WHO memperkirakan sebesar 80% kematian di tahun 2016 berasal dari 15 negara, yaitu Nigeria 30%, Congo 14% , Burkina Faso 7%, India 7%, Mali 6%, Tanzania 5%, Niger 5%, Mozambique 5%, Ghana, 4%, Uganda 4%, Kenya 4%, Angola 3%, Kamerun 3%, Guinea 3%, dan Chad 2% yang hampir semua berada di wilayah Afrika kecuali India, Nigeria, dan Congo (World Health Organization, 2017). Selain itu, sebanyak 395 juta orang di 11 negara Afrika berada pada wilayah yang rentan terjangkit penyakit malaria (World Health Organization, 2017).

Sebagai salah satu negara yang berada di benua Afrika, negara Republik Persatuan Tanzania merupakan salah satu negara yang memiliki masalah penyakit malaria di Afrika. Malaria telah menyebabkan banyak kematian di negara ini. Malaria juga telah lama menjadi ancaman bagi kelangsungan hidup masyarakat sejak lama. Berdasarkan data dari *world malaria report* tahun 2017, pada tahun 2016 terjadi 5.046 kematian dan 6.880.000 kasus malaria. Jika dilihat dari tahun 2010 hingga 2016 angka kematian akibat malaria terus mengalami penurunan. Pada tahun 2010 angka kematian di Tanzania mencapai angka 15.867 (World Health Organization, 2010). Telah terjadi penurunan sebanyak 10.821 angka kematian. Akan tetapi, angka tersebut masih tergolong tinggi dibandingkan negara-negara Afrika lainnya. Angka tersebut menempatkan Tanzania di urutan ke-6 dari 15 negara yang memiliki jumlah kematian tertinggi akibat malaria di dunia (World Health Organization, 2017).

Dari data yang dikeluarkan oleh *Tanzania Malaria Operation Plan 2018* oleh *U.S President Malaria Initiative* (PMI), sebanyak 93% populasi di daratan dan Zanzibar tinggal di daerah dengan resiko tinggi malaria. Perubahan transmisi malaria akibat pergantian musim sebanyak 20%, sedangkan transmisi malaria yang stabil dengan adanya pergantian musim sebanyak 20%. Sisanya 60% merupakan daerah endemik atau rentan terinfeksi malaria, transmisi di wilayah ini bersifat abadi dan konstan (U.S President Malaria Initiative, 2017). Luasnya daerah endemik malaria merupakan ancaman bagi populasi masyarakat di Tanzania. Berdampingannya Populasi dengan wilayah endemik malaria tentunya

akan menyebabkan banyaknya populasi masyarakat rentan untuk terinfeksi malaria.

Hasil survei yang dilakukan oleh *Tanzania HIV and Malaria Indicator Survey* (THMIS) tahun 2010-2012 mencatat adanya 7,7 juta kasus malaria yang terdiri dari 3,4 juta untuk balita <5 tahun dan 4,3 juta kasus untuk umur campuran (Demographic and Health Surveys, 2012). Jumlah kasus dan kematian akibat malaria di Tanzania banyak dialami oleh ibu hamil dan balita usia <5 tahun (World Health Organization, 2003). Ibu hamil sangat rentan untuk terinfeksi malaria. Infeksi yang terjadi pada ibu hamil akan menyebabkan masalah yang serius. Banyak dari infeksi yang terjadi akan menyebabkan kematian pada ibu hamil dan pada janin yang ada didalam kandungan itu sendiri. Sedangkan bagi balita usia <5 infeksi malaria akan berakibat fatal. Balita pada fase ini sangat rentan untuk terserang malaria. Lebih dari 70% kematian dunia yang diakibatkan oleh malaria terjadi pada kelompok usia ini (World Health Organization, 2017). Keduanya merupakan bagian dari populasi yang sangat rentan terinfeksi malaria. Lebih mengkhawatirkan lagi ialah malaria dapat menyebabkan kematian bagi keduanya jika dibandingkan jenis populasi lain.

Infeksi penyakit malaria di Tanzania utamanya diakibatkan oleh parasit *P. Falciparum*² dengan jumlah 96% dan sisanya 4% untuk *P. Malariae*³ dan *P. Ovale*⁴ (U.S President Malaria Initiative, 2017). *Vektor malaria*⁵ di Tanzania

² *Plasmodium Falciparum* adalah satu jenis dari parasit mikroorganisme yang tergolong dalam gen *Plasmodium*. *P. Falciparum* dapat ditemukan diseluruh dunia didaerah tropis maupun subtropis dan utamanya di Afrika dimana spesies ini mendominasi terjadinya malaria. kemampuannya untuk membuat korbannya kehilangan darah (anemia) dengan cepat. Selain itu parasit akan menyumbat pembuluh darah kecil. Bila ini terjadi di otak, maka akan menyebabkan komplikasi yang berakibat fatal. *Center for Disease Control and Prevention*.2016. *Malaria Parasites*. <https://www.cdc.gov/malaria/about/biology/parasites.html>. Diakses pada 6 Januari 2018.

³ *Plasmodium Malariae*, dapat ditemukan diseluruh dunia. Merupakan satu-satunya spesies parasit malaria yang memiliki siklus kuartan (siklus tiga hari) sedangkan spesies lainnya hanya 2 hari. Infeksi parasit ini akan menyebabkan infeksi kronis yang tahan lama dan dapat berlangsung seumur hidup. Pada beberapa pasien yang terinfeksi kronis dapat menyebabkan komplikasi serius seperti sindrom nefrotik. *Center for Disease Control and Prevention*.2016. *Malaria Parasites*. <https://www.cdc.gov/malaria/about/biology/parasites.html>. Diakses pada 6 Januari 2018.

⁴ *Plasmodium Ovale*, banyak ditemukan di Afrika utamanya bagian Afrika barat dan kepulauan Pasifik barat. Secara biologis dan morfologis parasit ini mirip dengan *P. Vivax*. Namun, *P.Ovale* memiliki kemampuan untuk menginfeksi manusia yang tidak memiliki *duffy antigen system* pada sel darah merahnya. Itulah mengapa prevalensi *P.Ovale* lebih besar daripada *P.Vivax* di wilayah

adalah nyamuk jenis *Anopheles gambiae* yang terdiri dari *Anopheles gambiae* dan *Anopheles arabiensis* dan baru-baru ini ditambah dengan *Anopheles funestus*. *Anopheles arabiensis* menjadi vektor malaria tertinggi pada populasi masyarakat dengan prevalensi⁶ 65%, menyusul *An.funestus* 17%, dan *An.gambiae* 15% (U.S President Malaria Initiative, 2017). Parasit *plasmodium* dan vektor nyamuk *Anopheles* bertanggung jawab penuh atas meluasnya infeksi malaria yang terjadi.

Dengan besarnya ancaman yang disebabkan oleh malaria, untuk itu pemerintah Tanzania melalui Kementerian Kesehatan memberlakukan kebijakan pencegahan dan pengobatan untuk menanggulangi penyakit malaria. Jika dilihat dari sejarahnya, penyakit malaria telah lama berdampingan dengan masyarakat Tanzania terbukti dari laporan *The German Medical Administration* pada tahun 1890-1914 telah dilakukan upaya untuk mengontrol malaria di Dar es Salaam (Ministry of Health and Social Welfare, 2014). Dar es Salaam merupakan kota utama di era penjajahan Jerman. Penanggulangan yang dilakukan berfokus terhadap kontrol larva nyamuk pada pemukiman penduduk. Kemudian pada era setelah perang dunia ke-II, diperkenalkan *dichlorodiphenyltrichloroethane* (DDT) yang kemudian menjadi asal-muasal penggunaan *indoor residual spraying* (IRS). Lalu ada, *insecticide-treated mosquito nets* (ITN) yang berkembang menjadi *long lasting insecticide-treated nets* (LLIN). Selain itu, tenaga kesehatan Tanzania juga tetap melakukan kontrol terhadap vektor malaria yaitu larva nyamuk *Anopheles*. Untuk pencegahan pada balita umur <5 dan ibu hamil, tenaga kesehatan di Tanzania menggunakan *seasonal malaria chemoprevention* (SMC) dengan tambahan *amodiaquine* (AQ) dan *sulfadoxine pyrimethamine* (SP) balita umur 3-59 bulan. Sedangkan untuk penanganan pasien ibu hamil digunakan *intermittent*

Afrika. *Center for Disease Control and Prevention*.2016. *Malaria Parasites*. <https://www.cdc.gov/malaria/about/biology/parasites.html>. Diakses pada 6 Januari 2018.

⁵ Vektor malaria adalah nyamuk dalam genus *Anopheles* yang menyebarkan penyakit malaria melalui transmisi plasmodium. Penelitian Dr. Ronald Ross tahun 1998 di India menyimpulkan bahwa nyamuk *Anopheles* betina bertanggung jawab penuh atas transmisi parasit plasmodium yang terjadi selama ini dan menginfeksi tubuh manusia dengan malaria. (Webb J. , 2009)

⁶ Prevalensi adalah seberapa sering suatu penyakit atau kondisi terjadi pada sekelompok orang. Prevalensi dihitung dengan membagi jumlah orang yang memiliki penyakit atau kondisi dengan jumlah total orang dalam kelompok. <http://kamuskesehatan.com/arti/prevalensi/>. Diakses pada 10 Januari 2018.

preventive treatment (IPT) untuk mencegah infeksi selama proses kehamilan. Balita umur <5 dan ibu hamil merupakan subjek yang sangat rentan untuk terinfeksi malaria dan dapat berakibat fatal. Terakhir, untuk upaya pengobatan penyakit malaria pada pasien yang telah terinfeksi malaria, tenaga kesehatan menggunakan *artemisinin combination therapy* (ACT) (Ministry of Health and Social Welfare, 2014). Kebijakan ini telah berlangsung dan diimplementasikan sebagai upaya pencegahan, kontrol vektor dan pengobatan penyakit malaria di Tanzania.

Sejarah mencatat bahwa penanggulangan terhadap malaria di Tanzania telah dilakukan selama 100 tahun, terhitung sejak dilakukan kontrol vektor malaria yaitu nyamuk *Anopheles* yang dilakukan pada era penjajahan Jerman di wilayah Dar es Salaam. Hingga saat ini pun upaya-upaya untuk menanggulangi malaria di Tanzania terus dilakukan. Meski di beberapa negara dunia malaria telah berhasil dieliminasi. Bahkan, di wilayah Afrika pun ada beberapa negara yang telah memiliki status bebas dari malaria, misalnya *Algeria, Botswana, Comoros, Namibia, South Africa dan Swaziland* (World Health Organization, 2017).

Pada wilayah daratan malaria masih dalam tahap kontrol karena tingginya kasus dan kematian yang terjadi. Berbeda dengan wilayah daratan di wilayah kepulauan Zanzibar, malaria telah mengalami penurunan yang signifikan. Pada tahun 2016, tercatat hanya terjadi satu kematian di Zanzibar (World Health Organization, 2017). Zanzibar saat ini dikategorikan oleh WHO dalam tahap eliminasi. Hal ini merupakan hasil yang memuaskan dari upaya-upaya yang dilakukan untuk menanggulangi malaria di Tanzania. Namun, dibalik itu, wilayah daratan merupakan salah satu penyumbang terbesar kematian akibat malaria yang ada di dunia. Sebanyak 99,9% dari jumlah kematian total akibat malaria yang terjadi di Tanzania pada tahun 2016 berada di wilayah daratan.

Dalam penanggulangan penyakit malaria di negaranya, pemerintahan Tanzania membuat kerjasama dengan melibatkan banyak aktor-aktor internasional maupun domestik untuk bekerjasama dalam menanggulangi malaria (Ministry of

Health and Social Welfare, 2014). Ketidakmampuan dan keterbatasan kemampuan pemerintahan Tanzania untuk membiayai dan menjalankan upaya-upaya penanggulangan malaria menjadi alasan utama mengapa intervensi dari aktor internasional dan aktor domestik memegang peranan penting. Sistem kesehatan nasional yang belum memadai, distribusi fasilitas kesehatan yang kurang serta kurangnya pendanaan terhadap penelitian bidang kesehatan. Belum lagi adanya vektor malaria yang kebal terhadap preventif, tingkat morbiditas dan kematian yang tinggi dan perilaku masyarakat yang belum banyak sadar akan pentingnya kesehatan. Terlebih, kondisi sosial masyarakat Tanzania kurang sejahtera dengan tingkat pendidikan yang rendah merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi mengapa penanggulangan malaria tidak mampu dilaksanakan sendiri oleh pemerintahan Tanzania dan pada akhirnya, tergantung pada bantuan-bantuan dari pihak internasional.

Dari latarbelakang tersebut, maka penulis mengangkat judul :

**“SEKURITISASI PENYAKIT MALARIA DI NEGARA REPUBLIK
PERSATUAN TANZANIA”**

1.2 Ruang Lingkup Pembahasan

Ruang lingkup pembahasan dalam penulisan karya ini terbagi menjadi dua bagian, yaitu batasan materi dan batasan waktu. Ruang lingkup materi berfungsi membatasi cakupan pembahasan yang nantinya juga akan menentukan tingkat analisis yang digunakan melalui teori dan konsep dalam karya tulis ini. Dengan menetapkan ruang lingkup bahasan, maka penulis secara komprehensif dapat menjelaskan fokus bahasan pada titik tertentu.

1.2.1 Batasan Materi

Batasan materi diperlukan dalam suatu penulisan untuk menfokuskan garis besar pembahasan masalah yang akan diteliti. Batasan materi dalam tulisan ini, penulis membatasi materi penelitian terkait tentang sekuritisasi penyakit malaria di negara Republik Persatuan Tanzania.

1.2.2 Batasan Waktu

Batasan waktu dalam suatu penulisan ilmiah ditujukan untuk menegaskan rentan waktu peristiwa atau objek yang dianalisis. Batasan waktu tersebut diperlukan agar peristiwa atau objek yang dikaji tetap dalam lingkup waktu yang relevan dengan fokus pembahasan karya tulis ilmiah. Batasan waktu yang ditentukan dalam tulisan ini dimulai sejak tahun 2002 sampai dengan tahun 2016. 2002 dipilih sebagai batas waktu awal karena pada tahun ini pemerintah Tanzania bersama aktor internasional membangun bersama sebuah strategi, investasi internasional dengan komitmen baru dalam pengendalian malaria. Sedangkan 2016 dipilih sebagai batasan waktu akhir karena setelah dilakukan upaya pengendalian malaria oleh para aktor sekuritisasi, malaria di Tanzania mengalami penurunan signifikan.

1.3 Rumusan Masalah

Perumusan masalah diperoleh dari latar belakang penelitian yang telah disampaikan pada sub-bab sebelumnya. Dari latar belakang tersebut, kemudian muncul permasalahan yang harus di cari penyelesaiannya melalui proses penelitian, sehingga pada akhirnya diperoleh sebuah kesimpulan untuk menjawab permasalahan tersebut. Berdasarkan latar belakang yang telah dijelaskan sebelumnya, maka penulis merumuskan permasalahan sebagai berikut :

“Bagaimana sekuritisasi penyakit malaria yang dilakukan di negara Republik Persatuan Tanzania ?”

1.4 Tujuan Penelitian

Mengacu pada rumusan masalah yang telah disebutkan maka secara spesifik tujuan dari penelitian ini ialah menjelaskan dan menguraikan sekuritisasi penyakit malaria di negara Republik Persatuan Tanzania.

1.5 Landasan Konseptual dan Teoritis

1.5.1 Konsep Keamanan Kesehatan

Arti dari konsep keamanan selama ini masih subjektif belum ada definisi khusus yang dibuat oleh para ahli untuk mendefinisikan konsep keamanan. Dengan munculnya gejala penyebaran penyakit seperti malaria, HIV/AIDS dan Ebola di beberapa negara dapat menciptakan sebuah permasalahan kesehatan yang serius sehingga mampu mengancam keamanan manusia. Wacana tentang konsep keamanan kesehatan muncul sejak tahun 1990an. Wacana tentang masalah kesehatan global sebagai bentuk konseptualisasi sumberdaya terbatas yang harus dipertahankan. Ditinjau dari contoh sejarah digunakan penyakit menular atau biokimia sebagai senjata perang atau potensi epidemi yang mematikan (McNeil, 1976).

Pandemi penyakit menjadi salah satu ancaman keamanan karena kemampuannya untuk menyebabkan gangguan terhadap stabilitas negara. Konsep keamanan kesehatan dan penyakit sebagai ancaman keamanan mengalami perluasan secara global dan menjadi bentuk resiko ancaman global kesehatan yang baru. Peningkatan mobilitas penduduk, bioterorisme, perubahan lingkungan dan kejahatan transnasional adalah beberapa contoh yang dapat menjadi ancaman terhadap keamanan kesehatan global (Menteath, 2015).

Dalam penanggulangan malaria di Tanzania, organisasi internasional memegang peranan penting dengan melakukan upaya-upaya untuk mengurangi penyebaran penyakit, pengurangan jumlah kematian dan jumlah kasus akibat malaria. Selain melakukan bantuan finansial, aktor internasional maupun domestik berperan dalam hal implementasi di lapangan melalui program-program yang telah mereka buat. Semua program yang telah dilakukan merupakan bentuk upaya-upaya penanggulangan malaria. Program-program tersebut merupakan inisiasi dan kolaborasi dari para aktor dalam melakukan sekuritisasi malaria di Tanzania.

Untuk melihat apakah suatu permasalahan kesehatan dapat menjadi ancaman dan tergolong di dalam isu keamanan kesehatan, maka akan digunakan tiga klasifikasi yang dibuat oleh McInnes (2014), yaitu potensi masalah kesehatan untuk mengancam stabilitas nasional, masalah kesehatan dapat mempengaruhi stabilitas internal sebuah negara, masalah kesehatan dapat mengakibatkan jumlah kasus dan angka kematian yang tinggi. Untuk itu, konsep keamanan kesehatan ini akan digunakan untuk menganalisis apakah permasalahan penyakit malaria di Tanzania terklasifikasi sebagai sebuah ancaman keamanan.

1.5.2 Teori Sekuritisasi

Teori sekuritisasi yang fokus terhadap isu-isu baru, yaitu *Non-Traditional Security* awalnya dikeluarkan oleh Copenhagen School (CS) pada tahun 1998 melalui buku *A New Framework for Analysis*. Kemudian, Ralf Emmers (2006) melalui buku *Understanding The Dynamics of Securitizing Non-Traditional Security* melakukan modifikasi terhadap teori sekuritisasi yang dibuat oleh CS. dengan menambahkan tujuh gagasan baru. Modifikasi ini akan digunakan menggabungkan kerangka berfikir yang dijelaskan oleh CS dan ditambah dengan analisis empirik pada sebuah isu sekuritisasi. Sebagai alat analisis, kerangka berfikir ini akan digunakan untuk menjawab pertanyaan *why* dan *how* dilakukannya proses sekuritisasi. Penggunaan pertanyaan mengapa akan dijelaskan melalui adanya motivasi tersendiri dari aktor sekuritisasi untuk melakukan sekuritisasi. Menurut Emmers (2006), peralihan dari CS dengan *europaean-centric* menuju kepada kerangka berfikir yang sesuai dengan kondisi alami di negara-negara berkembang seperti di Asia maka diperlukan adanya kerangka berfikir tersendiri untuk mengkaji isu sekuritisasi di Asia lebih mendalam. Modifikasi dari kerangka berfikir CS yang dilakukan Emmers (2006) meliputi, sebagai berikut :

1.5.2.1 Area Pembahasan

Area pembahasan berfokus pada adanya ancaman yang diidentifikasi sebagai *existential threat*, didalam prosesnya tentu ada suatu konsensus yang dilakukan oleh para aktor sekuritisasi misalnya

pemerintah, lembaga swadaya masyarakat, untuk menindaklanjuti adanya ancaman terhadap keamanan bersama. Dengan melakukan hal tersebut kita dapat menelusuri dinamika proses sekuritisasi dan melihat masalah yang terjadi dalam proses aktor sekuritisasi untuk meyakinkan *relevant audience* yang menjadi pihak terancam dari adanya ancaman keamanan. Area pembahasan akan digunakan sebagai kerangka untuk mengidentifikasi dan menjelaskan gambaran umum sekuritisasi penyakit malaria di Tanzania.

1.5.2.2 Aktor Sekuritisasi

Aktor sekuritisasi akan digunakan untuk menjawab pertanyaan “siapa yang melakukan sekuritisasi ?” dan kepentingan siapa yang diwakili dalam menjalankan proses sekuritisasi. Selain itu, Emmers (2006) ingin membuktikan bahwa negara bukan satu-satunya aktor utama dalam proses sekuritisasi suatu isu. Menurutnya, aktor-aktor selain negara memiliki peranan penting dalam proses sekuritisasi dan sejauh apa kepentingan kaum marjinal dalam suatu wilayah dapat terpenuhi karena menyangkut keamanan individu, kelompok masyarakat dan negara. Aktor sekuritisasi akan digunakan untuk mengidentifikasi aktor-aktor yang terlibat dalam sekuritisasi penyakit malaria di Tanzania.

1.5.2.3 Konsep Keamanan yang Digunakan Aktor Sekuritisasi

Konsep keamanan menurut Emmers (2006) ditujukan untuk mengklasifikasikan untuk siapa keamanan tersebut digunakan. Misalnya, negara akan menggunakan konsep keamanan nasional sebagai konsep keamanan yang dipakainya untuk melakukan sekuritisasi, NGO akan menggunakan konsep keamanan manusia, dan pihak internasional akan menggunakan konsep keamanan internasional sebagai dasar dari tindakan sekuritisasinya. Dengan penggunaan konsep keamanan yang berbeda oleh para aktor sekuritisasi ini akan membentuk suatu dinamika proses yang unik. Dengan begitu maka isu yang ditanggulangi oleh masing-masing aktor sekuritisasi akan menghasilkan keluaran yang berbeda. Selanjutnya,

Ia menggarisbawahi dua pertanyaan berkaitan dengan aktor sekuritisasi, yaitu apakah ada hubungan antara para aktor sekuritisasi yang ada ? bila ada, bagaimana bentuk dari hubungan yang terjalin ?. Konsep keamanan yang digunakan aktor sekuritisasi akan digunakan untuk menjelaskan konsep keamanan apa yang digunakan aktor-aktor sekuritisasi dan apa yang menjadi motivasi dari para aktor untuk melakukan sekuritisasi penyakit malaria di Tanzania.

1.5.2.4 Proses Sekuritisasi

Proses sekuritisasi, Emmers (2006) memberikan tiga poin penting untuk meneliti proses sekuritisasi. Pertama, mekanisme *speech act* memunculkan sebuah ancaman. Kedua, ancaman yang ada memunculkan mekanisme *speech act*. Ketiga, munculnya *existential threat* baru atau muncul kembali sebagai ancaman yang dahulunya telah tersekuritisasi. Ia kemudian mengajukan pertanyaan sebagai berikut, apakah dengan penggunaan *speech act* sudah dapat untuk menangani suatu masalah atau diperlukan pernyataan yang sifatnya persuasif dan dilakukannya tindakan lain terhadap *existential threat* ?. Proses sekuritisasi akan digunakan untuk menjelaskan proses sekuritisasi penyakit malaria di Tanzania.

1.5.2.5 Tingkatan Sekuritisasi (*Outcome I*)

Tingkatan sekuritisasi yang dimaksud oleh Emmers (2006) ialah bagaimana akhir dari upaya sekuritisasi terhadap suatu isu. Apakah sekuritisasi tersebut berhasil atau justru sebaliknya gagal dan tidak menghasilkan keluaran yang baik dan mungkin pula ada keberhasilan yang dicapai disaat yang sama ada upaya yang gagal. Dalam tingkatan sekuritisasi, Emmers (2006) menjabarkan tentang bagaimana ukuran dari keberhasilan dari upaya sekuritisasi terhadap isu. Dalam penelitian ini, penulis akan menggunakan tingkatan sekuritisasi (*outcome I*) untuk menjabarkan seberapa besar upaya-upaya yang dilakukan oleh para aktor sekuritisasi terhadap ancaman penyakit malaria di Tanzania.

1.5.2.6 Dampak Terhadap Ancaman (*Outcome II*)

Dampak terhadap ancaman yang dimaksud oleh Emmers (2006) ialah bagaimana upaya sekuritisasi yang dilakukan oleh aktor sekuritisasi dapat berdampak terhadap ancaman yang ada. Ia menambahkan dalam proses pengkajian dampak terhadap ancaman diperlukan kajian mendalam secara kualitatif maupun kuantitatif. Kajian ini sangatlah penting untuk dijadikan aspek untuk menilai seberapa jauh upaya yang dilakukan oleh aktor dalam menangani ancaman dengan melihat apakah ancaman tersebut mereda atau justru semakin naik atau tidak mendapatkan banyak dampak dari upaya sekuritisasi. Dampak terhadap ancaman (*outcome II*) akan digunakan untuk melihat keluaran dari upaya-upaya yang dilakukan oleh para aktor sekuritisasi terhadap ancaman penyakit malaria di Tanzania.

1.5.2.7 Kondisi yang Mempengaruhi Sekuritisasi

Kondisi yang mempengaruhi sekuritisasi ialah faktor-faktor yang dapat memberikan pengaruh dan berdampak terhadap upaya sekuritisasi dan desekuritisasi yang dilakukan. Faktor-faktor tersebut terbagi menjadi lima, sebagai berikut :

1. Pengaruh dari konsep-konsep keamanan yang berbeda

Analisis konsep-konsep keamanan, dengan melihat setiap aktor sekuritisasi akan memiliki konsep yang berbeda dalam melakukan upaya sekuritisasi, misalnya negara akan mendasarkan konsep keamanannya dengan menggunakan keamanan nasional, keamanan komprehensif, dan keamanan manusia.

2. Hubungan antar isu-isu keamanan.

Analisis bagaimana aktor-aktor sekuritisasi dapat menghubungkan keterkaitan antara isu yang belum tersekuritisasi dengan isu yang telah dinyatakan sebagai ancaman keamanan.

3. Peran aktor-aktor yang berwenang

Analisis terhadap peran aktor-aktor sekuritisasi dan bagaimana peran para aktor melakukan proses sekuritisasi.

4. Sistem politik domestik

Analisis bagaimana sistem politik domestik yang ada dapat memberikan pengaruh didalam proses sekuritisasi. Pengaruh tersebut dapat bersifat baik maupun buruk didasarkan pada keadaan sistem politik domestik yang ada. Apakah keadaan politik domestik negara bersifat demokrasi atau justru authoritarian?.

5. Norma-norma internasional

Analisis terhadap norma-norma internasional yang mampu mengembangkan suatu isu yang mulanya isu yang tidak tersekuritisasi hingga isu tersebut disekuritisasi.

Dari penjelasan diatas, teori sekuritisasi yang telah dimodifikasi oleh Emmers (2006) memiliki cakupan yang lebih luas dan lebih detail untuk membahas proses sekuritisasi sebuah isu secara komprehensif. Untuk itu penulis menganggap bahwa teori sekuritisasi modifikasi Emmers (2006) sangatlah sesuai untuk digunakan mengkaji upaya sekuritisasi penyakit malaria di Tanzania lebih mendalam. Dengan menggunakan teori ini penulis akan mampu mengidentifikasi dan menganalisis elemen-elemen yang dianggap penting didalam proses sekuritisasi. Elemen yang dimaksud ialah, aktor-aktor yang terlibat dalam proses sekuritisasi penyakit malaria. Selanjutnya, penulis akan mengidentifikasi upaya-upaya yang dilakukan oleh para aktor sekuritisasi dan juga motif yang mendasari para aktor melakukan sekuritisasi. Dalam proses sekuritisasi, penulis akan mengidentifikasi objek dari upaya sekuritisasi yang terancam keberadaannya atau lebih dikenal dengan sebutan *referent object* dan publik yang menjadi sasaran dari upaya sekuritisasi (Emmers, 2004).

Kemudian, penulis akan menganalisis proses sekuritisasi penyakit malaria tersebut melalui analisis yang fokus pada upaya-upaya yang dilakukan oleh aktor sekuritisasi. Mengacu pada pernyataan Emmers (2006), dalam proses sekuritisasi ada faktor-faktor yang dapat mempengaruhi proses sekuritisasi sebuah isu, maka penulis dapat menganalisis bagaimana upaya dari proses sekuritisasi penyakit malaria di Tanzania, sudahkah berhasil? atau justru mengalami kegagalan. Jika berhasil seberapa besar tingkat sekuritisasi dan dampak sekuritisasi terhadap ancaman. Jika gagal mengapa sekuritisasi yang dilakukan gagal?. Untuk itu, penulis akan menganalisis dinamika-dinamika yang muncul dalam proses sekuritisasi untuk menjabarkan proses sekuritisasi penyakit malaria di Tanzania secara komprehensif.

1.6 Argumentasi Utama

Argumentasi utama digunakan sebagai jawaban sementara untuk rumusan masalah yang ada. Argumentasi utama didasarkan pada latar belakang dan teori yang dijadikan sebagai alat analisis dari adanya masalah penelitian. Berdasarkan latar belakang dan teori yang ada, argumentasi utama dalam penelitian ini ialah bahwa penyakit malaria telah mengalami pergeseran dari permasalahan kesehatan menjadi sebuah isu keamanan. Dengan adanya pergeseran tersebut maka akan memunculkan upaya dari aktor untuk melakukan sekuritisasi isu malaria di Tanzania. Upaya sekuritisasi yang dijalankan oleh para aktor sekuritisasi malaria di Tanzania semata-mata tidak hanya sebatas pengurangan jumlah kasus dan kematian saja, lebih jauh lagi ternyata upaya sekuritisasi ini membawa motivasi atau kepentingan tersendiri dari para aktor sebagai dasar untuk ikut serta dalam proses sekuritisasi.

Sedangkan, dalam proses sekuritisasi, negara telah melakukan beberapa konsensus dan kemitraan strategis terkait permasalahan penyakit malaria di Tanzania. Dari konsensus-konsensus dan kemitraan tersebut, dihasilkan beberapa program-program untuk menanggulangi penyakit malaria di Tanzania. Hasil dari implementasi program-program tersebut didapati bahwa terjadi penurunan jumlah

kasus dan jumlah kematian yang diakibatkan oleh penyakit malaria di Tanzania. Pada argumentasi utama ini, penulis menyatakan bahwa sekuritisasi terhadap ancaman penyakit malaria di Tanzania berhasil dilakukan.

1.7 Metodologi Penelitian

Metodologi penelitian pada dasarnya digunakan untuk membantu proses akademik dalam konteks menguji hipotesis atau teori. Dalam penelitian ini penulis menggunakan metode penelitian kualitatif. Menurut spesialis sosiologi, Liz Spencer (2003), definisi penelitian kualitatif bertujuan untuk memberikan pemahaman mendalam tentang pengalaman, perspektif, sejarah orang dalam konteks dan sering ditandai dengan *concern* untuk menemukan perspektif aktor, metode konteks sensitif dan semi terstruktur, kaya dengan data, penjelasan, ditingkat makna serta bagaimana dan mengapa pertanyaan diajukan.

Sedangkan menurut Klotz (2008), metodologi ini berbasis pada data yang bersifat deskriptif atau non-numerik. Data tersebut dapat berupa dokumentasi kenegaraan (*institutional documents*) seperti pidato resmi, foto, video, wawancara. Lebih lanjut data tersebut kemudian dianalisis sehingga pada akhirnya ditampilkan dengan narasi tertulis untuk memperkuat validitas argumentasi sebuah karya ilmiah. Metode kualitatif ini akan digunakan penulis untuk menganalisis sekuritisasi penyakit malaria di negara Tanzania.

1.7.1 Metode Pengumpulan Data

Untuk mengkaji kebenaran ilmiah suatu objek penelitian, peneliti harus memiliki data yang menguatkan argumentasi yang akan dipaparkannya. Dalam penelitian ini, penulis menggunakan metode studi literatur yang menggunakan data sekunder sebagai sumber kajian. Studi literatur merupakan metode pengumpulan data yang tidak mengharuskan peneliti untuk melakukan observasi lapangan secara langsung, akan tetapi cukup merujuk pada informasi yang sudah ada dari hasil penelitian lain yang dianggap paling relevan terhadap isu atau fenomena yang akan dianalisis.

Sedangkan menurut jenis data yang didapatkan, peneliti menggunakan data sekunder sebagai dokumen referensi. Data sekunder adalah dokumen yang diperoleh orang-orang yang tidak hadir di tempat kejadian, tetapi mereka menerima informasi dengan mewawancarai saksi mata atau dengan membaca dokumen primer (*original archive*) (Bailey, 2016). Data sekunder tersebut didapatkan melalui literatur buku, laporan berkala, jurnal, artikel, dan ragam informasi faktual lainnya yang terdapat di media internet. Dengan demikian metode pengumpulan data yang digunakan oleh dalam penelitian ini adalah metode penelitian kepustakaan (*Library Research*). Pengumpulan tersebut diperoleh melalui:

1. Koleksi Pribadi (Buku, *e-book*),
2. Publikasi jurnal-jurnal internasional,
3. *Report* yang dikeluarkan oleh lembaga-lembaga nasional maupun internasional,
4. Publikasi Ilmiah dari para peneliti yang relevan,
5. Situs resmi pemerintahan maupun organisasi Internasional.

Dengan data sekunder yang telah diperoleh kemudian penulis akan menjelaskan proses sekuritisasi penyakit malaria yang dilakukan oleh para aktor-aktor sekuritisasi di negara Tanzania. Penjelasan secara umum berisi tentang identifikasi siapa saja yang terlibat dan bagaimana peran masing-masing aktor, dan konsep keamanan apa yang digunakan, bagaimana hasil dari upaya sekuritisasi, bagaimana dampak sekuritisasi terhadap ancaman, bagaimana kondisi-kondisi yang mempengaruhi dan bagaimana dinamika yang terjadi didalam sekuritisasi penyakit malaria di Tanzania.

1.7.2 Metode Analisis Data

Dalam menganalisis sekuritisasi penyakit malaria di negara Tanzania, penulis menggunakan metode analisis deskriptif. Analisis tersebut akan bertumpu pada upaya penggambaran (*to describe*), menjelaskan (*to explain*), serta menginterpretasikan (*to intrepret*) suatu objek penelitian yang menjadi konteks pembahasan. Penggunaan metode kualitatif dalam penulisan ini akan banyak

digunakan dalam menganalisis data sekunder yang telah didapatkan. Proses analisis tersebut kemudian akan diproses untuk mengolah data yang telah terkumpul sesuai dengan objek kajian serta tujuan penulisan yang hendak diteliti dalam penelitian ini. Proses ini secara spesifik dijelaskan melalui sekuritisasi penyakit malaria di Tanzania yang kemudian diimplementasikan dan dianalisis melalui teori sekuritisasi modifikasi Ralf Emmers (2006).

1.8 Sistematika Penelitian

Untuk mempermudah penulisan karya tulis ilmiah ini, penulis menyusunnya menjadi lima bab, berikut penjelasannya :

BAB 1 Pendahuluan

Pada bab ini, penulis akan menjelaskan tentang latar belakang secara umum sekuritisasi yang dilakukan oleh aktor-aktor sekuritisasi penyakit malaria di Tanzania. Selain itu, pada bab ini juga dijelaskan metodologi penelitian kualitatif yang menggunakan teknik analisis deskriptif serta teknik pengumpulan data dengan metode studi literatur. Dalam bab ini pula akan dijelaskan mengenai kerangka konseptual yang memiliki fungsi untuk mendukung analisis penulis terkait proses sekuritisasi yang dilakukan oleh aktor-aktor sekuritisasi penyakit malaria di Tanzania dan untuk mendukung analisis terkait Sekuritisasi penyakit malaria di negara Republik Persatuan Tanzania dengan menggunakan konsep keamanan kesehatan dan teori sekuritisasi modifikasi Ralf Emmers.

BAB 2 Tinjauan Pustaka

Pada bab ini, penulis akan menguraikan tentang perkembangan teori sekuritisasi dan berlanjut dengan penjelasan terkait konsep keamanan kesehatan itu sendiri dan studi-studi tentang keamanan kesehatan. Penulisan bab ini sangat penting guna membantu memaparkan bagaimana karya ilmiah ini mampu untuk melengkapi kekurangan dari studi-studi keamanan kesehatan yang telah dilakukan sebelumnya. Terakhir, bab ini akan menjabarkan mengapa penelitian tentang

sekuritisasi penyakit malaria yang menjadi bagian dari studi keamanan kesehatan menjadi penting dan menarik untuk dikaji oleh penulis.

BAB 3 Epidemiologi Malaria dan Aktor-Aktor Sekuritisasi

Pada bab ini, penulis akan menjelaskan tentang profil negara Tanzania yang menjelaskan sistem kesehatan dan karakteristik demografis dan populasi. Kemudian menjabarkan tentang epidemiologi malaria di Tanzania yang terdiri dari parasit malaria, transisi epidemi malaria dan dinamika epidemiologi serta resiko terhadap populasi. Selanjutnya menjelaskan tentang bentuk pencegahan dan pengobatan penyakit malaria di Tanzania dan yang terakhir, akan menjelaskan satu-persatu aktor yang terlibat di dalam upaya penanggulangan malaria di Tanzania.

BAB 4 Sekuritisasi Penyakit Malaria

Pada bab ini, akan dijelaskan secara deskriptif berikut dengan analisis menyeluruh dari fakta-fakta yang telah dipaparkan sebelumnya terkait tinjauan pustaka, epidemiologi malaria, aktor-aktor sekuritisasi. Selain itu, penulis juga akan menambahkan data-data pendukung yang ditemukan dalam metode pengumpulan data melalui metode studi literatur yang dilakukan. Dalam hal ini, penulis akan menjabarkan apakah penyakit malaria di Tanzania dapat dikategorikan sebagai sebuah ancaman jika dilihat dengan menggunakan konsep keamanan kesehatan. Kemudian penulis juga akan melakukan analisis terhadap fakta-fakta yang telah dipaparkan dan juga temuan data-data pendukung secara mendalam dengan menggunakan teori sekuritisasi oleh Ralf Emmers terhadap sekuritisasi penyakit malaria di negara Tanzania.

BAB 5 Kesimpulan

Dalam bab ini, penulis akan memaparkan kesimpulan dari keseluruhan pembahasan tiap bab sebelumnya. Bab ini fokus memberikan kesimpulan dan saran penulis terhadap objek kajian yang dibahas.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada Bab ini, penulis akan menguraikan tentang perkembangan teori sekuritisasi dan berlanjut dengan penjelasan terkait konsep keamanan kesehatan itu sendiri dan studi-studi tentang keamanan kesehatan. Penulisan bab ini sangat penting guna membantu memaparkan bagaimana karya ilmiah ini mampu untuk melengkapi kekurangan dari studi-studi keamanan kesehatan yang telah dilakukan sebelumnya. Terakhir, bab ini akan menjabarkan mengapa penelitian tentang sekuritisasi penyakit malaria yang menjadi bagian dari studi keamanan kesehatan menjadi penting dan menarik untuk dikaji oleh penulis.

2.1 Perkembangan Teori Sekuritisasi

Studi keamanan hingga saat ini telah mengalami banyak perkembangan secara luas. Penggunaan konsep “*security*” telah lama menjadi perdebatan oleh para ahli studi keamanan, mengenai konsep keamanan apa dan mana yang akan digunakan dalam melihat suatu isu keamanan tertentu (Caballero & Emmers, 2006). Perspektif keamanan dibagi menjadi dua perspektif dan berangkat dari waktu yang berbeda. Pertama, perspektif tradisional yang menyebutkan bahwa penggunaan konsep keamanan merujuk pada penggunaan dimensi militer terhadap hubungan antar negara, militer digunakan sebagai alat untuk meningkatkan keamanan. Sejalan dengan hal tersebut dalam suatu fenomena, terdapat *referent object* yang tidak dapat dipisahkan dari kewajiban negara untuk melindungi negara dengan menggunakan militernya untuk melawan ancaman eksternal. Selain negara dan militernya sebagai *referent object*, masyarakat juga termasuk didalamnya.

Konsep keamanan yang ditawarkan oleh aliran tradisional dianggap tidak dapat memenuhi kebutuhan bahwa banyak isu-isu yang lebih dinamis seperti

penyebaran penyakit, degradasi lingkungan, narkoba, penyelundupan, organisasi kriminal internasional, pembajakan dan lain-lain. Tidak dapat dipungkiri bagi masyarakat saat ini perkembangan isu keamanan yang semakin rumit dengan munculnya isu-isu baru seperti contoh diatas. Kemudian berkembang perspektif baru yang fokus terhadap kajian *non-military* sejak awal tahun 1990an yang menamakan dirinya dengan keamanan *non-tradisional security* (NTS) (Caballero & Emmers, 2006).

Keamanan non-tradisional pertama kali diperkenalkan oleh *Copenhagen School* (CS) melalui lembaga *Copenhagen School Conflict and Research Institute* yang dirumuskan oleh Barry Buzan, Ole Waever, Jaap de Wilde (1998) dan lainnya. CS membangun sebuah kerangka berfikir untuk memikirkan ulang konsep dari keamanan. CS telah memainkan peranan penting dalam studi keamanan dengan memberikan konsep baru, memperluas bukan hanya negara saja yang menjadi *referent object* dan cara berfikir baru untuk mendefinisikan bagaimana dan kapan suatu isu tersekritisasi atau bahkan terdesekritisasi (Caballero & Emmers, 2006).

Buzan, Waever dan Jaap de Wilde (1998), menjelaskan sekritisasi adalah "*its about survival*". Adanya ancaman atau *existential threat* merupakan hasil dari desain atau penamaan oleh *referent object* (negara, badan milik pemerintah, wilayah, dan masyarakat). ketika ancaman itu dianggap dapat mengancam keamanan maka akan dilakukan upaya sekritisasi (Caballero & Emmers, 2006). Selanjutnya, CS mengidentifikasi 5 kategori umum dalam studi NTS, yaitu *military, environmental, economic, societal, dan political security*. Dalam bukunya Buzan (1998) menyatakan bahwa aktor sekritisasi ialah siapa yang mendeklarasikan adanya sebuah ancaman. Buzan (1998) mengidentifikasi aktor sekritisasi yaitu *political group, bureaucracies, government, lobbyist dan pressure groups*. Sedangkan *referent object* ialah entitas yang terancam dan memiliki legitimasi untuk melakukan "*claim to survival*". *Referent object* meliputi ((negara) keamanan militer, (kedaulatan nasional) keamanan nasional, (ideologi)

keamanan politik, (ekonomi nasional) keamanan ekonomi, (identitas kolektif) keamanan sosial dan (habitat dan spesies) (keamanan lingkungan)).

Untuk melihat proses sekuritisasi Buzan (1998) membaginya kedalam 3 tahapan yaitu tahap *non-politicized*, *politicized* dan *securitized*. Isu yang termasuk dalam tahap *non-politicized* adalah ketika sebuah isu belum menjadi fokus perdebatan diranah publik dan tidak memerlukan tindakan dari pemerintah. Selanjutnya, isu yang termasuk dalam tahap *politicized* ialah isu yang mulai memperoleh perhatian publik dan masuk didalam rancangan kebijakan publik wilayah, termasuk pula adanya alokasi sumberdaya dalam bentuk aliran dana atau tenaga ahli dari pemerintah untuk menangani suatu isu. Terakhir, tahap *securitized* suatu isu dinyatakan sebagai ancaman terhadap keamanan .

Secara teoritis untuk melihat tingkat keberhasilan upaya sekuritisasi terhadap suatu isu ialah dengan menggunakan mekanisme tunggal yaitu *speech act*. *Speech act* adalah pernyataan mengenai sebuah isu yang menjadi ancaman keamanan negara, masyarakat hingga ditingkat individu. *Speech act* merupakan fokus utama atau lebih dikenal dengan sebutan *single mechanism* dalam konsep sekuritisasi yang ditawarkan oleh Buzan (1998). *Speech act* digunakan untuk mempengaruhi *relevant audience* dalam melihat suatu ancaman keamanan. Sekuritisasi dinilai berhasil bilamana aktor sekuritisasi dapat meyakinkan *relevant audience* bahwa ada ancaman yang mengancam *referent object* (*share understanding*) dan dilakukannya *emergency measures* oleh aktor sekuritisasi sebagai tindakan nyata dalam mencegah timbulnya ancaman.

Teori sekuritisasi yang ditawarkan oleh CS dianggap memiliki beberapa kelemahan seperti yang dijelaskan oleh Ralf Emmers (2006) dalam bukunya. Menurutnya untuk memahami suatu isu sekuritisasi maka diperlukan kerangka berfikir yang sistematis dalam mengkaji isu tersebut melalui penggunaan teori sekuritisasi. CS membantu kita untuk mengetahui siapa aktor dan bagaimana proses sekuritisasi menempatkan diri dalam memahami suatu isu. Namun, bagi Emmers (2006) kerangka berfikir yang di tawarkan oleh CS tidak akan dapat

menjawab pertanyaan “*Why Securitization ?*”, untuk menjawab pertanyaan tersebut Emmers (2006) menambahkan adanya motivasi yang dimiliki oleh para aktor sekuritisasi yang menjadi dasar mengapa mereka melakukan sekuritisasi. Kedua, Emmers (2006) menilai bahwa CS hanya berfokus pada tercapainya *share understanding* dari aktor sekuritisasi melalui mekanisme tunggal yaitu, proses *speech act* terhadap *relevant audience* bahwa ada sebuah ancaman terhadap keamanan dan tidak fokus terhadap keadaan empiris yang terjadi dalam dinamika proses sekuritisasi sebuah isu. Ketiga, Emmers (2006) menilai bahwa kerangka berfikir yang ditawarkan oleh CS terlalu euro-centris, merujuk pada studi kasus yang digunakan oleh CS dalam mengkaji isu sekuritisasi. Dengan melihat kondisi tersebut Emmers (2006) berpendapat bahwa untuk melihat sebuah isu sekuritisasi di Asia misalnya, perlu digunakan kerangka berfikir baru sebagai alat untuk menjelaskan proses sekuritisasi di Asia. Dengan melihat perbedaan yang ada diantara wilayah Eropa dengan wilayah lain di Dunia misalnya, dengan faktor politik, ekonomi, budaya, sosial maka tentu kerangka berfikir CS akan tidak relevan jika digunakan di wilayah negara-negara dunia ketiga. Terakhir, CS tidak fokus terhadap efektivitas dari adanya kebijakan yang mempengaruhi bagaimana hasil dari upaya sekuritisasi atau desekuritisasi yang dilakukan.

2.2 Konsep Keamanan Kesehatan

Konsep keamanan selama ini menjadi istilah yang subjektif, artinya konsep keamanan yang digunakan bergantung pada perspektif yang digunakan oleh subjek atau aktor. Belum ada sebuah konsensus khusus terkait makna dari konsep keamanan. Hingga pada akhirnya keamanan sulit untuk menghindar sebagai bahasan politis (Williams, 2012). Dalam studi keamanan ada dua perspektif umum yang dikenal, masing-masing berangkat dengan waktu yang tidak sama. Pandangan pertama yaitu pandangan keamanan yang identik dengan kekuatan (militeristik). Militer digunakan sebagai alat untuk mengakomodasi kepentingan aktor dalam meningkatkan keamanan. Pandangan kedua yaitu pandangan keamanan yang didasarkan pada prinsip emansipasi yang berkaitan

erat dengan keadilan dan hak asasi manusia. Pandangan ini menitikberatkan pada hubungan dari para aktor yang ada. Keamanan ini melibatkan kepercayaan oleh para aktor dengan menjalin hubungan dan kerjasama untuk menghasilkan komitmen dalam mencapai sebuah keamanan bersama (Williams, 2012).

Di dalam definisi yang dikeluarkan oleh UNDP pada tahun 1994 tentang *human security* menyatakan definisi keamanan manusia yaitu :

“to protect the vital core of all human lives in ways that enhance human freedoms and human fulfillment and safety from chronic threats such as hunger, disease, and repression as well as protection from sudden and harmful sudden disruptions in the patterns of daily life“ (United Nations, 1994).

Pada definisi tersebut disebutkan bahwa keamanan manusia ditujukan untuk melindungi manusia dari ketakutan dan memberikan rasa aman dari ancaman kelaparan, penyakit dan represi. Dalam hal ini jaminan kesehatan global telah menjadi wacana dan mengambil bagian dalam agenda keamanan manusia global.

Seiring dengan berkembangnya studi-studi tentang keamanan hingga munculnya perluasan konsep keamanan baru yang mencakup keamanan non-tradisional. Hal tersebut kemudian membentuk dinamika baru dalam studi keamanan. Studi keamanan yang dulu dominan berkaitan tentang negara dan alat militernya. Namun, kini itu tidak lagi menjadi dominan dalam studi keamanan. Keamanan kesehatan misalnya kini telah mengambil peran yang semakin menonjol dalam strategi keamanan negara dan global (Menteath, 2015). Dapat dilihat sejak adanya gejala penyebaran penyakit seperti Malaria, HIV/AIDS atau Ebola di beberapa wilayah di dunia telah membentuk suatu ancaman nyata bagi keamanan manusia yang menyangkut kesehatan masyarakat global. Merujuk pada hal tersebut pada 2014, Dewan Keamanan PBB mengeluarkan resolusi yang menyatakan bahwa penyakit Ebola merupakan ancaman bagi perdamaian dan keamanan manusia (Menteath, 2015).

Mulanya pada masa pasca perang dunia ke-II masalah kesehatan telah jelas mendapatkan pengakuan bahwa masalah kesehatan dan epidemi penyakit menjadi salah satu bentuk ancaman bagi kelangsungan hidup manusia, namun

masalah kesehatan ini tidak dianggap sebagai sebuah ancaman keamanan. Hingga akhirnya, di akhir perang dingin melalui keamanan non-tradisional muncul kepermukaan dan mengakui bahwa masalah kesehatan termasuk sebagai salah satu bentuk ancaman keamanan manusia (Huang, 2014).

Munculnya ancaman kesehatan sebagai bagian dari studi keamanan bermula sejak meningkatnya perluasan agenda keamanan selama periode tahun 90an ditandai dengan berakhirnya perang dingin. Menurut para ahli peristiwa tersebut menjadi titik tolak pergeseran isu-isu keamanan dunia yang mulanya fokus terhadap ancaman militer terhadap isu-isu keamanan lain yang beragam. Selanjutnya, pergeseran isu-isu keamanan yang mulanya ancaman militeristik berkembang menjadi ancaman yang memungkinkan fokus keamanan dapat menjangkau isu-isu yang mengarah pada probabilitas lebih dari potensi bahaya yang dimiliki suatu isu dan tidak hanya pada ancaman yang sudah jelas mengancam keamanan (McInnes, 2014). Pergeseran yang terjadi tersebut memungkinkan untuk adanya ruang bagi masalah kesehatan masyarakat untuk dapat dijadikan sebagai salah satu kajian didalam studi keamanan.

Kemudian muncul pertanyaan mengenai isu-isu yang dianggap sebagai masalah keamanan dan meliputi juga objek yang terancam. Keamanan siapa yang harus dilindungi ? jika dilihat sejak pasca berakhirnya perang dingin, konsep keamanan global dan keamanan manusia dianggap sebagai prioritas dari keamanan dunia sejak saat itu. Meskipun definisi dari keamanan manusia sendiri memiliki banyak perspektif. Dengan adanya gagasan bahwa ancaman terhadap individu termasuk di dalam agenda keamanan, memungkinkan untuk masuknya isu ancaman kesehatan sebagai sebuah isu keamanan. Bagaimanapun, individu umumnya lebih cenderung beresiko terkena penyakit menular yang menyebar sebagai konsekuensi globalisasi daripada konflik etnis, bencana lingkungan atau terorisme (McInnes, 2014).

Peran dari para individu berpengaruh memiliki dampak signifikan terhadap masuknya kesehatan sebagai salah satu bagian dari studi keamanan.

Sejumlah individu terkemuka tersebut menggunakan posisi mereka dalam kekuasaan dan pengaruhnya untuk menempatkan kesehatan pada agenda kebijakan luar negeri dan keamanan dunia. seperti mantan direktur jenderal WHO Gro Harlem Brundtland, Duta Besar AS pada masa presiden Clinton untuk PBB, yaitu Richard Holbrooke. Brundtland sebagai direktur jenderal WHO menekankan perubahan sifat kesehatan masyarakat dunia dan berpendapat bahwa kesehatan masyarakat global tidak dapat dipisahkan dari trend sosial dan politik yang meluas. Secara signifikan, selama masa kepemimpinannya, WHO menciptakan istilah “keamanan kesehatan global” (McInnes, 2014).

Laporan yang dikeluarkan oleh UN *Secretary General's High Level Panel on Threats, Challenges and Change* pada tahun 2004 yang lalu, menjadi awal mula sekuritisasi keamanan kesehatan dipandang setara dengan keamanan-keamanan lainnya. Didalam perumusannya, panel menggunakan pendekatan holistik terhadap keamanan kesehatan, serta melakukan analisis tindakan seperti adanya bioterorisme dan wabah penyakit yang terjadi secara alami dalam perspektif keamanan. Di dalam laporan tersebut, panel meminta untuk dilakukan penghapusan terhadap pendekatan keamanan yang *state-centric*. Mereka beranggapan bahwa ancaman keamanan sekarang ini tidak mengenal lagi batas-batas wilayah negara dan harus mendapat penanganan dari tingkat nasional, regional dan global. Saat ini, tidak ada satupun negara yang kuat dan mampu untuk mengatasi ancaman keamanan (UN Secretary General's High Level Panel on Threats, Challenges, and Change Report, 2004).

Hubungan antara penyakit dan ketidakstabilan yang diakibatkan oleh ancaman kesehatan di dalam studi keamanan membentuk suatu bingkai bahwa masalah kesehatan merupakan bagian dari studi keamanan. Laporan tersebut juga mencatat bahwa penyakit dan kemiskinan berkaitan dengan lingkungan. Adanya degradasi yang terjadi akan memperburuk situasi penyakit menular seperti malaria, demam berdarah (UN Secretary General's High Level Panel on Threats, Challenges, and Change Report, 2004).

Bagi Dewan Keamanan PBB, tidak semua masalah kesehatan dapat diklasifikasikan sebagai ancaman kesehatan. Harus dipahami bahwa tidak semua kelompok politik internasional memiliki agenda yang sama terhadap suatu isu. Ketidakseimbangan kekuatan dan adu pengaruh yang besar diantara individu maupun kelompok didalam politik dunia membawa pengaruh terhadap agenda keamanan global dalam mengkonstruksi sebuah ancaman yang berhubungan dengan kepentingan aktor tertentu (Williams, 2012).

Perdebatan mengenai alasan rasional oleh para aktor untuk melakukan sekuritisasi kesehatan belum terkonsensus secara matang. Di lain pihak, ada pandangan skeptis yang mempertanyakan hasil ancaman kesehatan yang merugikan stabilitas internasional, dan kurangnya bukti empiris. Namun, ada sedikit bukti bahwa stabilitas nasional dapat dipengaruhi oleh dampak makroekonomi yang diakibatkan krisis kesehatan. Selain urbanisasi yang semakin menjadi masalah keamanan negara dunia saat ini, faktor pendorong utama terjadinya urbanisasi massal tampaknya ialah kemiskinan, kelaparan, konflik daripada masalah kesehatan. Demikian pula, hubungan masalah kesehatan dengan militer yang dilemahkan oleh penyakit dan dapat berdampak terhadap keamanan negaranya juga tidak begitu jelas signifikansinya. Sementara penelitian mengenai dampak yang ditimbulkan oleh HIV/AIDS tidak mendukung pernyataan bahwa pasukan perdamaian menjadi populasi yang sangat rentan terhadap penyakit tersebut (McInnes, 2014).

Akan tetapi, kemudian muncul pendapat yang berbeda untuk menguatkan bahwa keamanan kesehatan memiliki dampak signifikan terhadap ancaman keamanan nasional suatu negara dan juga keamanan manusia itu sendiri. Pertama, pada tahun 1999 Badan Intelijen Pusat (CIA) Amerika Serikat melaporkan sejumlah risiko yang ditimbulkan oleh penyakit menular, risiko tersebut juga diperburuk dengan adanya globalisasi yang bergerak cepat dan meningkatkan perdagangan barang maupun perpindahan manusia. Hal tersebut akan mempermudah bagi penyakit untuk menyebar secara internasional sebagai hasil dari perpindahan maupun perdagangan (McInnes, 2014). Selanjutnya, CIA lebih

memperdalam lagi dan menemukan bahwa penyakit menular juga menimbulkan risiko terhadap stabilitas internasional dan pertumbuhan ekonomi, yang kemudian menempatkan ancaman penyakit menular dalam cakupan dari keamanan nasional (McInnes, 2014).

Kedua, pada pertemuan pertama milenium baru, Dewan Keamanan PBB membahas ancaman HIV/AIDS di Afrika dalam resolusi no 1308 “bahwa pandemi HIV/AIDS jika tidak terkendali dapat menimbulkan risiko terhadap stabilitas dan keamanan”. Secara khusus Dewan Keamanan menaruh perhatian pada dampak HIV/AIDS terhadap stabilitas sosial dan misi pemeliharaan perdamaian. Munculnya resolusi tersebut berdampak pada meningkatnya kesadaran politik global terhadap penyakit HIV/AIDS dan pada tahun-tahun berikutnya HIV/AIDS dibingkai sebagai ancaman keamanan nasional dan stabilitas internasional di dunia (McInnes, 2014).

Di sisi lain, menurut Thomas, beberapa orang memiliki pendapat bahwa keamanan manusia seharusnya mendapat penanganan serius untuk ditanggulangi. Untuk itu, perlu adanya upaya untuk melakukan perbaikan pada sistem kesehatan yang efektif dan memiliki urgensi yang dengan ancaman konflik bersenjata (Williams, 2012). Adapula pendapat dari Garrett, bahwa di dunia ini bagaimanapun ada tiga pembunuh terbesar di negara berkembang, yaitu kematian pada ibu pada saat kehamilan hingga persalinan (*childbirth*), infeksi saluran pernafasan (*paediatric respiratory*), dan infeksi usus yang menyebabkan gagal paru atau diare (Williams, 2012). Untuk memerangi penyakit tersebut pemerintah dunia didesak untuk fokus pada pembangunan pada sektor kesehatan untuk meningkatkan kelangsungan hidup dan meningkatkan angka harapan hidup secara umum.

Ada klasifikasi tertentu yang digunakan untuk mengkategorikan masalah kesehatan menjadi ancaman keamanan. Ada tiga alasan utama mengapa suatu masalah kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi ancaman keamanan. Pertama, potensi masalah kesehatan untuk mengancam stabilitas nasional. Fenomena

seperti epidemi yang berdampak buruk terhadap ekonomi global, meningkatkan kemiskinan dan penurunan standar kehidupan. Dari adanya kemiskinan dan kesehatan yang buruk akan menimbulkan iurbanisasi massal, atau dapat pula mempengaruhi kekuatan militer atau mempengaruhi negara untuk mendapatkan bantuan pasukan perdamaian. Kedua, potensi masalah kesehatan dapat mempengaruhi stabilitas internal sebuah negara, yaitu dengan merusak ekonomi domestik, memperburuk ketidaksetaraan, kemiskinan, dan ketidakpuasan sosial. Terakhir, ketika ada jumlah kasus dan kematian yang tinggi, yang kemudian menjadi masalah keamanan negara karena resiko tinggi yang ditimbulkan oleh masalah kesehatan, kemudian dilakukan tindakan penanggulangan oleh negara yang bertanggung jawab untuk melakukan perlindungan terhadap masyarakatnya. Ketiga, untuk menentukan suatu masalah kesehatan menjadi luar biasa belum dapat terdefiniskan, namun dapat ditentukan secara subjektif berdasarkan jumlah kasus yang terjadi (McInnes, 2014). Klasifikasi diatas dapat digunakan sebagai alat untuk mengklasifikasikan mengapa sebuah masalah kesehatan dapat menjadi sebuah ancaman keamanan.

Kesehatan adalah salah satu aspek penting dalam kehidupan manusia. Kesehatan menjadi kebutuhan bagi setiap orang dari kita. Kesehatan juga mampu untuk mempengaruhi secara signifikan gaya hidup dan perjalanan hidup individu. Selain itu, kesehatan seringkali berkaitan dengan komunitas dimana kita berada, baik dalam lingkup geografis maupun sebagai bagian dari kelompok sosial-ekonomi. Munculnya beberapa ancaman keamanan yang diakibatkan oleh penyebaran penyakit yang terjadi di dunia, kemudian hal tersebut membawa isu-isu kesehatan yang mengancam keamanan dapat diklasifikasikan sebagai salah satu objek dari studi keamanan.

2.3 Studi-Studi Keamanan Kesehatan

Penyebaran penyakit baru telah muncul pada tingkat yang mengkhawatirkan pada dua dekade terakhir, penyakit seperti HIV/AIDS, malaria, SARS dan H5N1 yang semuanya memiliki dampak terhadap kondisi keamanan

global. Fenomena penyebaran penyakit yang bergerak dengan cepat merupakan efek samping dari peningkatan perdagangan barang maupun perpindahan manusia yang mencakup wilayah geografis yang luas di era globalisasi saat ini (McInnes, 2014). Sejalan dengan hal tersebut mikroba yang membawa penyakit juga mengalami perubahan serta perkembangan dari yang sebelumnya. Adanya kasus penyakit lama yang kemudian mewabah kembali memiliki resisten terhadap obat-obatan yang dulunya bekerja maksimal untuk menanggulangnya. Selain itu juga muncul penyakit-penyakit baru yang merupakan turunan dari jenis penyakit terdahulu dengan dampak yang ditimbulkan lebih serius pada kesehatan manusia.

Kondisi ini kemudian memicu kekhawatiran akan ancaman keamanan yang ditimbulkan oleh penyebaran penyakit di masyarakat dunia. Ada tiga alasan utama yang dijelaskan oleh McInnes. Pertama, penyebaran penyakit dapat menimbulkan ancaman langsung terhadap kesehatan dan kelangsungan hidup orang-orang (McInnes, 2014).

Kedua, pandemi yang terjadi akan menyebabkan gangguan sosial dan mengancam stabilitas suatu negara. Akan menimbulkan pula ketidakpercayaan dari masyarakat terhadap negara jika tidak mampu memberikan perlindungan dan menanggulangnya. Ketidaksetaraan sosial juga dapat dilihat melalui perbedaan akses terhadap obat dan fasilitas pelayanan kesehatan yang disediakan oleh negara. Hal tersebut berpotensi besar untuk mengakibatkan kekacauan publik, jika terjadi jumlah kematian yang besar, menurunnya produktivitas masyarakat dan melemahnya pelayanan kesehatan publik dapat mengancam fungsi negara. Dengan demikian negara dikatakan telah gagal memberi perlindungan masyarakatnya dari ancaman penyebaran penyakit (McInnes, 2014).

Ketiga, Epidemi dengan skala besar dapat berdampak fatal terhadap penurunan ekonomi dengan penggambaran jika terjadi epidemi skala besar akan mendorong peningkatan pengeluaran anggaran pemerintah untuk mengamankan sektor kesehatan negara. Berkurangnya produktivitas dikarenakan banyak pekerja yang tidak bekerja dengan semestinya, mengurangi investasi (internal maupun

eksternal) akibat kekhawatiran dari mitra bisnis, dan menaikkan biaya asuransi untuk penyediaan pelayanan kesehatan. Bagi sebuah negara, epidemi dengan skala besar dapat berdampak signifikan dalam melemahkan sektor ekonomi suatu negara. Bila ancaman tersebut mengancam banyak negara dunia akan menjadi ancaman yang signifikan bagi keamanan dunia (McInnes, 2014).

Dicontohkan wabah SARS yang terjadi pada tahun 2002-2003 menyebabkan kurang dari seribu kematian dalam rentan waktu satu tahun tersebut. Jika dilihat dari jumlah kematian tersebut secara statistik relatif tidak signifikan jika dibandingkan dengan kematian tahunan yang diakibatkan oleh penyakit, seperti HIV/AIDS, TB, dan malaria. Akan tetapi, penyakit SARS telah menimbulkan kerugian yang cukup tinggi dalam hal perdagangan dan investasi yang diperkirakan berkisar diangka \$ 30 miliar untuk kawasan Asia. Dampak terhadap makro ekonomi dari epidemi sangat signifikan, mengancam melemahkan ekonomi hingga pada tingkat mikro ekonomi dan berdampak pada kemampuan negara dan masyarakat negara untuk menjamin keamanan dan kesejahteraan hidup mereka (McInnes, 2014).

2.3.1 Efek dari Ancaman Penyakit Terhadap Keamanan

Pembahasan tentang keamanan manusia dengan gagasan keamanan tradisional yang lebih tua berguna untuk memahami nilai-nilai moral yang dengan itu kini komunitas global mulai sadar akan pentingnya kesehatan (termasuk pula penyakit menular). Seperti yang ditunjukkan Chen dan Narasimhan dalam Cecchine & Moore (2006) “keamanan kesehatan dan keamanan manusia dinilai secara fundamental di semua lapisan masyarakat, namun hubungan saling ketergantungan mereka tidak dipahami dengan baik. Meski demikian banyak pula penulis yang menegaskan hubungan antara keduanya”. Pernyataan tersebut didukung dengan bukti yang berkembang dimana penyakit menular dapat menimbulkan efek yang pada akhirnya mengancam keamanan manusia. Seperti Brower dan Chalk dalam Cecchine & Moore (2006) simpulkan, ada hubungan yang pasti antara penyakit menular dan keamanan “penyakit dapat mempengaruhi individu dan juga melemahkan kepercayaan publik terhadap kemampuan

pemerintah untuk merespons, dampak ekonomi yang merugikan, melemahkan tatanan sosial negara, mengkatalisasi ketidakstabilan regional, dan menimbulkan ancaman strategis melalui *bioterrorisme* atau *biowarfare*". Berikut ini adalah ringkasan penelitian yang memiliki efek spesifik terkait penyakit menular dengan ancaman terhadap keamanan.

Pertama, kematian langsung dan morbiditas. Efek paling jelas dari ancaman penyakit berakibat pada ketidakstabilan suatu bangsa atau wilayah dengan jumlah kematian tinggi. Penyakit-penyakit ini dapat menimbulkan resiko langsung terhadap keamanan suatu negara dengan membunuh sebagian besar populasi suatu negara dan berdampak pada melemahnya industri dan sektor militer (Cecchine & Moore, 2006).

Kedua, kerugian ekonomi. Sebagaimana dijelaskan sebuah wabah penyakit atau ancaman wabah yang dirasakan dapat berdampak signifikan terhadap perpindahan manusia dan perdagangan bagi negara yang terkena dampak. Efek ekonomi dari penyakit menular seperti malaria, ebola dan kolera dapat mengurangi jalannya perekonomian negara. Sebagai contoh bilamana malaria dapat dieliminasi sejak satu dekade yang lalu, wilayah Afrika akan memiliki produk domestik bruto sepertiga lebih tinggi dari saat ini. Banyak dari efek yang ditimbulkan tidak terjadi secara langsung misalnya hilangnya produktivitas dan perdagangan. Selain itu tingginya biaya pengobatan manusia dapat mempengaruhi keamanan dan menarik adanya hubungan antara negara-negara yang membutuhkan dan negara-negara yang mampu untuk memberikan bantuan untuk mengendalikan wabah (Cecchine & Moore, 2006).

Ketiga, Gangguan Sosial dan Pemerintahan. Telah didokumentasikan bahwa penyakit menular menyebabkan gangguan sosial yang signifikan melalui ketakutan dan kecemasan akan ancaman penyakit, hilangnya orang-orang di posisi sosial utama karena penyakit atau kematian, diskriminasi terhadap kelompok yang terkena penyakit dan hilangnya sebagian besar kelompok masyarakat pada wilayah tertentu (Cecchine & Moore, 2006).

Pada sub bab selanjutnya, akan dijelaskan secara khusus studi-studi sebelumnya yang mengangkat tema penelitian-penelitian terdahulu yang mengangkat tentang keamanan kesehatan. Ancaman akibat penyebaran penyakit yang kian meningkat pada dua dekade terakhir membawa masalah kesehatan ke babak baru dalam studi keamanan. Pentingnya suatu kesehatan bagi masyarakat, negara hingga pada tingkat global menjadikan bahasan ini menjadi topik yang hangat dan menarik untuk diteliti lebih mendalam. Untuk itu, pada bagian ini akan dijelaskan beberapa studi yang berkaitan dengan keamanan kesehatan yang ada. Kemudian, akan dilanjutkan penjelasan mengapa penelitian terkait sekuritisasi penyakit malaria dipandang penting dan perlu untuk diteliti didalam studi ilmu hubungan internasional.

2.3.2 Sekuritisasi HIV/AIDS

Studi tentang keamanan kesehatan pada bahasan ini akan membahas tentang upaya sekuritisasi yang dilakukan dalam menanggulangi bencana penyakit HIV/AIDS yang merupakan hasil penelitian dari Ilavenil Ramiah (2006) didalam buku *Non-Traditional Security Issue in Asia*. Ramiah (2006) menjelaskan bahwa ancaman yang ditimbulkan oleh penyakit HIV/AIDS sangat berbahaya, ia mengklaim bahwa jumlah kematian yang timbul akibat meluasnya epidemi HIV/AIDS lebih tinggi jika dibandingkan dengan jumlah kematian pada suatu konflik. Data yang disebutkan pada 2003 sebanyak 3 juta manusia meninggal akibat HIV/AIDS dan 4 juta manusia terinfeksi. Sedangkan orang yang hidup dengan penyakit HIV/AIDS pada tahun 2003 diperkirakan sebesar 40 juta manusia.

Epidemi yang menyebar luas dan tidak terkontrol dan mengjangkiti orang dewasa merupakan ancaman yang serius terhadap pertumbuhan ekonomi suatu negara. Dengan adanya infeksi terhadap orang dewasa maka pertumbuhan ekonomi akan terhambat akibat, produktivitas negara akan melemah dan menyebabkan kemiskinan bagi masyarakat. Tidak hanya pada masyarakat biasa, ancaman HIV/AIDS juga mengancam personel keamanan negara, polisi, penjaga keamanan internasional dan memiliki implikasi serius terhadap kapasitas

internasional dan pemerintah negara untuk menjalankan kebijakannya (Ramiah, 2006).

Dalam penjelasan lebih lanjutnya, Ramiah (2006) memfokuskan penelitian ini pada dua negara yaitu Cina dan India. Alasan mengapa dua negara dipilih, karena dua negara tersebut merupakan dua negara dengan jumlah prevalensi dan transmisi tertinggi dari seluruh negara-negara yang ada di Asia. Di negara Cina sebanyak 68% masyarakat dari jumlah pengidap HIV/AIDS teridentifikasi sebagai pengguna *injecting drugs users* (IDU) yang tersebar di wilayah barat dan selatan Cina. Kemudian sebanyak 10% dari jumlah pengidap terinfeksi melalui kegiatan hubungan seksual yang melibatkan pekerja seks dan klien dari pekerja seks. 10% lain merupakan akibat dari praktik donor darah yang tidak terkontrol dan tidak melakukannya dengan steril. Di akhir tahun 2002, pemerintahan Cina mencatat sebanyak 560 kasus dari infeksi yang terjadi. Pada september 2003, *Executive Vice Minister of Health* Gao Qiang melaporkan pada PBB sebanyak 840.000 masyarakat Cina hidup dengan penyakit HIV/AIDS. Laporan ini mengindikasikan di Cina terjadi penambahan jumlah kasus HIV/AIDS sebanyak 30% . Jika tidak dilakukan intervensi terhadap ancaman penyakit HIV/AIDS maka Cina akan menjadi negara terbesar kedua yang populasinya terinfeksi HIV/AIDS di tahun 2010.

Negara lain yang juga dikaji ialah negara India. India merupakan negara dengan jumlah populasi tertinggi yang terjangkit HIV/AIDS. 96% kasus yang terjadi berada di 10 negara bagian dari 31 negara bagian yang ada di India. Sebanyak 82.6% dari jumlah total transmisi HIV/AIDS di India diakibatkan dari hubungan seksual, 4.4% oleh pengguna IDU, dan 1.8% dari merupakan akibat dari praktik donor darah yang tidak terkontrol dan tidak melakukannya dengan steril (Ramiah, 2006).

The Project Director for India's National AIDS Company Agency (NACO) menjelaskan bahwa HIV/AIDS bukan hanya menyebar di wilayah padat penduduk dan perkotaan saja, lebih luas lagi HIV/AIDS telah menyebar hingga kewilayah

pedesaan yang jauh dari perkotaan dan secara luas mengancam seluruh populasi yang ada. Salah satu kota di India yaitu Mumbai merupakan kota dengan praktik pekerja seks yang cukup besar dengan jumlah 60 -70 ribu pekerja seks. Terjadi peningkatan jumlah infeksi yang terjadi dari 1992 hingga tahun 2000 sebanyak 17%. Survei yang dilakukan *National Sample Survey* in India, sebanyak 24.7% masyarakat melakukan urbanisasi di dalam negeri maupun keluar negeri. Diperkirakan sebanyak 264 juta masyarakat India melakukan perpindahan domisili. Akibatnya banyak dari transmigran di India sulit untuk mendapatkan akses terkait informasi penyakit HIV/AIDS, tes kesehatan dan pelayanan kesehatan. Bahasa dan budaya juga menjadi penghalang mereka untuk mendapatkan akses kesehatan (Ramiah, 2006).

Ramiah (2006) dalam penelitiannya membuat pola-pola khusus yang digunakan untuk menjelaskan bagaimana identifikasi aktor sekuritisasi, bagaimana mekanisme yang digunakan dan juga bagaimana kerangka berfikir yang tepat untuk menjelaskan proses sekuritisasi sebuah isu penyakit yang mengancam keamanan. Berikut tabel yang digunakan oleh Ramiah (2006) untuk mengidentifikasi Aktor Sekuritisasi penyakit HIV/AIDS :

Tabel 2.1 Identifikasi Aktor Sekuritisasi

Initiating Actor	Catalyzing Actor	Implementing Actor
National Government	International Organizations	Local Governments
	Other National Governments	NGOs/Gos
		Faith Based Organization
		Media
		Private Enterprises
		Labor Unions

(Sumber : Ramiah,2006)

Dalam proses sekuritisasi, Ramiah (2006) menggunakan dua proses mekanisme untuk menjelaskan proses sekuritisasinya. Persuasi adalah pola komunikasi yang digunakan oleh para aktor untuk mempengaruhi atau meyakinkan aktor lain. Sedangkan negosiasi sebuah bentuk interaksi saat aktor-

aktor yang terlibat berusaha untuk saling menyelesaikan tujuan yang berbeda dan bertentangan. Berikut contoh tabel yang digunakan oleh Ramiah (2006) untuk menjelaskan proses sekuritisasi : melalui mekanisme persuasi dan negosiasi :

Tabel 2.2 Proses Sekuritisasi dan Mekanisme Persuasi dan Negosiasi

Process of Securitization	Mechanism of Persuasion and Negotiation
National Government and Wider Population	Speeches, Campaign
National Government and Catalyzing Actors	Conditional provision of resources, high level and publicized discussions of HIV/AIDS.
National Government and Implementing Actors	Conditional provision of resources, high level and publicized discussions of HIV/AIDS.
Implementing Actors and Wider Population	Speeches, Campaign, Grass-roots conferences, discussions.

(Sumber : Ramiah,2006)

Untuk mengidentifikasi elemen-elemen sekuritisasi Ramiah (2006) membuat tabel yang berisi identifikasi aktor-aktor yang terlibat dan mekanisme yang digunakan dalam proses sekuritisasi yang dilakukan dan yang terakhir ialah indikator sekuritisasi. Berikut tabel yang digunakan oleh Ramiah (2006) untuk menjelaskan elemen-elemen yang dibutuhkan untuk menyusun kerangka berfikir untuk menjelaskan sekuritisasi penyakit :

Tabel 2.3 Elemen-elemen Sekuritisasi

Securitizing Actors	Mechanisms of Persuasion and Negotiation	Indicator of Securitization
Catalyzing Actors	Speeches, Campaigns, Conditional Provision of resources, High level and publicized discussions of HIV/AIDS, Grass-roots conferences and discussions	-Falling Levels of HIV/AIDS prevalences, increase in DALYS -Creation of a national AIDS -Creation of a HIV/AIDS action framework that drives the alignment of all partners -Mainstreaming HIV/AIDS into all national development agendas -Creation of a national monitoring and evaluation system
International Other governments		
Initiating Actors		
National Government		
Implementing Actors		
Local governments		
NGOs/Gos		
Faith-Based		
Media		
Private enterprises		
Labor Union		

(Sumber : Ramiah, 2006)

Dibagian akhir hasil penelitiannya dijelaskan tentang capaian yang dihasilkan dengan adanya upaya sekuritisasi untuk menanggulangi penyakit HIV/AIDS. Di Cina, pemimpin negara telah menyampaikan dan mengakui bahwa HIV/AIDS merupakan ancaman keamanan negara. Pada Mei 2004 pemerintah Cina mengumumkan kebijakan yang memobilisasi sosial dan sumber keuangan negara. Kebijakan tersebut bernama "The Four Policy". Di wilayah pedesaan dan terpencil diberikan tes kesehatan gratis, pengobatan gratis, sekolah gratis untuk yatim piatu AIDS, dan pengobatan untuk ibu dan bayi untuk mencegah HIV/AIDS. Untuk menerapkan kebijakan ini pemerintahan Cina bekerjasama dengan sektor non-pemerintahan untuk mensukseskan implementasi kebijakan tersebut. Jika implementasi kebijakan ini dapat berhasil maka Cina dapat menjadi contoh untuk negara-negara di Asia yang memiliki masalah dengan penyakit HIV/AIDS. Sedangkan di negara India, mendapatkan bantuan dari lembaga internasional *Bill Melinda Gates Foundation* sebesar \$100 juta. Akan tetapi, pemerintah India bingung dengan pengalokasian dana tersebut dalam membantu

penanggulangan penyakit HIV/AIDS. Sementara itu pemerintah menganggap bahwa sumbangan itu tidak berdasarkan dan tidak berpengaruh terhadap jumlah infeksi HIV/AIDS di negara India. Hal tersebut dilihat sebagai ketidakseriusan para aktor untuk menanggulangi HIV/AIDS serta membingungkan masyarakat luas. Dengan jumlah sumbangan seperti itu harusnya dapat dimanfaatkan untuk membantu mengurangi prevalensi HIV/AIDS. Namun, bagi pemerintah sumbangan tersebut tidak berpengaruh terhadap penanggulangan HIV/AIDS (Ramiah, 2006).

2.3.3 Sekuritisasi Ebola

Pada bagian ini penulis akan menjabarkan terkait dengan studi tentang keamanan kesehatan yang berfokus pada penyebaran penyakit ebola yang terjadi di negara-negara Afrika Barat di tahun 2014. Penulis akan menjabarkan lebih lanjut dari hasil penelitian yang ditulis oleh Christian Enemark (2017). Penelitian tersebut secara deskriptif menjelaskan keterkaitan antara sebuah isu kesehatan masyarakat dapat menjadi isu keamanan yang menarik perhatian para penstudi ilmu hubungan internasional. Dengan begitu, studi keamanan non-tradisional kini mulai memiliki banyak kajian yang dapat diangkat menjadi sebuah kajian keamanan yang kini mulai sejajar dengan praktik studi keamanan tradisional lain. Selain itu, dalam penelitian ini Enemark (2017) menyoroti langkah dari Dewan Keamanan PBB yang membuat resolusi 2177 yang dapat dilihat sebagai tindakan DK PBB untuk ikut serta dalam melakukan tata kelola kesehatan dunia. DK PBB pada tanggal 18 september 2014 menyatakan bahwa “wabah ebola yang sedang berlangsung di Afrika Barat merupakan ancaman bagi perdamaian dan keamanan internasional”.

Resolusi yang dikeluarkan DK PBB untuk masalah kesehatan sebelumnya juga pernah dikeluarkan. Resolusi itu dikeluarkan pada tahun 2002 ketika HIV/AIDS memiliki potensi tinggi untuk mengancam stabilitas keamanan negara-negara dunia dengan kemampuannya yang mampu melintasi batas-batas negara. Menurut Enemark (2017) penggunaan bahasa yang memiliki kaitan erat dengan isu keamanan yang lazimnya digunakan pada isu-isu keamanan militer maupun

konflik yaitu “mengancam perdamaian dan keamanan internasional” juga digunakan oleh DK PBB pada isu kesehatan seperti HIV/AIDS.

Adanya mobilisasi sumberdaya dengan skala besar yang dilakukan oleh negara-negara diluar Afrika Barat mengindikasikan bahwa resolusi 2177 merupakan salah satu titik tolak diakui melalui proses politik yang akhirnya memberi status keamanan terhadap suatu isu kesehatan masyarakat dan dilakukan pengendalian sebagai upaya keamanan. Enemark (2017) menggarisbawahi resolusi ini sebagai hal yang penting karena dengan DK PBB menyatakan sebuah masalah kesehatan masyarakat yang diakibatkan oleh penyakit dapat termasuk di dalam bahasan keamanan.

Tujuan utama DK PBB mengeluarkan resolusi 2177 menurut Enemark (2017) ialah untuk mengakhiri larangan yang bagi negara untuk bepergian ke dan keluar dari Afrika Barat, hal ini dianggap menarik. Enemark (2017) kemudian menyimpulkan bahwa DK PBB memiliki cara pandang yang berbeda dalam menanggapi ancaman penyakit ebola ini. Logika yang digunakan bukanlah logika sekuritisasi yang sebagaimana harusnya digunakan untuk melihat fenomena ini, namun DK PBB menggunakan logika keamanan yang berdasar pada dasar upaya perbaikan. Dalam hal ini menurut Enemark (2017) DK PBB tidak bertujuan untuk melakukan pengamanan wilayah perbatasan, melainkan untuk mengamankan pergerakan lintas batas yang memiliki kaitan dengan kesejahteraan masyarakat. Dijelaskan lebih rinci lagi terkait dengan ancaman ebola, menurut Enemark (2017) DK PBB mengambil fokus untuk memfasilitasi sirkulasi lintas batas dari tenaga medis ahli untuk masuk dan keluar wilayah Afrika Barat untuk membantu penanganan wabah penyakit ebola. Sejalan dengan itu DK PBB tidak berupaya terhadap tindakan sekuritisasi terhadap penyakit ebola itu sendiri melainkan melakukan penekanan perlunya sirkulasi yang baik untuk membantu pemerintah menjamin keamanan masyarakat dalam konteks krisis kesehatan.

Analisis yang ada selama ini dalam ranah studi hubungan internasional yang membahas hubungan dari isu kesehatan dengan keamanan menjadi

pertimbangan yang hangat dibicarakan. Ditingkat nasional, regional internasional maupun global telah banyak contoh bagaimana masalah kesehatan masyarakat ini dapat berpengaruh terhadap keamanan nasional maupun keamanan global. Beberapa ahli hubungan internasional telah melakukan pengkajian lebih mendalam untuk membedakan, menjelaskan dan menilai peran keamanan dalam tata kesehatan masyarakat. Beberapa telah mengeksplorasi perlu adanya perluasan untuk memasukan agenda keamanan yang khusus membahas tentang ancaman penyakit yang mengancam kesehatan masyarakat utamanya penyakit menular. Dalam hal ini, ebola telah menarik perhatian para ahli studi keamanan dan digunakan sebagai dasar untuk mempertimbangkan bahwa ancaman penyakit terhadap kelangsungan hidup masyarakat menjadikan kekhawatiran internasional dan akhirnya menghasilkan resolusi 2177. Resolusi tersebut memiliki kaitan erat dengan bahasan studi keamanan dan merupakan hasil dari proses politik tingkat tinggi (Enemark, 2017).

2.3.4 Sekuritisasi Malaria

Pada bagian ini penulis akan menjabarkan bagaimana keterkaitan antara penyakit malaria terhadap konsep keamanan itu sendiri. Dibagian sebelumnya telah dijelaskan mengenai keterkaitan masalah kesehatan dengan konsep keamanan, misalnya penyakit HIV/AIDS dan Ebola terhadap konsep keamanan. Permasalahan kesehatan masyarakat yang dapat mengganggu keamanan ini telah dikategorikan tersendiri sebagai salah satu bentuk ancaman terhadap keamanan. Kategori tersebut telah diakui oleh para ahli termasuk di dalam studi keamanan. (Williams, 2012).

Dalam pencariannya, penulis menemukan kesulitan untuk mencari data yang secara khusus menjelaskan suatu fenomena dilapangan bahwa ancaman malaria merupakan salah satu bentuk isu keamanan yang dibahas dalam studi keamanan. Jika di runtut kebelakang penyakit seperti malaria juga memiliki kesamaan dalam dampak dan penanganannya dengan isu keamanan kesehatan lain. Dari jumlah kematian dan jumlah kasus malaria tidak kalah tinggi daripada penyakit lainnya. Justru malaria memiliki ancaman serius terhadap keamanan

karena kemampuannya untuk bertahan hingga selama ini. Diketahui pula malaria merupakan salah satu penyakit tertua di dunia dan masih mengancam kelangsungan hidup manusia hingga saat ini.

Malaria dan sekuritisasi merupakan hal yang unik jika dibahas, mengapa demikian? karena malaria sangat berbeda dengan penyakit yang telah dicontohkan sebelumnya. Jauh sebelum adanya HIV/AIDS dan Wabah Ebola ada, malaria telah lebih dulu menjadi masalah kesehatan masyarakat. Keberhasilan dari negara-negara untuk mengeliminasi persebaran penyakit di negaranya merupakan salah satu bentuk upaya sekuritisasi, misalnya negara-negara di Eropa dan Amerika Utara yang dahulu mereka juga mengalami persebaran malaria di negaranya, layaknya seperti yang masih terjadi di negara-negara tropis hingga saat ini. Namun, mereka telah berhasil melakukan eliminasi penyakit malaria di negaranya. Di sisi lain, banyak negara-negara dunia saat ini masih bergulat dengan ancaman yang ditimbulkan oleh penyakit malaria di negaranya. Jika dilihat, penanganan malaria yang dilakukan juga melibatkan aktor-aktor non negara misalnya organisasi internasional, NGO/GO, Lembaga-lembaga Masyarakat yang juga memiliki peran dalam penanggulangan penyakit malaria. Selain itu, negara-negara juga menjalin banyak kerjasama untuk membantu memerangi ancaman malaria bagi kesejahteraan masyarakatnya.

Sebagai penyakit yang memiliki dampak terhadap kondisi suatu negara, malaria juga memiliki dampak kematian yang tinggi di masyarakat. Kemudian, mengurangi produktivitas masyarakat secara sistematis karena tidak mampu untuk bekerja ketika sedang mengalami sakit yang dikibatkan malaria. Lalu, gangguan terhadap keberlangsungan negara. Efek yang sama sebenarnya dengan ancaman yang ditimbulkan oleh penyakit lainnya sebagai permasalahan kesehatan yang berdampak pada keamanan.

Untuk itu, penulis memandang perlu adanya pemenuhan kekosongan akademik dalam hal karya tulis dan menambah variatif dari studi keamanan kesehatan yang secara khusus membahas tentang permasalahan kesehatan

masyarakat dengan perspektif keamanan. Selain itu penulis juga berharap bahwa karya tulis ini mampu memberikan manfaat bagi khasanah keilmuan pada civitas akademika ilmu hubungan internasional.



BAB 3

EPIDEMIOLOGI MALARIA DAN AKTOR-AKTOR SEKURITISASI

Pada bab ini, penulis akan menjelaskan tentang profil negara Tanzania yang menjelaskan sistem kesehatan kesehatan dan karakteristik demografis dan populasi. Kemudian menjabarkan tentang epidimiologi malaria di Tanzania yang terdiri dari parasit malaria, transisi epidemi malaria dan dinamika epidimiologi serta resiko terhadap populasi. Selanjutnya menjelaskan tentang bentuk pencegahan dan pengobatan penyakit malaria di Tanzania dan yang terakhir, akan menjelaskan satu-persatu aktor yang terlibat di dalam upaya penanggulangan malaria di Tanzania.

3.1 Profil Negara Tanzania

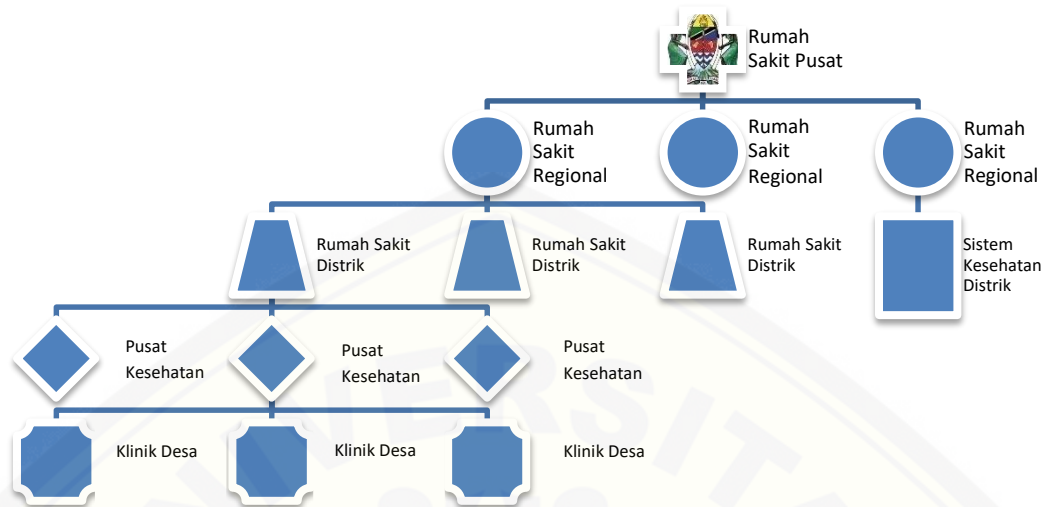


Gambar 3.1 Peta Negara Republik Persatuan Tanzania (Sumber: World Health Organization, 2015)

Tanzania merupakan negara yang berada di wilayah Afrika bagian Timur, negara ini memiliki nama lengkap yaitu Republik Persatuan Tanzania (*United Republic of Tanzania*). Tanzania memiliki jumlah populasi sebanyak 53.470.000 juta jiwa menurut hasil survei nasional tahun 2015. Tanzania memiliki pendapatan nasional bruto (PNB) per kapita tahun 2016 sebesar \$ 859.8 (Ivanstat, 2016). Pendapatan negara sebagian besar didapatkan melalui sektor pariwisata, ekspor emas, kopi, kacang mete, produk manufaktur, kapas dan cengkeh (Molteni, Mandike, & Mohammed, 2013). Dalam hal kesehatan, Tanzania memiliki angka harapan hidup sebesar 60% untuk laki-laki dan 64% untuk perempuan. Sedangkan untuk pengeluaran untuk sektor kesehatan sebanyak \$ 137 pada tahun 2014. Total pengeluaran dari PDB yang digunakan untuk kesehatan sebesar 5.6% (World Health Organization).

3.1.1 Sistem Kesehatan di Tanzania

Sistem kesehatan didefinisikan sebagai tindakan kesehatan yang diproduksi oleh berbagai sumberdaya yang terdiri dari organisasi, institusi yang khusus menangani kesehatan. Tindakan kesehatan ini merupakan upaya dalam berbagai macam bentuk, baik dalam perawatan kesehatan pribadi, pelayanan kesehatan masyarakat atau melalui inisiatif lintas sektoral. Tindakan tersebut bertujuan untuk memperbaiki sektor kesehatan sebagaimana tujuan utama sistem kesehatan. Sistem kesehatan yang digunakan di Tanzania adalah sistem desentralisasi. Tanzania mulai menggunakan sistem desentralisasi untuk penyediaan layanan kesehatan dimulai sejak tahun 1972 dengan menganut model yang dikembangkan oleh Mckinsey dan Co. Tujuan penggunaan sistem ini ialah untuk mempromosikan bentuk partisipasi masyarakat dalam proses perencanaan dan fasilitas pengambilan keputusan daerah. Menurut Molteni, pemahaman tentang sistem administrasi kesehatan yang digunakan oleh sebuah negara sangatlah penting untuk mendapatkan informasi kesehatan yang kredibel. Dengan informasi yang kredibel tentunya estimasi dampak dari suatu penyakit dapat diketahui (Molteni, Mandike, & Mohammed, 2013).



Gambar 3.2 Sistem Desentralisasi Sektor Kesehatan di Tanzania
(Sumber: Ministry of Health and Social Welfare, 2013)

Sistem kesehatan yang digunakan di Tanzania menggunakan sistem desentralisasi yang terbagi dalam 5 tingkat layanan kesehatan. Sistem ini sesuai dengan penggambaran yang ada pada piramida di atas. Tingkat pertama yaitu, rumah sakit pusat yang memiliki orientasi pada standar internasional. Fungsi dari rumah sakit pusat ialah sebagai rujukan paling tinggi pada tingkat layanan nasional untuk menangani pasien. Namun, bagi sebagian masyarakat hanya segelintir dari mereka dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan pada tingkat ini. Masalah utama dalam pelayanan kesehatan tingkat ini ialah distribusi finansial yang ada di masyarakat dan juga infrastruktur kesehatan negara yang buruk. Hal ini kemudian dijelaskan oleh Morley dan Diesfeld (2009) sebagai situasi umum bagi pelayanan kesehatan di negara-negara berkembang sebanyak 85% pengeluaran kesehatan negara diberikan ke rumah sakit pusat atau rumah sakit utama. Akan tetapi, hanya sekitar 10% dari jumlah populasi yang dapat mengakses pelayanan pada tingkat ini. Sisanya sebanyak 15% dari pengeluaran negara digunakan untuk pelayanan kesehatan bagi 90% dari jumlah populasi yang ada. Tingkat kedua, yaitu rumah sakit daerah. Kemudian ada rumah sakit daerah pada tingkat kedua, rumah sakit distrik pada tingkat ketiga, puskesmas pada tingkat keempat dan apotik dan layanan medis sebagai tingkat kelima atau paling

rendah yang tersebar di wilayah-wilayah pedesaan (Medical Mission Support, 2009).

Tipe Fasilitas	Umum/FBO	LSM	Pribadi	Total
Rumah Sakit	240	-	39	279
Pusat Kesehatan	614	29	78	721
Dispensary	5.819	168	1.123	6.480
Total	6.673	197	1.240	7,480

Gambar 3.3 Distribusi fasilitas kesehatan di wilayah daratan Tanzania (Sumber: Tanzania Ministry of Health and Social Welfare, 2015-2020).

Di daratan Tanzania ada sekitar 7.480 fasilitas kesehatan yang tersedia. Dimana sebanyak 83% adalah milik publik/FBO, selain itu juga ada milik negara sejumlah 197 dan kepemilikan pribadi sejumlah 1.240. Fasilitas kesehatan yang berada dibawah seperti rumah sakit distrik dan puskesmas memegang peranan penting dalam pelayanan kesehatan di Tanzania. sebanyak 85% penduduk mendapatkan pelayanan kesehatan mereka dari fasilitas kesehatan primer seperti ini (Tanzania Ministry of Health and Social Welfare, 2015-2020). Namun, jaminan layanan kesehatan yang baik belum dapat terpenuhi karena tantangan yang besar dalam memberikan pelayanan mulai dari infrastruktur yang belum memadai, kekurangan staf kesehatan dan tenaga ahli kesehatan, dan obat-obatan penting.

Di dalam struktur pemerintahan Tanzania, permasalahan kesehatan nasional ditangani oleh Kementerian Kesehatan, Pembangunan Masyarakat, Gender, Lansia dan Anak-Anak (MoHCDGEC). Presiden Tanzania melalui surat keputusan No.144 tanggal 22 april 2016 mengeluarkan instrumen baru dalam kabinetnya untuk merubah atau menambahkan yang sebelumnya Kementerian Kesehatan menjadi Kementerian Kesehatan, Pembangunan Masyarakat, Gender, Lansia dan Anak-Anak. MoHCDGEC sebagai instrumen lembaga yang mengurus sektor kesehatan negara, MoHCDGEC bertugas untuk merumuskan

kebijakan terkait kesehatan, pengembangan masyarakat, gender, lansia dan anak-anak.

Tugas dan fungsi dari MoHCDGEC sebagai berikut : Memberikan pelayanan dan pencegahan kuratif, Manajemen pelayan kimiawi, Pelayanan laboratorium medis, Penelitian medis dan nutrisi, Layanan mutu makanan dan obat-obatan, Perlengkapan medis, Promosi pengobatan tradisional dan konservatif, Pemeriksaan pelayanan kesehatan, Keluarga berencana, Organisasi kesehatan dan medis internasional, koordinasi LSM yang menangani fungsi di bawah sektor kesehatan negara, Koordinasi organisasi internasional di bawah sektor kesehatan negara, Peningkatan performa dan pengembangan layanan sumber daya manusia dibawah MoHCDGEC, Departemen ekstensi-ministrial, organisasi dan proyek fasilitas kesehatan dibawah MoHCDGEC (Ministry of Health, Comunity Development, Gender, Elderly, and Children, 2017). MoHCDGEC bertugas dan bertanggung jawab secara penuh dalam pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan di negara Tanzania. Untuk itu, MoHCDGEC dalam menjalankan tugasnya mendasarkan pada kepentingan umum masyarakat secara luas.

3.1.2 Karakteristik Demografis dan Populasi di Tanzania

Tanzania memiliki jumlah populasi terbesar di wilayah Afrika Timur. Menurut survei oleh *Index Mundi*, Tanzania memiliki populasi sebesar 53.950.935 pada tahun 2018. Tingkat pertumbuhan penduduk Tanzania berada di kisaran 3% setiap tahunnya sejak tahun 2000. Hampir dari sepertiga populasi yang ada berada di wilayah perkotaan. Tingkat pertumbuhan penduduk di daerah perkotaan lebih dua kali lipat dibandingkan daerah pedesaan. Perbedaan tingkat pertumbuhan tersebut diakibatkan oleh variabel dari populasi yang dinamis akibat dari urbanisasi (United Nations Population Fund, 2009). Banyak dari penduduk melakukan urbanisasi untuk mencari penghidupan yang lebih baik dengan bekerja di perkotaan. Tingkat kesuburan perempuan di Tanzania mencapai angka 4.8 %. Akan tetapi, pada angka kematian yang terjadi pada ibu cukuplah tinggi. Banyak kematian terjadi pada ibu dikarenakan kehamilan dini dan kurangnya tenaga

persalinan terampil, kemiskinan dan akses kesehatan yang sulit menjangkau wilayah-wilayah pedesaan. Selain itu, Tanzania melalui Kementerian Kesehatannya berupaya untuk mengurangi angka kematian pada populasi bayi <5 tahun dan angka kematian pada bayi baru lahir dengan memberikan imunisasi. Malaria menjadi pembunuh utama pada populasi ini dan HIV menjadi sumber utama kematian bagi populasi dewasa (Index Mundi, 2018).

Di Tanzania sebagian besar urbanisasi yang terjadi ialah urbanisasi yang bersifat internal (pedesaan-perkotaan). Populasi yang tersebar di daerah perkotaan berjumlah 26% sedangkan di daerah pedesaan berjumlah 74%. Kepadatan penduduk diperkirakan sebesar 45 orang/ mil persegi. Namun, populasi hanya terkonsentrasi pada kota-kota disepanjang Danau Victoria di Utara, di dataran tinggi selatan dan disekitar pusat bisnis dan perdagangan utama seperti Dar Es Salaam, Mwanza, Mbeya, Dodoma, Tanga dan Arusha (United Nations Population Fund, 2009).

Survei yang dilakukan oleh *Tanzanian Household Budget Surveys* tahun 2007 menunjukkan bahwa ada kemiskinan yang mendasar pada wilayah pedesaan. Kebutuhan dasar dan kebutuhan pangan relatif tinggi di pedesaan sebanyak 37%, kemudian disusul 12,9% daerah perkotaan. Oleh karena itu penduduk cenderung melakukan urbanisasi untuk menjauh dari kemiskinan wilayah pedesaan. Fenomena urbanisasi ini akan mempercepat pertumbuhan penduduk perkotaan dan mengurangi pertumbuhan di pedesaan. Banyak dari para pencari kerja yang datang dari pedesaan juga belum terjamin dapat memperoleh pekerjaan yang layak di perkotaan. Banyak dari mereka berakhir dengan menjadi pekerja kasar (United Nations Population Fund, 2009).

Salah satu konsekuensi tingginya tingkat pertumbuhan penduduk perkotaan adalah munculnya pemukiman yang tak terencana (pemukiman kumuh/pemukiman liar). Di Dar Es Salaam misalnya, ada sebanyak 56 permukiman yang tak terencana yang menampung sekitar 70% populasi perkotaan. Situasi ini akan berdampak buruk terhadap populasi. Dampak buruk

terhadap kesehatan, yaitu tingkat HIV/AIDS dan malaria, selain itu kekerasan berbasis gender, tingkat kejahatan, degradasi lingkungan termasuk pencemaran limbah dan air (United Nations Population Fund, 2009).

Pada urbanisasi internasional Tanzania menjadikan negara ini sebagai penampung pengungsi terbesar di Afrika selama beberapa periode. Tanzania menampung ratusan ribu pengungsi yang mayoritas datang dari wilayah *Great Lakes* utamanya Burundi. Pada rentan waktu tahun 2000 dan 2014 Tanzania mengeluarkan kebijakan untuk melakukan naturalisasi pengungsi. Kebijakan ini telah berhasil mengurangi jumlah pengungsi secara signifikan. Naturalisasi tersebut membawa tantangan baru di masyarakat seperti integrasi sosial dengan masyarakat lokal dan perencanaan layanan pemerintahan kepada masyarakat (United Nations Population Fund, 2009).

3.2 Epidemiologi Malaria di Tanzania

Malaria adalah masalah kesehatan masyarakat yang terjadi di lebih dari 93 negara. Diperkirakan 300 sampai dengan 500 juta kasus terjadi setiap tahun menyebabkan 1,5 sampai 2,7 juta kematian per tahun. Lebih dari 70% kematian terjadi pada bayi usia <5 tahun akibat infeksi malaria. (World Health Organization, 2017). Adanya perubahan iklim global, penggunaan lahan, konflik bersenjata, pergerakan pengungsi akibat konflik, industri penerbangan dan fenomena resistensi parasit maupun vektor terhadap obat atau alat pencegah malaria.

3.2.1 Parasit dan Vektor Malaria

Parasit⁷ malaria adalah parasit plasmodium. Terdapat lima spesies yang telah teridentifikasi yaitu, *P. Falciparum*, *P. Malariae*, *P. Ovale*, *P. Vivax*, dan yang baru-baru ini muncul spesies baru *P. Knowlesi*. Pertama, *P. Falciparum*

⁷ Parasit adalah organisme yang hidup diluar atau didalam inangnya dan mendapatkan makanannya dari atau dengan mengorbankan inangnya. Parasit dapat menyebabkan penyakit pada manusia. Beberapa penyakit parasit mudah diobati dan beberapa lainnya tidak. Parasit penyakit dapat hidup di sub tropis maupun daerah tropis (Center For Disease Control and Prevention, 2017).

adalah spesies yang paling dominan di sebagian besar negara endemik malaria, parasit ini dapat berdampak parah dengan tingkat morbiditas dan mortalitas dan sulitnya penanganan infeksi parasit ini. Di sebagian besar daerah endemik malaria di Sub Sahara Afrika, termasuk Tanzania infeksi oleh parasit *P. Falciparum* mendominasi dalam banyak kasus malaria yang terjadi (Ministry of Health and Social Welfare, 2013).

Tidak banyak penelitian yang dilakukan di Tanzania untuk mengidentifikasi komposisi spesies yang bertanggung jawab atas penularan malaria karena hanya *P. Falciparum* yang mendominasi sebanyak 96%. Sejauh ini telah berkembang peralatan canggih untuk mengidentifikasi spesies parasit malaria yang menginfeksi pasien, yaitu *Malaria Rapid Diagnostic Test* (mRDT). Namun, di Tanzania peralatan ini tidak begitu populer karena banyak dari penularan yang terjadi didominasi oleh *P. Falciparum*. Tujuan dari identifikasi parasit menggunakan mRDT untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman distribusi spesies yang ada di masyarakat dan pertimbangan pemberian pengobatan yang sesuai pada spesies parasit yang menginfeksi. Meskipun, *P. Falciparum* adalah spesies utama di Tanzania, spesies lainnya dapat ditemui dengan distribusi yang berbeda. Penelitian di timur dan utara Tanzania menunjukkan bahwa muncul prevalensi *P. Malariae* 3,9% dan *P. Ovale* 8,3% yang banyak menginfeksi di wilayah Sub Sahara dan Asia. Dinamika parasit malaria berfluktuasi dari waktu ke waktu dan tergantung pada prevalensi *P. Falciparum* yang dominan (Ministry of Health and Social Welfare, 2013).

Sampai saat ini transmisi wabah malaria cukup merepotkan di Tanzania. Beberapa pengobatan malaria yang coba digunakan di Tanzania mengalami kegagalan. Pengobatan menggunakan *Choloquine* (CQ) pada tahun 1980an hingga 2000 misalnya. Seiring dengan perkembangan penelitian untuk mencegah malaria CQ kemudian digantikan dengan *Sulphadoxine/pirimetamin* (SP). Bila CQ memiliki dampak komplikasi yang serius jika digunakan terus-menerus, SP sebagai pengobatan malaria tidak memiliki dampak komplikasi sama sekali. Setelah diperkenalkan kepada masyarakat, SP kemudian di sebar di banyak

distrik di Tanzania. Salah satu distrik yang mendapatkan pengobatan SP yaitu distrik Muheza. Akan tetapi setelah SP disebarkan pada hari ke 7 terjadi resistensi parasit terhadap pengobatan SP. Resistensi tersebut muncul setelah SP disebarkan sebanyak 50%. Dengan adanya resistensi terhadap SP, wabah malaria tetap tidak berkurang. Hal ini terjadi di hampir seluruh distrik yang ada di Tanzania. SP sebagai pengobatan parasit malaria dianggap tidak efektif dan gagal untuk mengendalikan parasit malaria. Hingga pada 2007, pemerintah Tanzania melalui Kementerian Kesehatan membuat kebijakan baru dalam hal pengobatan parasit malaria. Berdasarkan temuan penelitian pada 2006 menunjukkan tingkat keberhasilan tinggi dari *Artemisinin-based Combination Therapy* (ACT). Pengobatan ini kemudian mulai dioperasikan di masyarakat pada bulan Januari tahun 2007 (Ministry of Health and Social Welfare, 2013).

Vektor malaria utama di sebagian besar wilayah daratan Tanzania adalah nyamuk kompleks *Anopheles Gambiae*. *Anopheles Gambiae* yang terdiri dari *A. Gambiae sensu stricto* (tinggal di dalam rumah), *anthropophilic* (makan darah manusia), *A. Arabiensis* lebih *eksophilic* (tinggal diluar rumah) dan *zoophilic* (makan darah hewan). Pola hidup dari beberapa kompleks *A. Gambiae* ini dapat beragam dan bergantung pada pengaruh kondisi geografis, pola makan, dan tempat tinggalnya. Karena kebiasaan jenis *A. Arabiensis* makan darah hewan dan tinggal diluar pemukiman masyarakat menyebabkan nyamuk jenis ini sulit untuk dikendalikan menggunakan kontrol *indoor residual spraying* (IRS) dan *Long Lasting Insecticide-Treated Nets* (Kelambu Insektisida). Hampir seluruh kompleks *A. Gambiae* akan memilih untuk berkembang biak dan menempatkan telurnya diperairan bersih dibawah kondisi matahari yang terang. *A. Gambiae* hidup pada lingkungan yang basah dan lembab. Sedangkan *A. Arabiensis* memiliki kemampuan untuk beradaptasi pada habitat alami maupun buatan yang sangat beragam, misalnya genangan air, irigasi, rawa, parit, sumur dan wadah-wadah yang ada airnya (Ministry of Health and Social Welfare, 2013).

Vektor malaria terbesar kedua di Tanzania adalah *A. Funestus*, memiliki sifat *anthropophilic* dan *endophilic*. Spesies ini suka berkembang biak di perairan

tenang dengan vegetasi didalamnya. Dalam penggunaan IRS dan kelambu insektisida di masyarakat pada spesies ini sangat berhasil. *A. Funestus* adalah spesies yang dapat hidup secara efisien dan dapat menjaga transmisi malaria tanpa adanya *A. Gambiae* kompleks. Data yang dilaporkan menunjukkan bahwa *A. Funestus* ditemukan diseluruh daratan Tanzania. Sedangkan, vektor malaria lain yang ada di Tanzania dengan jumlah transmisi malaria kecil seperti *A. Ziemanni*, *A. Rivulorum*, *A. Rufipes*, *A. Coustani* dan *Squamosus* melengkapi persebaran parasit malaria di Tanzania (Ministry of Health and Social Welfare, 2013).

Perubahan baru dalam dinamika vektor malaria di Tanzania, *A. Gambiae* dianggap tetap sebagai vektor utama dalam penyebaran penyakit malaria di masyarakat. *A. Gambiae* dominan karena ketergantungannya pada darah manusia dan cenderung mengigit manusia saat berada di dalam rumah. Namun, bukti terakhir dilapangan menunjukan bahwa kepadatan populasi vektor dan kontribusi pada penyebaran parasit plasmodium mengalami penurunan, di beberapa negara bagian (misalnya : Lower Moshi, Ulangu, dan Kilombero) sudah jarang terdeteksi. Populasi nyamuk *Anopheles* yang berkurang diketahui akibat tindakan pencegahan dengan menggunakan IRS dan Kelambu insektisida, namun ada di wilayah seperti distrik Muleba di Kawasan Danau, dimana populasi vektor resisten terhadap IRS skala besar dan juga di Dar Es Salaam, dimana spesies ini masih terlihat meski terjadi pengurangan vektor sedikit. Di wilayah Tanga bagian timur, Pwani dan Morogoro, spesies vektor yang dominan ialah *A. Arabiensis* terlepas dari kebiasaannya yang hidup diluar rumah dan makan darah hewan. Akan tetapi ternyata *A. Arabiensis* juga menjadikan darah manusia sebagai sumber makanan selain darah hewan. Hal ini menjadi tantangan yang serius bagi pemerintah untuk melakukan pengendalian secara luas terhadap malaria di Tanzania (Ministry of Health and Social Welfare, 2013).

Resistensi vektor nyamuk *Anopheles* terhadap alat-alat pengendali vektor telah terjadi sejak lama. Penelitian pertama terkait resistensi vektor malaria dilakukan pada *Pare-Tveta Malaria Scheme* (1954-1959). Resistensi vektor malaria pada saat itu ialah resisten terhadap *Dieldrien Scheme* (semacam

insektisida). Peneliti mengamati adanya signifikansi dari penyemprotan yang telah dilakukan di beberapa daerah dibandingkan dengan daerah yang tidak dilakukan penyemprotan (Ministry of Health and Social Welfare, 2013).

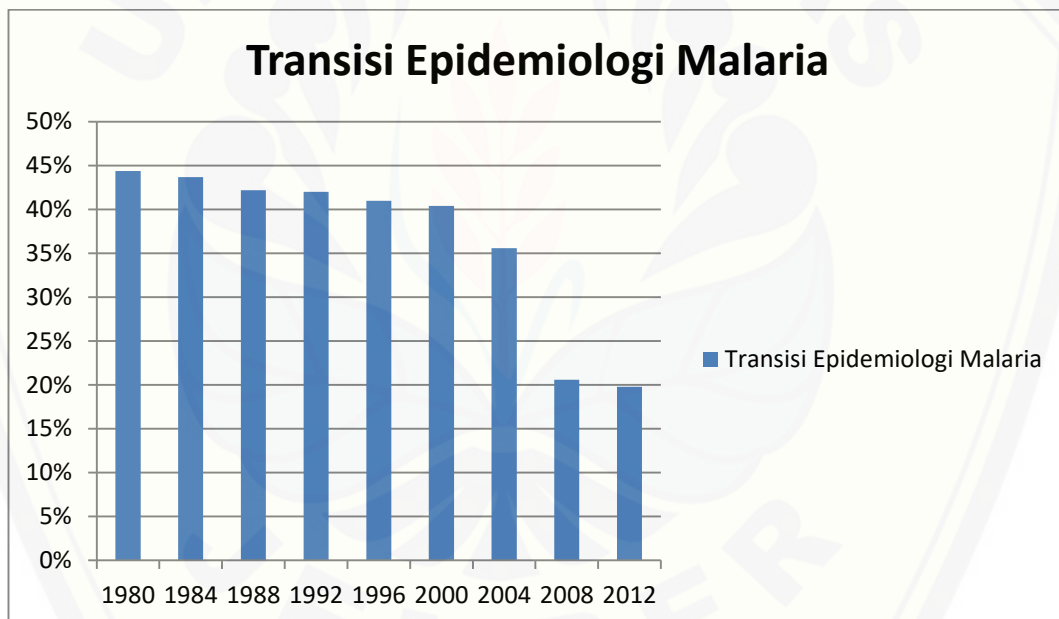
National Institute Malaria Research (NIMR) dan *Pan African Malaria Vector Research Consortium* (PAMVEREC) pada tahun 2011, melaporkan resistensi vektor malaria terhadap *piretroid* pada nyamuk *Anopheles* di Distrik Muleba. Kemudian menyusul distrik lain juga terjadi resistensi misalnya distrik Tanga, Moshi, Dar Es Salaam dan Dodoma. Sampai pada tahun 2011 belum ada faktor yang teridentifikasi menjadi sebab dari munculnya resistensi vektor malaria. Namun, ada dugaan kuat bahwa resistensi muncul akibat dari penggunaan kelambu insektisida yang diresapi *piretroid* (ITN/LLIN) dan IRS sebagai upaya pencegahan persebaran vektor malaria. Beberapa hal tersebut ditengarai sebagai sebab utama munculnya resistensi (Ministry of Health and Social Welfare, 2013).

Menurut WHO pada tahun 2012, strategi *Insecticide Resistance Management* (IRM) harus digunakan secara bijaksana dalam program pengendalian vektor malaria. Penggunaan IRM dalam pengendalian vektor malaria sangatlah penting. Penggunaan IRS dan LLIN yang merupakan kombinasi pengendalian vektor malaria yang sama-sama menggunakan insektisida untuk mengendalikan vektor malaria. Dalam penerapannya, strategi manajemen resistensi vektor malaria menggunakan pengelolaan vektor terpadu yang luas di masyarakat ini merupakan strategi yang akan berdampak pada populasi vektor yang ada dan selanjutnya. Kemudian dapat menekan munculnya resistensi dengan menghilangkan atau membunuh vektor yang resisten terhadap insektisida (Ministry of Health and Social Welfare, 2013).

3.2.2 Transisi Epidemi Malaria

Telah terjadi penurunan prevalensi selama beberapa dekade terakhir. Survei yang dilakukan *Tanzania HIV/AIDS and Malaria Indicator Survey* (THMIS) secara berkala pada tahun 2008 dan tahun 2012. Hasil survei yang

dilakukan menunjukkan bahwa prevalensi malaria pada anak usia 6-59 bulan terbagi dua (18,1 sampai 9,5) antara tahun 2008 hingga 2012. Analisis temporal terhadap prevalensi malaria yang ada dimulai tahun 1980 hingga 2012 menunjukkan bahwa sejak tahun 2000 terdapat tanda-tanda prevalensi mengalami penurunan. Di negara Tanzania, antara tahun 2000 hingga 2010, telah terjadi penurunan prevalensi parasit yang disesuaikan dengan jumlah populasi rata-rata sebesar 50% pada anak-anak usia 2-10 tahun. Meskipun demikian data yang dihasilkan dalam survei ini berdasarkan lokasi tata ruang dan waktu yang berbeda jadi tidak kuat jika dijadikan rujukan utama. Namun, ada konsensus umum daripada institusi-institusi yang terlibat bahwa Tanzania saat ini berada dalam transisi epidemiologi malaria (lihat gambar 3.3)



Gambar 3.4 Transisi Epidemiologi Malaria tahun 1980-2012
(National Malaria Control Programme, 2013)

Proporsi populasi Tanzania yang tinggal di daerah transmisi intens menurun dari 11,6 % menjadi hanya 2,3% pada tahun 2010. Sementara 30% populasi Tanzania yang tinggal di daerah yang penularannya dianggap sebagai *hypo-endemic* pada tahun 2000, pada tahun 2010 hampir 60% populasi Tanzania hidup dalam kondisi sebagai berikut (lihat gambar 3.4) penurunan intensitas transmisi malaria secara dramatis belum terjadi dan daerah yang belum

mengalami transisi epidemiologi terletak di bagian selatan dan bagian daerah barat laut Tanzania (Ministry of Health and Social Welfare, 2013).

3.2.3 Dinamika Epidemiologi Malaria dan Resiko Terhadap Populasi

Tanzania berada di urutan ketiga sebagai populasi terbesar yang beresiko tinggi malaria di benua Afrika setelah Nigeria dan Republik Demokratik Kongo. Kondisi iklim yang ada sangat mempengaruhi transmisi di hampir seluruh negara, dengan hampir 95% penduduk daratan Tanzania beresiko tinggi terinfeksi malaria. Sekitar seperempat populasi Tanzania hidup dalam transmisi malaria yang tidak stabil dengan prevalensi malaria dibawah 1% lebih rendah. Selain itu sekitar 59% populasi tinggal di daerah endemis malaria (*hypoendemik*), sedangkan 41% sisanya tinggal di daerah meso, holo dan hiper endemik (Ministry of Health and Social Welfare, 2013).

3.3 Pencegahan dan Pengobatan Penyakit Malaria

Malaria adalah penyakit yang dapat dicegah dan diobati. Tujuan utama pencegahan malaria adalah untuk memastikan manusia tidak terinfeksi oleh parasit *plasmodium* yang dibawa oleh vektor malaria yaitu nyamuk *anopheles* betina. Selain itu, tujuan lainnya ialah untuk mematikan dan menghilangkan transmisi di suatu wilayah sehingga masyarakat yang tinggal di dalam pemukiman tersebut dapat terhindar dari ancaman penyakit malaria.

Dalam hal pengobatan yang dilakukan bertujuan untuk memastikan manusia yang telah terinfeksi malaria dapat sembuh secara penuh, yaitu dengan penghapusan penuh parasit *plasmodium* dari tubuh manusia. Kemudian untuk mencegah perkembangan malaria yang semakin parah sehingga menyebabkan banyak kematian dan pula untuk mengurangi infeksi terhadap orang lain yang belum terinfeksi malaria. Dengan mengurangi jumlah kasus tentunya perkembangan transmisi malaria dapat terus berkurang hingga transmisi tersebut dapat dihilangkan dari lingkungan hidup masyarakat (World Health Organization, 2018).

3.3.1 Pencegahan Penyakit Malaria

A. Kelambu Insektisida (*Inseciticide-Treated Nets dan Long Lasting Treated Nets*)

Inseciticide-Treated Nets (ITN) dan *Long Lasting Treated Nets* (LLIN) adalah salah satu alat pencegah terjadi infeksi malaria pada manusia. ITN/LLIN atau dikenal dengan nama lain kelambu menjadi salah satu alat yang efektif untuk mencegah terjadinya infeksi. Kelambu tersebut didalamnya terkandung insektisida. Insektisida yang diresapkan ke dalam jaring-jaring kelambu ialah *piretroid*. *Piretroid* memiliki efek residu untuk mengusir atau bahkan membunuh vektor malaria. Selain itu, kelambu insektisida memiliki fungsi yaitu sebagai penghalang vektor malaria untuk menggigit manusia. Karena banyak dari gigitan vektor terjadi pada malam hari utamanya ketika manusia sedang beristirahat maka penting sekali penggunaan kelambu insektisida (Keba Africa, 2012). Sejak ditemukannya kelambu insektisida, negara-negara yang memiliki masalah malaria di negaranya gencar melakukan promosi kepada masyarakatnya masing-masing untuk menggunakan kelambu insektisida. Penggunaan kelambu insektisida selama ini di banyak negara, banyak yang berhasil terbukti dengan berkurangnya terjadinya jumlah kasus dan kematian akibat malaria pada ibu hamil dan anak-anak (Health Poverty Action, 2017). Kebijakan untuk menggunakan kelambu insektisida diadopsi oleh Kementerian Kesehatan Tanzania sejak tahun 2008 (World Health Organization, 2016).

B. *Indoor Residual Spraying*

Indoor Residual Spraying (IRS) adalah pencegahan malaria dengan cara melakukan penyemprotan di dalam rumah. Penyemprotan IRS merupakan langkah intervensi untuk mengendalikan vektor malaria. Selama beberapa bulan, insektisida yang telah disemprotkan akan membunuh nyamuk atau serangga lainnya jika bersentuhan dengan permukaan yang telah disemproti insektisida. Biasanya vektor malaria yang berada didalam rumah menempel di dinding. Manfaat lain dari penggunaan IRS ialah mencegah terjadinya transmisi infeksi ke orang lain. Agar efektif, IRS harus diterapkan pada proporsi rumah tangga

sebanyak 80% wilayah mendapatkan penyemprotan insektisida pada suatu daerah/lingkungan masyarakat (Center for Disease Control and Prevention, 2009). Kebijakan penggunaan IRS oleh Kementerian Kesehatan Tanzania telah dimulai sejak tahun 2006 (World Health Organization, 2016).

C. *Pengendalian Jentik Nyamuk (Larva Control)*

Larva Control atau pengendalian jentik nyamuk adalah pengendalian terhadap larva nyamuk *Anopheles*. Tujuan dari pengendalian jentik ialah untuk mengurangi jumlah jentik nyamuk dan pupa. Bila digunakan dengan tepat, pengendalian jentik dapat berkontribusi untuk mengurangi jumlah transmisi nyamuk di dalam dan luar rumah. Pada program eliminasi malaria yang dilakukan banyak negara, pengendalian jentik menjadi salah satu cara yang efektif untuk mengurangi populasi vektor malaria di wilayah dengan transmisi malaria tinggi (World Health Organization, 2013). Kebijakan untuk melakukan pengendalian jentik vektor malaria telah diadopsi di Tanzania sejak tahun 2012 (World Health Organization, 2016).

D. *Intermittent Preventive Treatment*

Intermittent Preventive Treatment (IPT) adalah bentuk pencegahan terhadap infeksi malaria melalui penggunaan obatan-obatan kepada ibu hamil. Kebanyakan IPT diberikan pada ibu hamil yang tinggal didaerah dengan transmisi malaria yang tinggi. Sebagai populasi yang paling rentan untuk terserang malaria, ibu hamil akan mengalami penurunan kekebalan tubuh karena terjadinya perubahan sistem kekebalan tubuh selama proses kehamilan dan adanya organ baru berupa plasenta yang rentan untuk terinfeksi parasit *plasmodium*. Infeksi malaria selama kehamilan dapat berakibat buruk pada ibu beserta janin, termasuk anemia pada ibu, keguguran, bayi prematur, pertumbuhan *intrauterine*, kelahiran bayi dengan berat lahir rendah (<2500 g atau <5,5 pon) dan resiko kematian bagi ibu dan janin (Center for Disease Control and Prevention, 2015).

Malaria merupakan bentuk ancaman serius bagi ibu hamil selama kehamilan dan juga ibu yang positif HIV. IPT mewajibkan ibu hamil untuk

melakukan konsumsi obatan-obatan selama masa kehamilan hingga persalinan. Biasanya IPT diberikan mulai bulan ke 16 secara kuratif. Obat-obatan yang digunakan ialah *sulfadoksin-primetamin*, obat antimalaria yang efektif digunakan ibu hamil. Secara berkala bidan wilayah akan melakukan kunjungan rutin untuk memberikan dan mengecek kondisi kehamilan untuk mencegah adanya infeksi malaria sejak dini. Kemudian akan diberikan asam folat dengan dosis 0,4 mg – 5 mg kepada ibu hamil untuk menstabilkan keadaan tubuh setelah diberikan *sulfadoksin-primetamin*. Cara ini juga telah terbukti efektif untuk mengurangi jumlah kasus dan kematian yang terjadi pada ibu hamil dan janin (World Health Organization, 2018). Melalui Kementerian Kesehatannya Tanzania telah menerapkan kebijakan penggunaan IPT kepada ibu hamil untuk mencegah infeksi malaria sejak tahun 2001 (World Health Organization, 2016).

3.3.2 Pengobatan Penyakit Malaria

A. Terapi Kombinasi Artemisinin (*Artemisinin-based Combination Therapy*)

Artemisinin-based Combination Therapy (ACT) adalah pengobatan yang menggabungkan terapi dan konsumsi obat pada pasien malaria. Dalam beberapa tahun terakhir, ACT telah direkomendasikan oleh WHO secara substantial. Pada akhir 2016, ACT telah diadopsi sebanyak 80 negara. WHO memperkirakan sebanyak 409 juta kursus pengobatan menggunakan ACT ini telah berjalan di negara-negara pada tahun 2016, jumlah tersebut meningkat dari tahun 2015 yang berjumlah 311 juta (World Health Organization, 2018).

Di dalam proses pengobatan menggunakan ACT, pasien akan mendapatkan terapi berupa senyawa artemisinin yang bekerja cepat didalam tubuh dan dibantu dengan obat-obatan pendamping seperti, *sulfadoxine/pyrimethamine*, *piperaquine*, *lumefantrine*, *mefloquine*, *amodiaquine* dan *chlorproguanil/dapsone*. Selain itu, senyawa artemisinin juga mempunyai turunan dengan fungsi kerja yang sama, yaitu *dihydroartemisinin*, *artesunate* dan *artemether*. Manfaat dari ACT adalah kemanjurannya yang tinggi mengatasi malaria dan memperkecil terjadinya resistensi (Malaria Consortium, 2017). Penggunaan ACT telah diadopsi

sejak tahun 2006 dan dalam kampanye anti malarianya Tanzania melalui Kementerian Kesehatan dengan memberikan akses kepada masyarakat untuk mengakses ACT tanpa dipungut biaya (World Health Organization, 2016).

B. Tes Diagnosis Cepat Malaria (*Malaria Rapid Diagnostic Test*)

Malaria Rapid Diagnostic Test (mRDT/RDT) adalah alat yang digunakan untuk melakukan diagnosa kepada pasien yang diduga memiliki malaria yang terlihat dari gejalanya. RDT akan mengkonfirmasi diagnosis parasitologis dengan mikroskopi atau uji klinik untuk melihat parasit mana yang menginfeksi pasien. RDT memiliki keunggulan untuk dapat melakukan deteksi dengan akses yang terbatas didaerah terpencil. Setelah parasit yang menginfeksi pasien teridentifikasi kemudian akan dilakukan pengobatan menggunakan ACT. Namun, jika pasien tidak mendapatkan akses terhadap RDT maka dapat langsung mendapatkan perawatan untuk menyembuhkan dan mencegah komplikasi yang lebih parah pada pasien (World Health Organization, 2016). Tanzania mulai menggunakan RDT dimulai pada tahun 2004 (World Health Organization, 2016).

3.4 Aktor-Aktor Sekuritisasi Penyakit Malaria

3.4.1 Organisasi Internasional

A. *World Health Organization*

World Health Organization (WHO) adalah badan khusus dari Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB). WHO didirikan pada tahun 1948 untuk meneruskan kerjasama internasional dalam hal perbaikan kondisi kesehatan masyarakat internasional. WHO memiliki kantor pusat administrasi di Jenewa, Swiss. Sistem tata kelola WHO beroperasi melalui adanya Majelis Kesehatan Dunia, yang bertemu setiap tahun sebagai badan yang yang membuat kebijakan umum. Sedangkan Dewan Eksekutif spesialis kesehatan akan dipilih setiap tiga tahun oleh majelis. WHO dipimpin oleh seorang Direktur Jendral dibantu dengan Wakil Direktur Jendral yang ditunjuk oleh Dewan Eksekutif dan Majelis. Dalam melakukan operasinya, WHO memperkerjakan mulai dari para ahli, staf, dan

pekerja lapangan yang telah terikat kontrak dengan kantor pusat maupun dengan kantor regional yang berjumlah enam di seluruh dunia (The Editors of Encyclopaedia Britannica, 2017).

Dimata masyarakat internasional WHO dikenal sebagai organisasi internasional yang melakukan promosi terkait langkah-langkah untuk mengendalikan penyakit endemik dan juga wabah penyakit di dunia. Dalam promosinya, WHO melakukan promosi kampanye massal juga menyelenggarakan program-program vaksinasi nasional, instruksi penggunaan antibiotik dan insektisida, peningkatan fasilitas laboratorium dan klinis untuk diagnosis dan pencegahan dini, bantuan penyediaan air bersih, dan pembuatan sistem sanitasi, dan pendidikan kesehatan bagi orang-orang yang berada didaerah terpencil. Kampanye ini dilakukan untuk melawan HIV/AIDS, TBC, malaria dan berbagai penyakit lainnya (The Editors of Encyclopaedia Britannica, 2017).

Dalam upaya penanggulangan epidemi malaria di Tanzania, WHO telah mengambil perannya sejak tahun 1955. Pada masa tersebut WHO membuat sebuah kampanye untuk penanggulangan malaria yang diberi nama *Global Malaria Eradication Programme* (GMEP). GMEP merupakan upaya pertama yang dilakukan oleh WHO untuk menanggulangi malaria di seluruh dunia dan Tanzania menjadi salah satu negara yang menerima kampanye ini. Kemudian pada tahun 1998, WHO meluncurkan program lain yaitu *Roll Back Malaria* (RBM). RBM adalah sebuah kemitraan yang terdiri dari organisasi internasional, multilateral, bilateral, NGO untuk bersama-sama menanggulangi wabah malaria. Tanzania bersama 53 negara lain di benua Afrika bergabung dalam program tersebut. Secara resmi RBM di ratifikasi dan diresmikan di benua Afrika pada tahun 2000 pada *Abuja Declaration Summit*, Nigeria.

Selain itu, WHO juga memiliki peran penting dalam operasional penanggulangan malaria di Tanzania hingga saat ini. WHO berperan dalam hal pendampingan terhadap tenaga medis dilapangan, pendanaan, pelatihan kepada tenaga medis juga distribusi alat-alat kesehatan dan obatan-obatan dan yang

paling penting ialah perancangan strategi-strategi atau program yang dibuat oleh WHO yang direkomendasikan kepada Kementerian Kesehatan Tanzania untuk menanggulangi malaria di negaranya. WHO sebagai lembaga tertinggi yang menanggulangi masalah kesehatan masyarakat, setiap tahunnya mengeluarkan laporan terkait perkembangan kondisi malaria di negara-negara dunia. Nama laporan tersebut adalah *World Malaria Report*. Laporan tersebut sangat berguna bagi negara-negara untuk mengetahui perkembangan kondisi malaria yang ada di negaranya.

B. *The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*

The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria atau yang lebih sering disebut *Global Fund*. Merupakan organisasi yang melakukan mekanisme pembiayaan inovatif dengan mengucurkan dana dari global untuk membiayai program-program untuk mengurangi dampak HIV/AIDS, TBC dan malaria. Pendanaan ini diberikan kepada negara-negara berpenghasilan rendah. *Global Fund* disusun sebagai sebuah kemitraan antara negara maju, negara berkembang, sektor swasta, masyarakat sipil, dan masyarakat yang terkena dampak penyakit (Schocken, 2017).

Berbeda dengan organisasi *funding* lainnya, *Global Fund* telah mengadopsi sebuah model yang menyediakan dana bagi pemerintah negara dan para pemangku kepentingan dalam negeri suatu negara hanya berdasarkan usulan dan perencanaan yang dirancang oleh negara itu sendiri. *Global Fund* menyediakan dana sebesar 20% untuk penyakit HIV/AIDS dan 60% untuk TB dan malaria. Sebagai hasil dari pendekatan yang berbeda ini dan kemampuannya untuk mengumpulkan dana, *Global Fund* telah menjadi salah satu mekanisme bantuan yang paling signifikan saat ini (Schocken, 2017).

Di tahun berdirinya, yaitu 2002 *Global Fund* menjadikan Tanzania sebagai salah satu negara tujuan utama penerima dana global untuk menanggulangi penyakit. Sejak saat itu, *Global Fund* secara periodik memberikan bantuan dana global kepada Tanzania setiap tahunnya. Kerjasama ini sangatlah berharga bagi

Tanzania sendiri. Didalam laporan *world malaria report*, dana yang bersumber dari *Global Fund* sangatlah melimpah dan hampir separuh dari dana yang digunakan untuk menanggulangi penyakit HIV/AIDS, TB dan malaria di Tanzania berasal dari *Global Fund* (World Health Organization, 2017).

C. *President Malaria Initiative*

President Malaria Initiative (PMI) adalah organisasi yang dibentuk oleh pemerintah Amerika Serikat yang dirancang untuk mengurangi kematian akibat malaria di negara-negara kawasan sub-sahara Afrika. Secara resmi PMI diluncurkan oleh AS pada tanggal 30 juni 2005. Untuk mengurangi kematian yang diakibatkan malaria, PMI membantu pemerintahan nasional memberikan intervensi yang terbukti dan efektif bagi 85% masyarakat, ibu hamil, anak (Kaiser Family Foundation, 2017).

Untuk menanggulangi terjadinya malaria, PMI melakukan intervensi kepada negara-negara mitranya. PMI melakukan empat intervensi, yaitu kelambu insektisida (ITN/LLIN), *Artemisinin-based combination therapies* (ACT), *Intermittent preventive treatment for pregnant women* (IPT), dan *Indoor residual spraying* (IRS) pada daerah dengan transmisi tinggi malaria. Selain itu, untuk membantu empat intervensinya PMI juga berfokus pada penguatan infrastruktur (logistik, manajemen, komunikasi, dan pelatihan), menyediakan komoditas (termasuk obat antimalaria, tes diagnostik mRDT, ITN dan IRS), dan yang terakhir melakukan pembinaan terhadap partisipasi sektor swasta dalam menanggulangi malaria, melakukan pemantauan dan evaluasi untuk menunjukkan hasil keluaran PMI dan memastikan intervensi dapat dilakukan secara efektif (Center for Disease Control and Prevention, 2015).

Pada bulan juni 2005, Tanzania yang terbagi menjadi dua wilayah *Mainland* dan Zanzibar terpilih sebagai salah satu dari tiga negara fokus pertama PMI. Tanzania merupakan negara dengan stabilitas dan memiliki tingkat pertumbuhan ekonomi salah satu yang terbaik di kawasan Afrika pada saat itu. Akan tetapi, bencana malaria di Tanzania sangat mengkhawatirkan dengan jumlah

kasus dan kematian yang menjadi salah satu tinggi pada saat itu. Dan sejak tahun 2005 hingga saat ini PMI telah menjadi aktor penting dalam penanggulangan malaria di Tanzania, dari pendanaan hingga penyediaan logistik dan peralatan serta membantu implementasi di lapangan (President's Malaria Initiative, 2017).

3.4.3 Organisasi Non Pemerintahan

A. *Ifakara Health Institute*

Ifakara Health Institute (IHI) adalah organisasi riset terkemuka di Afrika dengan *track record* yang baik dalam mengembangkan, menguji dan memvalidasi inovasi untuk kesehatan. IHI sendiri merupakan organisasi riset independen yang berpusat di negara Tanzania dan dipimpin oleh orang-orang Tanzania. IHI hingga saat ini telah berumur 50 tahun. IHI memiliki visi misi strategis utama yang berfokus pada penelitian, pelatihan, dan pelayanan. IHI melakukan berbagai riset penelitian yang terkait kesehatan, termasuk studi biomedis, lingkungan, uji coba obat-obatan, vaksin dan diagnostik, riset terhadap sistem kesehatan, dan pemantauan serta evaluasi. Sebanyak 80% dari jumlah total dana operasional IHI didapatkan melalui dana hibah penelitian dan ditambah dengan dana yang diberikan oleh pemerintah Tanzania, Swiss, Inggris, Irlandia dan Norwegia. IHI berkantor pusat di kota Ifakara dan memiliki tiga kantor cabang di Dar es Salaam, Bagamoyo dan Rufiji (Ifakara Health Institute, 2016).

B. *Center for Disease and Control*

Center for Disease and Control (CDC) merupakan lembaga yang memiliki tujuan utama untuk melindungi kesehatan dan keselamatan masyarakat melalui pengendalian dan pencegahan penyakit. CDC berdiri pada tahun 1946 setelah perang dunia ke dua usai. CDC memulai kerjasama dengan pemerintahan Tanzania melalui lebih dari 60 perjanjian yang dibuat sejak tahun 2001. CDC berfokus pada penanganan dan pencegahan penyakit HIV/AIDS, malaria dan ancaman kesehatan lainnya dengan memberikan bantuan berupa teknis dan keuangan untuk mendukung pelayanan kesehatan, memperkuat sistem kesehatan dan infrastruktur, dan mengembangkan dan menyediakan informasi strategis.

CDC bersama PMI merupakan bagian dari *US Agency for International Development* (USAID), keduanya mengirimkan utusan khusus untuk menjadi penasihat di negara sasaran. Misalnya di Tanzania utusan khusus tersebut menjadi penasihat dan pendukung upaya yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan Tanzania. Bentuk upaya yang dilakukan seperti, menerapkan intervensi pencegahan dan pengendalian malaria, termasuk pengendalian vektor, menyediakan ITN/LLIN, IRS, mencegah infeksi pada ibu hamil, memperbaiki diagnosa, manajemen kasus, memantau dan mengevaluasi kegiatan yang berhubungan dengan malaria (The Center for Disease Control and Prevention, 2017).

C. The Population Services International

The Population Services International (PSI) adalah organisasi nirlaba global yang berfokus pada dorongan perilaku sehat dan keterjangkauan produk-produk kesehatan. PSI memiliki misi yaitu untuk mempermudah orang-orang di negara berkembang dalam menjalani hidup yang lebih sehat dan membuat keluarga berencana seperti yang mereka inginkan. PSI didirikan pada tahun 1970 untuk meningkatkan kesehatan reproduksi menggunakan strategi pemasaran komersial dan telah berkembang untuk bekerja di lebih dari 50 negara di bidang malaria, keluarga berencana, HIV, diare, pneumonia dan sanitasi. PSI berkantor pusat di Washington DC. PSI memiliki prinsip bahwa layanan dan produk kesehatan akan bekerja efektif bila disertai dengan upaya komunikasi dan distribusi yang kuat dan diterima secara luas dan digunakan dengan tepat. PSI bekerja dalam bentuk kemitraan dengan kementerian kesehatan, pemerintah daerah dan organisasi lokal untuk menciptakan solusi kesehatan yang dibangun untuk berfungsi dalam jangka waktu lama (The Population Services International, 2016)

PSI di Tanzania didedikasikan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat Tanzania dengan menyediakan informasi, produk dan layanan sebagai penanganan dan mengatasi masalah kesehatan yang mengancam kelangsung hidup masyarakat. PSI menjalankan usahanya untuk mempermudah masyarakat

Tanzania untuk keluarga berencana, memiliki kehamilan dan persalinan yang aman dan melindungi diri dan keluarga dari penyakit malaria, diare, HIV/AIDS dan penyakit yang ditularkan melalui air (The Population Services International , 2016).

PSI menggunakan praktik bisnis seperti waralaba yang keuntungannya ialah jika angka kematian menurun. PSI menjalin kemitraan dengan Kementerian Kesehatan Tanzania dan berbagai organisasi lokal maupun internasional untuk bersama menciptakan solusi kesehatan yang dibangun dalam jangka waktu lama. PSI di Tanzania didirikan tahun 1993 dan hingga hari ini PSI di Tanzania telah mempekerjakan lebih dari 250 staf di 15 kantor regional (The Population Services International , 2016).

D. The Cristian Sosial Services Commissions

The Cristian Sosial Services Commissions atau CSSC adalah organisasi keagamaan yang fokus kepada kegiatan sosial untuk mendukung pengiriman layanan sosial dan peningkatan kualitas hidup masyarakat dan mengurangi kemiskinan. CSSC bertujuan untuk berkontribusi pada pembangunan fisik, mental, sosial dan spiritual rakyat Tanzania melalui fasilitasi dan penyediaan layanan sosial yang berkualitas terutama kesehatan dan pendidikan tanpa memandang warna, ras dan keyakinan. Kemudian juga untuk mendorong promosi peningkatan dan perluasan pendidikan, kesehatan dan layanan lainnya diseluruh Tanzania. dan juga untuk meningkatkan kualitas, aksesibilitas dan ketersediaan layanan kesehatan dan pendidikan di Tanzania melalui kemitraan dan pengembangan kelembagaan, peningkatan kapasitas, serta lobi dan advokasi. Bersama dengan mitra pemerintah lain, CSSC melakukan kegiatan sosialnya dengan berkoordinasi pelaksanaan berbagai proyek kesehatan dan pendidikan seperti program HIV/AIDS dan tuberkulosis (melalui dana Global Fund), program komunitas malaria, program bayar kinerja dan konstruksi dan program rehabilitasi sekolah dan fasilitas kesehatan (Berkley Center, 2018).

Sebagai organisasi keagamaan yang bergerak pada bidang sosial kemasyarakatan CSSC melaksanakan tugas dan fungsi sebagai berikut, berpartisipasi secara efektif dalam perumusan/peninjauan kerangka kerja hukum nasional, gereja dan strategi untuk meningkatkan aksesibilitas dan kualitas layanan pendidikan dan kesehatan. Melakukan pemantauan implementasi terhadap kerangka kerja organisasi. Mengurus, mengelola dan memantau penggunaan keuangan melalui komisi untuk mendukung kegiatan CSSC. Meningkatkan perencanaan, pembiayaan dan koordinasi. Perluasan dan kualitas layanan sosial di sektor kesehatan dan pendidikan. Memberikan layanan teknis di bidang pendidikan dan kesehatan. Memberikan dukungan penting kepada institusi yang menyediakan layanan kesehatan dan pendidikan (Christian Social Services Commission , 2016).

Dalam penanggulangan malaria di Tanzania, CSSC secara aktif membantu aktor-aktor lain untuk menjalankan program penanggulangan. CSSC juga mengambil bagian dalam sosialisasi pada masyarakat secara luas melalui koneksi yang terjalin dari gereja-gereja yang ada di Tanzania. seperti program komunitas malaria yang dibuat oleh CSSC memiliki implikasi yang baik dalam perkembangan penanggulangan malaria di Tanzania.

3.4.4 Pemerintah Nasional

A. Kementerian Kesehatan, Pembangunan Masyarakat, Gender, Lansia dan Anak-Anak Tanzania (MoHCDGEC)

MoHCDGEC atau Kementerian, Pembangunan Masyarakat, Gender, Lansia dan Anak-Anak Tanzania merupakan nama baru bagi Kementerian Kesehatan Tanzania. Jauh sebelumnya nama Kementerian Kesehatan Tanzania bernama pada tahun 1990 adalah *Ministry of Community Development, Women Affairs and Children* (MCDWAC). MCDWAC diberikan tugas oleh presiden untuk berkontribusi dalam pengembangan masyarakat, wanita dan anak-anak dengan mendirikan empat departemen fungsional inti, yaitu perempuan dan anak-

anak, pelatihan dan audio visual, teknis dan bantuan mandiri dan HESAWA⁸. Kemudian pada tahun 2002 mengalami perubahan nama lagi menjadi *Ministry Community Development, Gender and Children* dan berubah lagi pada tahun 2016 melalui keputusan presiden yang baru terpilih menetapkan Kementerian Kesehatan bergabung dengan Kementerian Pembangunan, Gender dan Anak-Anak. Perubahan tersebut berdasarkan peraturan presiden No. 144 yang diresmikan pada tanggal 22 april 2016 dengan nama *Ministry of Health, Community Development, Gender, Elderly and Children* (MoHCDEGEC, 2016).

Dalam hal penanggulangan malaria, Kementerian Kesehatan Tanzania telah melakukan tanggung jawabnya sejak negara ini merdeka. Malaria merupakan penyakit yang hingga sekarang mengancam kehidupan masyarakat. Untuk itu, Kementerian Kesehatan sebagai lembaga tertinggi negara yang bertindak dalam urusan kesehatan membentuk upaya-upaya untuk menanggulangi malaria. Jika sebelum tahun 1997, penanggulangan malaria hanya berfokus pada wilayah perkotaan saja dengan pertimbangan kepadatan penduduk dan belum dapat memberikan pelayanan hingga ke daerah-daerah pedesaan. Pada tahun 1997 secara kumulatif pemerintah Tanzania merasa malaria menjadi ancaman serius pada dekade tahun 90an karena jumlah kasus dan kematian yang sangat tinggi pada saat itu. Kemudian Kementerian Kesehatan meluncurkan sebuah strategi yang dinamakan *National Malaria Strategy* pada tahun 1997 untuk menanggulangi malaria di Tanzania. dalam strategi ini pemerintah Tanzania bekerjasama dengan AS dan WHO. Tanzania terpilih sebagai salah satu dari 20 negara yang dipilih oleh WHO untuk melakukan pengembangan strategi malaria nasional pada tahun 1997 sampai dengan 2000 yang disebut dengan *Malaria Accelerated Plan of Action* (Molteni, Mandike, & Mohammed, 2013).

Selanjutnya pada tahun, 2002 diluncurkan strategi lanjutan yaitu, *National Malaria Strategy 2002-2007*. Strategi yang kedua ini disusun berdasarkan analisis komprehensif yang dilakukan oleh WHO. Strategi ini berkembang pada era

⁸ HESAWA adalah singkatan dari Health Through Sanitation and Water Programme. Merupakan program dari kementerian kesehatan terkait manajemen sanitasi dan air di negara Tanzania.

komitmen internasional dan investasi dalam pengendalian malaria. Dimulai dari diselenggarakannya *KTT Abuja Summit* di Nigeria pada tahun 2000 dan Tanzania tergabung di dalam kesepakatan tersebut yang akhirnya membentuk kemitraan *Roll Back Malaria* pada tahun 2001 di 53 negara Sub Sahara dan Afrika. Selanjutnya pada tahun 2002 Global Fund menjalin kemitraan dengan negara Tanzania untuk menanggulangi malaria di negaranya. PMI juga ikut serta dalam penanggulangan malaria di Tanzania. Tanzania memulai kemitraannya dengan PMI dimulai pada tahun 2004 (Molteni, Mandike, & Mohammed, 2013).

Sejak diluncurkannya *National Malaria Strategy* kedua tahun 2002, Tanzania secara signifikan mendapatkan mitra-mitra untuk membantu menanggulangi malaria di negaranya. mulai dari kemitraan dengan *Roll Back Malaria*, *Global Fund* dan *PMI*. Kemudian pada tahun 2008 dan tahun 2014 diluncurkan lagi *National Malaria Strategy* oleh Kementerian Kesehatan Tanzania. Didalam proses penanggulangan malaria kementerian kesehatan Tanzania menjadi aktor utama, karena segala keputusan dalam hal penanggulangan malaria Tanzania berada di tangan lembaga ini. Dengan adanya pembuatan strategi baru disetiap lima tahun sekali sejak tahun 1997 hingga sekarang Kementerian Kesehatan telah membuat empat dokumen penting guna penanggulangan malaria dan didalamnya juga dilaporkan bagaimana capaian-capaian yang telah diraih oleh Kementerian Kesehatan dan mitra-mitra dalam hal penanggulangan malaria.

BAB 5 KESIMPULAN

Seiring dengan perkembangan dunia yang pesat, negara-negara kini telah mampu untuk berkomunikasi dan menjalin kerjasama dengan baik, salah satunya dalam menanggapi permasalahan bersama. Permasalahan yang kini dihadapi oleh negara-negara terbilang sangat kompleks dan rumit. Permasalahan bersama seperti penyebaran penyakit misalnya telah ada lama dan mengancam kelangsungan hidup manusia. Penyakit seperti, kolera, malaria, ebola, SARS, tifoid dan H1N1 merupakan beberapa penyakit yang mengancam populasi dengan penyebarannya yang luas.

Salah satu penyakit yang mengancam kelangsungan hidup manusia ialah malaria. Saat ini, ada sekitar 93 negara dunia yang memiliki permasalahan penyebaran penyakit malaria. Menurut laporan WHO pada *World Malaria Report* 2017, disebutkan bahwa telah terjadi kematian sebesar 445.000 di seluruh dunia dan Afrika menjadi penyumbang terbesar sebanyak 407.000.

Sebagai salah satu negara di Afrika, Tanzania juga memiliki permasalahan penyebaran penyakit malaria yang serius. Malaria di Tanzania telah ada sejak lama jauh sebelum negara ini merdeka. Malaria telah menyebabkan terjadinya banyak kematian di negara ini. Dalam laporan WHO 2017, terjadi kematian sebesar 5.046 dan kasus sebesar 6.880.000. Tanzania menyumbang sebanyak 5% dari jumlah kematian total dunia. Tanzania menempati urutan ke-enam dari 15 negara penyumbang utama kematian akibat malaria.

Untuk mengatasi ancaman tersebut pemerintah Tanzania membuat kerangka kerjasama multilateral dengan berbagai pihak yang peduli dengan permasalahan penyakit malaria yang ada di negaranya. kerjasama ini melibatkan banyak aktor-aktor internasional maupun domestik. Kerjasama ini sangat penting bagi Tanzania karena negara akan kesulitan jika harus melakukan penanggulangan

sendiri dengan keterbatasan biaya dan ketidakmampuan menjalankan upaya-upaya penanggulangan malaria.

Hasil analisis dalam kasus ini, penulis menemukan ada keterlibatan aktor selain negara yang membantu dalam proses sekuritisasi penyakit malaria di Tanzania. Dalam keterlibatan tersebut, para aktor sekuritisasi diidentifikasi membawa kepentingan-kepentingan tersendiri atau motivasi tertentu untuk bergabung dalam upaya sekuritisasi. Aktor-aktor tersebut sangat berperan penting dalam membantu mensukseskan program-program penanggulangan malaria. Sedangkan, negara Tanzania sendiri melalui Kementerian Kesehatan Tanzania sebagai *initiating actors* telah mampu melaksanakan tugasnya dengan cukup baik, misalnya melakukan kerjasama dengan berbagai mitra dari banyak sektor dan mengikuti konsensus-konsensus yang fokus terhadap penanggulangan malaria. Selain itu, negara juga membuat strategi nasional yang dikeluarkan setiap lima tahun sekali sebagai panduan penanggulangan penyakit malaria oleh para aktor sekuritisasi. Negara bersama aktor lainnya, *catalyzing actors* (WHO, Global Fund, dan PMI), dan *Implementing actor* (IHI, CDC, CSSC, PSI, Perusahaan swasta, media dan pekerja kesehatan) telah dengan baik menjalankan kampanye nasional dan program-program nasional penanggulangan malaria. Kampanye ini dinamakan dengan *National Control Malaria Programme* dan *NATNET's Programme*.

Dengan kampanye dan program-program yang dijalankan oleh para aktor sekuritisasi tersebut. Diketahui bahwa terdapat hasil yang cukup baik dari upaya sekuritisasi yang dilakukan oleh para aktor. Terjadi peningkatan kepemilikan ITN/LLIN (kelambu insektisida) dari total populasi yang ada. Kemudian terjadi penurunan prevalensi penyakit malaria di 21 negara bagian yang ada di Tanzania. Sedangkan di Zanzibar permasalahan penyakit malaria telah hampir selesai dengan hanya terjadi satu kematian saja sehingga wilayah ini digolongkan pada kategori eliminasi oleh WHO. Di sisi lain, wilayah daratan juga mengalami penurunan yang signifikan dari jumlah kasus hingga jumlah kematian. Ini merupakan hasil yang memuaskan dari upaya sekuritisasi penyakit malaria yang

dilakukan oleh para aktor sekuritisasi. Sehingga Penulis menyimpulkan bahwa sekuritisasi penyakit malaria di negara Republik Persatuan Tanzania berhasil dilakukan.

Dengan hasil sekuritisasi yang berhasil tersebut proses sekuritisasi penyakit malaria di Tanzania, diketahui bukan hanya sebatas dalam hal pengurangan jumlah kasus dan jumlah kematian saja. Lebih jauh lagi, hasil penelitian ini didapati bahwa upaya sekuritisasi yang dilakukan oleh para aktor sekuritisasi memuat kepentingan-kepentingan dari masing-masing aktor dan setiap aktor memiliki motivasi tertentu untuk bergabung dalam sekuritisasi penyakit malaria di Tanzania.

Berdasarkan hasil penelitian ini didapatkan bahwa konsep keamanan kesehatan berguna untuk membuat cara pandang baru dalam melihat suatu permasalahan kesehatan. Malaria awalnya hanya sebatas ancaman terhadap kelangsungan hidup manusia. Namun, dengan adanya konsep keamanan kesehatan yang telah berkembang, malaria dapat dilihat sebagai sebuah ancaman keamanan.

Sedangkan untuk penggunaan teori sekuritisasi model Ralf Emmers didapatkan bahwa teori ini dapat menjelaskan secara komprehensif kasus sekuritisasi penyakit malaria di Tanzania. Penulis menilai bahwa teori ini sangatlah sesuai dalam menjelaskan proses sekuritisasi dan tingkat keberhasilan sekuritisasi. Dalam hal ini proses sekuritisasi penyakit malaria di Tanzania dapat dijelaskan secara rinci dan tidak hanya fokus terhadap mekanisme *Speech act* saja melainkan lebih fokus terhadap upaya-upaya sekuritisasi yang dilakukan.

Selain itu, teori ini juga dapat digunakan untuk menjelaskan bagaimana tingkat keberhasilan suatu upaya sekuritisasi. Tingkat keberhasilan sekuritisasi penyakit malaria di Tanzania dianalisis dengan menggunakan dua kerangka teoritis Emmers, yaitu tingkatan sekuritisasi (outcome1) dan dampak terhadap ancaman (outcome2). Penulis menyimpulkan bahwa konsep keamanan kesehatan dan teori sekuritisasi model Emmers yang digunakan dalam penelitian ini

sangatlah sesuai untuk menjelaskan dan menganalisis kasus Sekuritisasi Penyakit Malaria di Negara Republik Persatuan Tanzania.



Daftar Pustaka**Buku :**

- Bailey, K. 2016. *Methods of Social Research*. Minnesota:Free Press.
- Buzan, B., O. Waever, dan J. d. Wilde. 1998. *Security : A New Framework for Analysis*. London: Lynne Rienner.
- Caballero-Anthony, M., dan R. Emmers. 2006. *Non Traditional Security in Asia : Dillema in Securitization*. Hampshire: Ashgate.
- Cecchine, G., dan M. Moore. 2006. *Addressing a New Paradigm : Infectious Disease and National Security*. RAND Corporation.
- Emmers, R. 2004. *Non-Traditional Security in The Asia Pasifik : The Dynamics of Securitisation* . Singapore: Eastern Universities Press.
- Huang, Y. 2014. *Pandemic and Security*. New York: Routledge.
- Klotz, A., dan D. Prakash. 2008. *Qualitative Methods in International Relations*. Hampshire: Palgrave Macmillan.
- McInnes, C. 2014. *The Many Meanings of Health Security*. New York: Routledge.
- McNeil, H. W. 1976. *Plague and People*. New York: Doubleday.
- Menteath, S. S. 2015. *The Securitisation of Health and United Nations Security Council*. Auckland: School of Social Sciences.
- Ramiah, I. 2006. *Securitizing the AIDS Issue in Asia*. Hampshire: Ashgate.
- Spencer, L., J. Ritchie, J. Lewis, dan L. Dillon. 2003. *Quality in Qualitative Evaluation: A Framework for Assessing Research Evidence*. Great Britain: National Centre for Social Research.
- Webb, J. L. 2009. *Humanity's Burden : A Global History of Malaria*. Cambridge University Press.
- Williams, P. D. 2012. *Security Studies : An Introduction* . New York: Routledge.

Laporan :

- Kimbita, H. G. 2008. *Malaria and Malaria Control in. African and European Coalitions Againts Malaria*. Paris: Tanzania Parliamentarians Against Malaria.

- Ministry of Health and Social Welfare. 2002. *National Malaria Medium Term Strategic Plan 2002-2007*. Dar es Salaam: Ministry of Health and Social Welfare.
- Ministry of Health and Social Welfare. 2014. *National Malaria Strategic Plan 2014-2020*. Dar es Salaam: Ministry of Health and Social Welfare.
- National Bureau of Statistics. 2014. *Malaria Atlas The 2011-2012 Tanzania HIV/AIDS and Malaria Indicator Survey*. Dar es Salaam : USAID.
- The Center for Disease Control and Prevention. 2017. *CDC in Tanzania*. Atlanta: The Center for Disease Control and Prevention.
- United Nations. 1994. *Human Security in Theory and Practice : An Overview of the Human Security Concept and the United Nations Trust Fund for Human Security*. UNDP.
- UN Secretary General's High Level Panel on Threats, Challenges, and Change Report. 2004. *A More Secure World* . Geneva: UN Departement of Public Information .
- U.S President's Malaria Initiative. 2016. *President's Malaria Initiative activities in The Tanzania Country Profile*. President's Malaria Initiative.
- U.S President Malaria Initiative. 2017. *Tanzania Malaria Operational Plan FY 2018* . U.S President Malaria Initiative.
- World Health Organization. 2016. *Profile Malaria in Mainland* .Geneva : World Health Organization.
- World Health Organization. 2016. *Profile Malaria in Zanzibar*. Geneva : World Health Organization.
- World Health Organization.2010. *World Malaria Report 2010*. Geneva: World Health Organization
- World Health Organization. 2017. *World Malaria Report 2017*. Geneva: World Health Organization.

Jurnal :

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

Anderson, J., S. Doocy., C. Haskew., P.Spiegel., dan W. J. Moss. 2011. The burden of malaria in post-emergency refugee sites. *A retrospective study : Conflict and Health*.5(17) :1-8.

Konrad, A. S. 2011. Democratic Practices in Tanzania. *Ceta Journal*, 9(2): 11-51.

Njau , R. J., D.d.Savigny., L. Gilson., E. Mwangeni., dan F.W. Mosh.,. 2009. Implementation of an insecticide-treated net subsidy scheme under a public private partnership for malaria control in Tanzania-challenges in implementation. *Malaria Journal*. 8(201): 201-228.

Orem, J. N., J. M. Kirigia., R. Azairwe., I. Kasirye., dan O. Walker.,. 2012. Impact of Malaria Morbidity on Gross Domestic Product in Uganda. *International Archives of Medicine, Malaria Journal*, 5(12): 1-8.

Somi, M. F., J. R.Butler.,F. Vahid., J. D. Njau., S. P. Kachur., dan S. Abdulla.,. 2007. Economic burden of malaria in rural Tanzania: variations by socioeconomic status and season. *Tropical Medicine and International Health*, 12(10): 1139-1147.

Website :

Berkley Center. 2018. *Christian Social Services Commission of Tanzania*.
<https://berkeleycenter.georgetown.edu/organizations/christian-social-services-commission-of-tanzania>. [Diakses pada 30 April 2018]

Center for Disease Control and Prevention.2016. *Malaria Parasites*.
<https://www.cdc.gov/malaria/about/biology/parasites.html>. [Diakses pada 6 Januari 2018].

Center For Disease Control and Prevention. 2017. *Parasites*.
<https://www.cdc.gov/parasites/index.html>. [Diakses pada 7 Maret 2018]

Center for Disease Control and Prevention. 2015. *Intermittent Preventive Treatment of Malaria for Pregnant Women (IPTp)*.
https://www.cdc.gov/malaria/malaria_worldwide/reduction/iptp.html.
[Diakses pada 14 Maret 2018]

Center for Disease Control and Prevention. 2009. *Indoor Residual Spraying*.
https://www.cdc.gov/malaria/malaria_worldwide/reduction/irs.html. [Diakses pada 14 Maret 2018]

Center for Disease Control and Prevention. 2015. *President's Malaria Initiative (PMI)*.
https://www.cdc.gov/malaria/malaria_worldwide/cdc_activities/pmi.html.
[Diakses pada 17 Maret 2018]

Center for Disease Control and Prevention. 2017. *Impact of Malaria*.
https://www.cdc.gov/malaria/malaria_worldwide/impact.html. [Diakses pada 22 April 2018].

Christian Social Services Commission . 2016. *Our Vision, Mission , Core Values & Objectives*. <http://cssc.or.tz/about-cssc/vision-mission-core-values-objectives/>. [Diakses pada 30 April 2018]

Health Poverty Action. 2017. *Malaria: Prevention and Treatment*.
<https://www.healthpovertyaction.org/info-and-resources/the-cycle-of-poverty-and-poor-health/infectious-diseases/malaria/prevention-and-treatment/>. [Diakses pada 14 Maret 2018]

Ifakara Health Institute. (2016). *History*. <http://ihi.or.tz/about/>. [Diakses pada 17 Maret 2018]

- Index Mundi. 2018. *Tanzania Demographics Profile 2018*.
https://www.indexmundi.com/tanzania/demographics_profile.html.
[Diakses pada 7 Maret 2018]
- Ivanstat. 2016. *Ivanstat.*: <http://www.ivanstat.com/id/gni/tz.html> .[Diakses pada 14 Maret 2018]
- Kaiser Family Foundation. (2017, 10 3). *The President's Malaria Initiative and Other U.S. Government Global Malaria Efforts*.
<https://www.kff.org/global-health-policy/fact-sheet/the-u-s-government-and-global-malaria/>. [Diakses pada 17 Maret 2018]
- Kamus Kesehatan. <http://kamuskeehatan.com/arti/prevalensi/>. [Diakses pada 10 Januari 2018].
- Kamus Kesehatan. <http://kamuskeehatan.com/?s=epidemi>. [Diakses pada 13 Januari 2018].
- Malaria Consortium. 2017. *Artemisinin-based combination therapy*.
<http://www.malariaconsortium.org/pages/112.html>. [Diakses pada 15 Maret 2018]
- Medical Mission Support. 2009. *health System In Tanzania*. Medizinesche Missionshilfe:
<http://www.mmh-mms.org/mmh-mms.com/gesundheitsversorgung/gesundheitsystem-in-tanzania/index.php>. [Diakses pada 1 Maret 2018]
- Ministry of Health, Comunity Development, Gender, Elderly, and Children. 2017. *About Us*. <http://www.moh.go.tz/en/about-ministry>. [Diakses pada 2 Maret 2018]
- MoHCDGEC. 2016. *About The Ministry*.
<http://www.mcdgc.go.tz/index.php/mcdgc/aboutus/category/overview/>. [Diakses pada 18 Maret 2018]
- National Insecticide Treated Nets. 2012. *NATNETs : Home.*, from <http://www.natnets.org/>. [Diakses pada 1 Mei 2018]

- Schocken, C. 2017. *Overview of the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*. <https://www.cgdev.org/page/overview-global-fund-fight-aids-tuberculosis-and-malaria>. [Diakses pada 16 Maret 2018]
- The Editors of Encyclopaedia Britannica. 2017. *World Health Organization : UN Public Health Agency*. <https://www.britannica.com/topic/World-Health-Organization>. [Diakses pada 16 Maret 2018]
- The Entertainment Education Network Africa. 2007. *National Malaria Control Programme (NMCP)*. <http://www.comminit.com/edutain-africa/content/national-malaria-control-programme-nmcp>. [Diakses pada 30 April 2018]
- The Population Services International . 2016. *Tanzania.* <https://www.psi.org/country/tanzania/#about>. [Diakses pada 29 April 2018]
- The Population Services International. 2016. *PSI at A Glance*. <https://www.psi.org/about/at-a-glance/>. [Diakses pada 29 April 2018]
- United Nations Population Fund. 2009. *Briefing Paper : Population Dynamic and Poverty Reduction*. http://www.tzdpg.or.tz/fileadmin/documents/external/dpg_tanzania/MKU_KUTA_and_MKUZA_review_and_drafting/UNFPA_Briefing_Paper_-_Population_dynamics_and_Poverty_Reduction_16102009_1_.docx. [Diakses pada 7 Maret 2018]
- World Health Organization. 2016. *Malaria Rapid Diagnostic Tests*. <http://www.who.int/malaria/areas/diagnosis/rapid-diagnostic-tests/en/>. [Diakses pada 15 Maret 2018]
- World Health Organization. 2018. *Intermittent preventive treatment in pregnancy (IPTp)*. http://www.who.int/malaria/areas/preventive_therapies/pregnancy/en/. [Diakses pada 14 Maret 2018]

- World Health Organization. 2018. *Malaria : Treatment*.
<http://www.who.int/malaria/areas/treatment/en/>. [Diakses pada 14 Maret 2018]
- World Health Organization. 2018. *Overview of malaria treatment*.
<http://www.who.int/malaria/areas/treatment/overview/en/>. [Diakses pada 15 Maret 2018]
- World Health Organization. 2003. *Live at Risk Malaria in Pregnancy*.
<http://www.who.int/features/2003/04b/en/>. [Diakses pada 8 Januari 2018].
- World Health Organization. 2017. *World Health Organization : United Republic of Tanzania*. <http://www.afro.who.int/countries/united-republic-tanzania>. [Diakses pada 1 Maret 2018]
- World Health Organization. 2010. *Tanzania Host World Malaria Day 2010 Commemorations "Counting Malaria Out"*.
<http://www.afro.who.int/news/tanzania-hosts-world-malaria-day-2010-commemorations-counting-malaria-out>. [Diakses pada 29 April 2018]
- World Health Organization. 2018. *National Malaria Control Programme*.
http://www.searo.who.int/timorleste/areas/malaria_control_programme/en/. [Diakses pada 30 April 2018].

Lampiran I

Tabel ini merupakan temuan oleh penulis di dalam dokumen *National Malaria Control Strategy Tanzania* yang dipublikasi oleh Kementerian Kesehatan Tanzania. NATNET program merupakan implementasi dari strategi yang telah dibuat oleh pemerintah. NATNET mulai diimplementasikan pada tahun 2002 dan berjalan hingga saat ini. Ada enam program yang dimuat dalam program ini. Program NATNET di Tanzania merupakan bentuk upaya dari pemerintah bersama dengan para mitra strategisnya untuk dapat menanggulangi penyakit malaria di Tanzania.

Tabel 4.4 Program NATNET

Program/Kampanye	Aktor yang Terlibat	Waktu Pelaksanaan	Capaian
<i>The ITN Cell</i> : bagian dari program Natnet yang berfokus terhadap kontrol vektor malaria di Tanzania.	Kementerian Kesehatan, <i>Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC)</i> dan <i>Public Health Institute (Swiss)</i>	2003-2012	Berhasil mengorganisir dan mengoordinasikan berbagai aktor dengan membentuk <i>NATNETS Steering Committee</i> .
TNVS : fokus utamanya yaitu memberikan subsidi kepada wanita hamil dan bayi <5 tahun untuk mendapatkan ITN/LLIN.	Kementerian Kesehatan, <i>Global Fund, USAID : PMI dan CDC, Menonite Economic Development Associates (MEDA)</i> , <i>Ifakara Health Institute</i> dan <i>UK departement for international Development (DFID)</i> .	2004-2012	Diperkirakan telah menjual setidaknya 1.5 - 2 juta kelambu insektisida setiap tahunnya.
SNP : distribusi ITN/LLIN yang menggunakan basis sekolah. Siswa sekolah akan diberikan kelambu nsektisida gratis	Kementerian Kesehatan PMI, dan <i>Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC)</i>	2013-2014	437.930 ribu kelambu insektisida terdistribusi pada siswa di 2,300 sekolah pada 19 distrik..

untuk digunakan dirumah.			
U5CC : adalah kampanye distribusi LLIN secara massal di Tanzania yang tergabung dalam LLIN Mass Distribution Campaign. Yang berfokus pada distribusi kepada populasi bayi <5 tahun.	Kementerian Kesehatan, <i>Ifakara Health Institute, CDC dan Global Fund.</i>	2009-2010	8.7 juta kelambu insektisida terdistribusi kepada populasi bayi <5 tahun.
UCC : adalah kampanye distribusi LLIN secara massal di Tanzania yang tergabung dalam LLIN Mass Distribution Campaign. Yang berfokus pada distribusi kepada populasi umum.	Kementerian Kesehatan, <i>Global Fund, PMI, dan World Bank, CSSC.</i>	2010-2011	17.6 juta kelambu insektisida terdistribusi untuk masyarakat yang belum mendapatkan distribusi dari kampanye U5CC atau TNVS.
BCC : intervensi komplementer untuk mensosialisasikan perilaku hidup bersih	<i>Population Services Internasional, John Hopkins Center</i> dan jaringan LSM yang ada di Tanzania		Melakukan sosialisasi ke kelompok sasaran dengan menggunakan media campuran serta merekrut mitra strategis dalam masyarakat dan tokoh masyarakat berpengaruh.

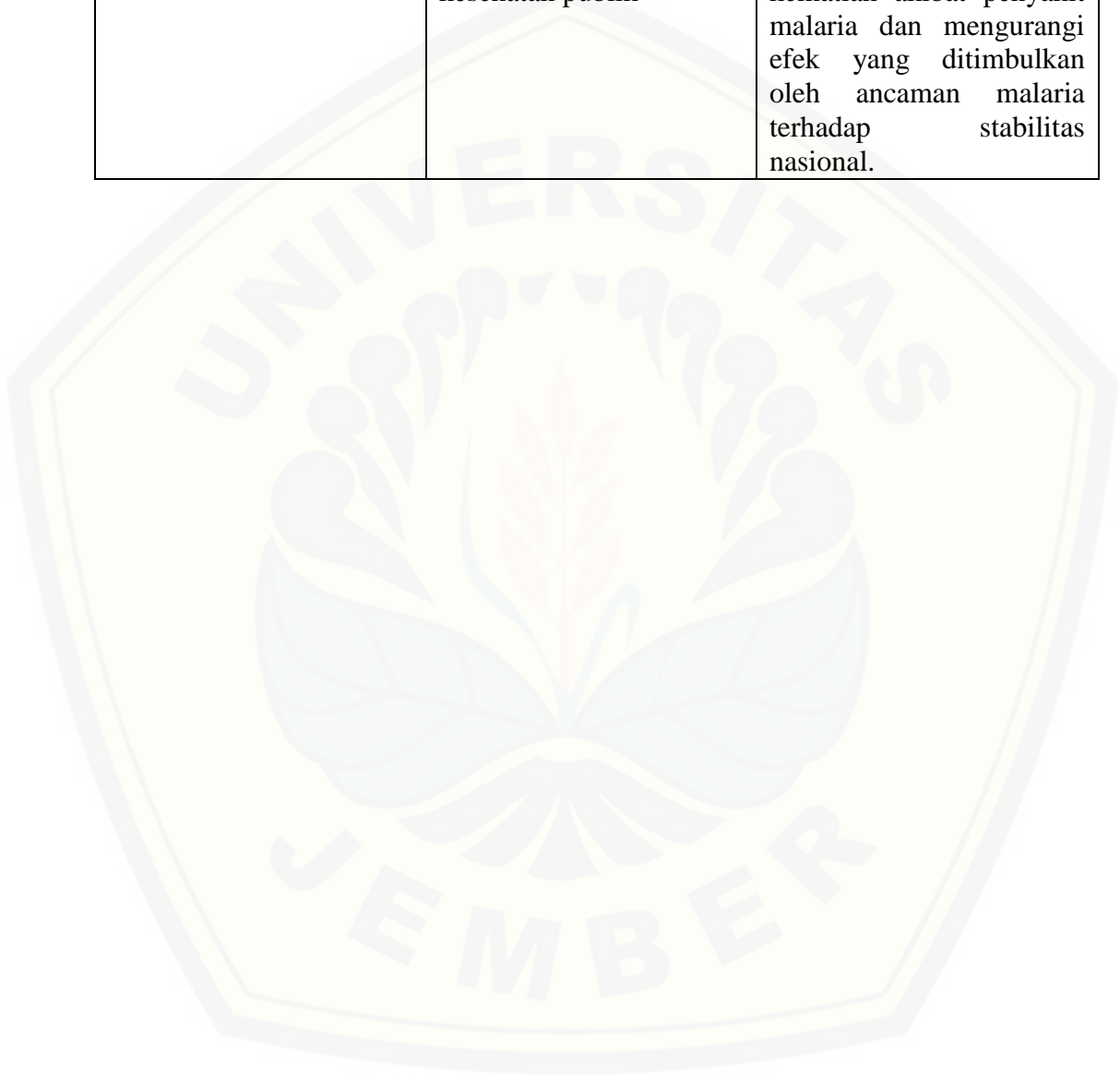
Tabel ini merupakan hasil identifikasi yang dilakukan penulis untuk mengetahui konsep keamanan yang digunakan oleh para aktor dan motivasi apa yang mendasari aktor sekuritisasi melakukan tindakan sekuritisasi terhadap penyakit malaria di Tanzania. Hasilnya penulis mengidentifikasi bahwa setiap aktor memiliki ketidaksamaan atas konsep keeamanan yang digunakan dan juga motivasi dilakukannya tindakan sekuritisasi.

Tabel 4.5 Identifikasi Konsep yang Digunakan dan Motivasi Aktor Sekuritisasi

Aktor Sekuritisasi	Konsep yang Digunakan	Motivasi
Initiating Actors		
Pemerintah Nasional	Keamanan nasional	Untuk mengurangi jumlah kasus dan jumlah kematian akibat penyakit malaria dan mengurangi efek yang ditimbulkan oleh ancaman malaria terhadap stabilitas nasional.
Catalyzing Actors		
WHO	Keamanan manusia Keamanan sistem kesehatan	Menjadikan negara Tanzania sebagai mitra untuk mempromosikan nilai-nilai tata kelola kesehatan internasional. Seperti ,sistem kesehatan, Perbaikan infrastruktur kesehatan dan pelayanan kesehatan masyarakat.
Global Fund	Keamanan manusia Keamanan pembangunan ekonomi	Menjadikan negara Tanzania sebagai mitra untuk mempromosikan nilai-nilai tata kelola kesehatan internasional. Seperti, sistem kesehatan, Perbaikan infrastruktur kesehatan dan pelayanan kesehatan masyarakat.
PMI	Keamanan manusia Keamanan pembangunan ekonomi	Menjadikan negara Tanzania sebagai mitra untuk mempromosikan

		nilai-nilai tata kelola kesehatan internasional. Seperti ,sistem kesehatan, Perbaikan infrastruktur kesehatan dan pelayanan kesehatan masyarakat.
<i>Implementing Actors</i>		
Pemerintah Lokal	Keamanan nasional	Mampu untuk mengurangi jumlah kasus dan jumlah kematian akibat penyakit malaria dan mengurangi efek yang ditimbulkan oleh ancaman malaria terhadap stabilitas nasional.
IHI	Keamanan pelayanan kesehatan publik	mempelajari, mengembangkan dan menginovasi dalam hal riset pada permasalahan kesehatan yang disebabkan oleh penyakit malaria.
CDC	Keamanan manusia Keamanan kesehatan	Menjadikan negara Tanzania sebagai mitra untuk mempromosikan nilai-nilai tata kelola kesehatan internasional. Seperti, sistem kesehatan, Perbaikan infrastruktur kesehatan dan pelayanan kesehatan masyarakat.
PSI	Keamanan kesehatan	Menjual secara legal alat-alat preventif dan obat-obatan secara komersial
CSSC	Keamanan manusia	memberikan perlindungan terhadap anggota/jemaat gereja se-Tanzania
Media	Konsep yang digunakan oleh media akan menyesuaikan terhadap cara pandang yang digunakan oleh para aktor dalam melihat ancaman malaria	Menjadi alat oleh para aktor untuk mensosialisasikan kepada masyarakat mengenai ancaman malaria dan penanggulangan malaria.
Perusahaan Swasta	Keamanan ekonomi	mencari keuntungan

		sebesar-besarnya dengan mensuplai produk komoditas preventif dan obat-obatan malaria.
Pekerja Kesehatan	Keamanan kesehatan Keamanan pelayanan kesehatan publik	Mampu untuk mengurangi jumlah kasus dan jumlah kematian akibat penyakit malaria dan mengurangi efek yang ditimbulkan oleh ancaman malaria terhadap stabilitas nasional.



Tabel ini merupakan hasil analisis penulis untuk menjelaskan peran para aktor sekuritisasi penyakit malaria di Tanzania. Hasilnya adalah para aktor telah membangun kerjasama yang sangat baik dengan Kementerian Kesehatan sebagai pusat dari kerjasama dan menjadikan *National Malaria Control Strategy* sebagai acuan dalam menjalankan proses sekuritisasi penyakit malaria di Tanzania.

Tabel 4.6 Peran Aktor pada Proses Sekuritisasi

Aktor Sekuritisasi	Peran aktor pada proses sekuritisasi
<i>Initiating actors</i>	
Pemerintah Nasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengalokasikan dana khusus untuk penanggulangan malaria. 2. Menjalin kerjasama dengan berbagai macam organisasi internasional, NGO dan LSM yang konsen terhadap penanggulangan malaria. 3. Melakukan berbagai macam konsensus terkait penanggulangan malaria. 4. Menyusun dokumen penting yang berisi strategi nasional untuk menanggulangi malaria. 5. Membentuk lembaga khusus untuk menangani malaria. 6. Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan penanggulangan malaria. 7. Mengkoordinasi aktor-aktor lain yang berkontribusi pada upaya penanggulangan malaria.
<i>Catalyzing Actors</i>	
WHO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan proses pembuatan perencanaan kerjasama dengan kementerian kesehatan Tanzania. 2. Memberikan rekomendasi strategi, pengembangan strategi, dan mengevaluasi strategi. 3. Memberikan bantuan finansial terhadap Kementerian Kesehatan Tanzania untuk melaksanakan program-program penanggulangan. 4. Memanajemen sumberdaya yang telah terkumpul bersama dengan Kementerian Kesehatan. 5. Membuat laporan yang dipublikasikan 6. Membuat monitoring dan evaluasi pelaksanaan program-program penanggulangan malaria.

Global Fund	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan bantuan finansial terhadap Kementerian Kesehatan Tanzania untuk melaksanakan program-program penanggulangan 2. Membuat monitoring dan evaluasi penggunaan dana dalam pelaksanaan program-program penanggulangan malaria.
PMI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan bantuan finansial terhadap Kementerian Kesehatan Tanzania untuk melaksanakan program-program penanggulangan 2. Memberikan rekomendasi strategi, pengembangan strategi, dan mengevaluasi strategi. 3. Membuat laporan yang dipublikasikan. 4. Membantu dalam implementasi di lapangan.
<i>Implementing actors</i>	
Pemerintah Lokal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pendampingan pada program-program penanggulangan malaria di masing-masing wilayahnya. 2. Memberikan laporan rutin kepada pemerintah nasional terkait perkembangan kondisi di setiap wilayah masing-masing. 3. Melakukan pendampingan dan sosialisasi kepada masyarakat secara luas tentang ancaman malaria , bahaya malaria, pencegahan dan pengobatan malaria.
PSI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berkontribusi pada program-program penanggulangan malaria dengan menjual produk-produk dalam bentuk alat pencegahan malaria seperti kelambu insektisida dan IRS. 2. Melakukan pendampingan dan sosialisasi kepada masyarakat secara luas tentang ancaman malaria , bahaya malaria, pencegahan dan pengobatan malaria.
IHI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan riset terkait pengembangan dan inovasi penanggulangan malaria. 2. Memberikan rekomendasi kepada pemerintah nasional dalam hal preventif dan pengobatan malaria. 3. Melakukan pendampingan dan sosialisasi kepada masyarakat secara luas tentang ancaman malaria , bahaya malaria, pencegahan dan pengobatan malaria.
CDC	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan riset terkait pengembangan dan inovasi penanggulangan malaria. 2. Memberikan rekomendasi kepada pemerintah

	<p>nasional dalam hal preventif dan pengobatan malaria.</p> <p>3. Membuat laporan yang dipublikasikan.</p>
CSSC	<p>1. Berkontribusi pada program-program penanggulangan malaria.</p> <p>2. Melakukan pendampingan dan sosialisasi kepada masyarakat secara luas tentang ancaman malaria , bahaya malaria, pencegahan dan pengobatan malaria.</p>
Media	<p>1. Memberikan sosialisasi terkait informasi ancaman malaria , bahaya malaria, pencegahan dan pengobatan malaria melalui berbagai media informasi (televisi, radio, media cetak, poster dan lainnya)</p>
Perusahaan Swasta	<p>1. Memproduksi berbagai alat-alat pencegahan malaria.</p> <p>2. Menjual alat-alat pencegahan malaria.</p>
Pekerja Kesehatan	<p>1. Memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat Tanzania.</p> <p>2. Berkontribusi pada program-program penanggulangan malaria.</p> <p>3. Melakukan pendampingan dan sosialisasi kepada masyarakat secara luas tentang ancaman malaria , bahaya malaria, pencegahan dan pengobatan malaria.</p> <p>4. Melakukan intervensi pencegahan malaria dan melakukan perawatan korban malaria.</p>