



Ilustrasi: Deandra Nurriel

# Relevansi Konsep Viral Sovereignty dalam Penanganan Pandemi COVID-19 di Indonesia

*Ikhlas Tawazun*

Hubungan Internasional Universitas Indonesia  
ikhlas.tawazun@ui.ac.id

*Brianna Ruth Audrey*

Hubungan Internasional Universitas Indonesia  
brianna.ruth@ui.ac.id

### **Abstract**

*According to Siti Fadilah Supari, the Minister of Health in the first United Indonesia Cabinet (2004-2009), Indonesia has the right not to share virus samples within its territory to anyone.*

*The argument was articulated when the H5N1 outbreak was at its peak. Although not explicit, this argument is often understood as viral sovereignty. This reasoning was raised in connection with criticism against the international health regime and the injustice in access to vaccine development and recovery during the H5N1 outbreak. Now, the world and Indonesia are once again affected by a larger epidemic: COVID-19. The outbreak of COVID-19, which has been considered as a pandemic, certainly re-inquire the existence of the viral sovereignty concept. Therefore, this article will be based on the question, "Is the application of the viral sovereignty concept relevant in the handling of the COVID-19 pandemic in Indonesia?". This article is driven by an argument stating that there is still a significant relevance from the viral sovereignty concept in the handling of Indonesia's COVID-19 pandemic.*

*Keywords: Viral Sovereignty, International Health Regime, Indonesia, H5N1, COVID-19*

### **Abstrak**

Menurut Menteri Kesehatan Siti Fadilah Supari di Kabinet Indonesia Bersatu (2004-2009), Indonesia memiliki hak untuk tidak membagikan sampel virus yang terdapat di dalam wilayahnya kepada siapapun. Argumen itu diartikulasikan ketika wabah H5N1 sedang mencapai puncaknya. Meski tidak disebutkan secara eksplisit, argumen tersebut sering dimengerti sebagai viral sovereignty. Argumen ini diutarakan sehubungan dengan kritik terhadap international health regime dan ketidakadilan dalam akses terhadap pengembangan dan pemerolehan vaksin semasa wabah H5N1. Kini, dunia, tidak terkecuali Indonesia, kembali dilanda wabah yang lebih besar: COVID-19. Wabah COVID-19 yang telah mencapai taraf pandemi ini tentu kembali mengangkat keberadaan konsep *viral sovereignty*. Oleh karena itu, artikel ini didasarkan pada pertanyaan, "Apakah penerapan konsep *viral sovereignty* relevan dalam penanganan pandemi COVID-19 di Indonesia?". Tulisan ini didasarkan oleh argumen yang menyatakan bahwa masih terdapat relevansi yang signifikan dari konsep viral sovereignty dalam penanganan pandemi COVID-19 di Indonesia.

*Kata kunci: Viral Sovereignty, International Health Regime, Indonesia, H5N1, COVID-19*

## Pendahuluan

Pandemi adalah bagian dari kehidupan manusia modern. Influenza, salah satu tipe virus yang memiliki potensi pandemi paling tinggi, bahkan diperkirakan mampu terjadi dua hingga tiga kali dalam satu abad.<sup>1</sup> Perkiraan tersebut belum mencakup jenis atau *strain* virus lainnya, seperti COVID-19, yang kini telah menginfeksi jutaan orang di seluruh dunia. Dengan ancaman virus yang mencapai tingkat global, pembuatan *international health regime* untuk menyatukan usaha penanganan pandemi menjadi krusial untuk dilakukan. Oleh karena itu, perihal ini juga menjadi perhatian khusus bagi Indonesia.

*International health regime* telah ada sejak kemunculan World Health Organization di tahun 1948. Dalam hubungannya dengan pandemi, pembentukan International Sanitary Regulations (ISR) pada 1951 menjadi perjanjian pertama terkait wabah di tingkat internasional, meski isinya terbatas. International Health Regulation (IHR) pada tahun 1969 adalah bentuk ISR yang telah direvisi dan merupakan salah satu perjanjian internasional yang menjadi preseden dalam peran *international health regime* di sebuah pandemi.<sup>2</sup> Sebagai rezim internasional yang relatif baru, masih terdapat banyak perkembangan dalam rezim tersebut. Perkembangan yang cukup besar terjadi semasa wabah H5N1 pada

pertengahan dekade 2000-an. Pada waktu itu, IHR dianggap mengharuskan adanya praktik berbagi spesimen (*specimen sharing*) virus untuk membantu penelitian global menghasilkan vaksin dan menanggulangi wabah tersebut.<sup>3</sup>

Kesepakatan yang tertulis di IHR berlaku segera setelah pengesahannya dalam wabah H5N1. Meskipun tidak mencapai taraf pandemi, negara-negara di dunia bekerja sama dan berbagi spesimen virus untuk mempercepat penelitian vaksin H5N1. Sejak awal, terdapat beberapa rasa tidak puas dan keraguan, terutama dari negara berkembang terkait *benefit sharing* dari *international health regime* ini.<sup>4</sup> Namun, rasa tidak puas tersebut awalnya tidak termanifestasi karena banyak negara berkembang yang masih lebih memilih untuk tunduk kepada IHR.

Katalis perubahan terjadi ketika terbongkarnya pembagian spesimen virus Indonesia kepada WHO oleh sebuah perusahaan di Australia untuk pengembangan vaksin. Pemanfaatan spesimen virus tanpa persetujuan oleh pihak ketiga, terlebih lagi untuk tujuan komersial, sangat melukai perasaan Indonesia. Kejadian inilah yang kemudian mengekspos ketidakadilan dan ketimpangan dalam *international health regime* yang berlaku. Menteri Kesehatan (Menkes) Indonesia Siti Fadilah Supari kemudian menyuarakan

1. WHO, "WHO Launches New Global Influenza Strategy" 11 March 2019, diakses pada 10 June 2020, dari <https://www.who.int/news-room/detail/11-03-2019-who-launches-new-global-influenza-strategy>

2. Julie C. Lucas, et al., "Donating Human Samples: Who Benefits? Cases from Iceland, Kenya and Indonesia" in *Benefit Sharing from Biodiversity to Human Genetics*, ed. Doris Schroeder dan Julie C. Lucas (Dordrecht: Springer, 2013), 119.

3. *Ibid.*, 119-121.

4. E.R. Sedyaningsih, S. Isfandari, T. Soendoro, dan S.F. Supari, "Towards mutual trust, transparency dan equity in virus sharing mechanism: the avian influenza case of Indonesia" in *Annals Academy of Medicine Singapore* (2008): 482-488.

kekecewaan ini sembari mengutarakan argumen bahwa Indonesia berhak untuk tidak membagikan spesimen virusnya ke WHO. Akhirnya, *specimen sharing* dari Indonesia resmi dihentikan pada Januari 2007.<sup>5</sup> Meski tidak diutarakan secara spesifik, tetapi argumen yang dituturkan Indonesia, yakni bahwa suatu negara memiliki hak atas virus dalam wilayahnya, disebut sebagai konsep *viral sovereignty*.

Penggunaan argumen *viral sovereignty* ini sangat berdampak terhadap

*international health regime* yang berlaku. Dalam menganalisis *international health regime*, tentu dibutuhkan sebuah kerangka teoritis yang kompatibel. Oleh karena itu, penulis menggunakan teori dinamika rezim (*regime dynamics*) dari Oran Young. Berdasarkan pengamatannya, Young merumuskan bahwa terdapat tiga macam rezim internasional, yakni *spontaneous order*, *negotiated order*, dan *imposed order*.<sup>6</sup> Meski dapat dibagi, kategorisasi ini tidak berlaku secara kaku dan dapat terkombinasi.

	<i>Spontaneous Order</i>	<i>Negotiated Order</i>	<i>Imposed Order</i>
<b>Tindakan yang mendorong terciptanya rezim</b>	Tidak ada, terciptanya rezim tidak didorong oleh aktor	Adanya usaha sadar aktor yang terlibat untuk menyetujui ketentuan rezim melalui proses negosiasi	Rezim diciptakan oleh kekuatan dominan sistem, baik secara unilateral maupun melalui kerja sama
<b>Persetujuan aktor terhadap rezim</b>	Tidak disetujui secara eksplisit	Disetujui secara eksplisit oleh aktor-aktor yang terlibat	Tanpa persetujuan eksplisit dari aktor lain karena menjadi subordinat
<b>Manifestasi dari rezim</b>	Proses manifestasi rezim cenderung sangat sulit	Terdapat tindakan untuk melakukan formalisasi terhadap rezim	Rezim dapat dimanifestasikan dengan efektif, baik secara formal maupun informal, melalui hegemoni atau paksaan

Tabel 1.1 Jenis dan Karakter Rezim (Sumber: diolah dari Young, 1982)

Young juga memaparkan gagasannya mengenai transformasi rezim. Transformasi rezim didefinisikan sebagai perubahan signifikan pada struktur, karakter proses pembuatan keputusan, dan mekanisme pelaksanaan rezim. Young menemukan tiga penyebab utama yang mendorong terjadinya transformasi rezim, yaitu perdebatan internal, perubahan struktur *power* sistem internasional, dan

5. Sedyaningsih, Isfandari, Sundoro, dan Supari, "Towards Mutual", 486.

6. Oran Young, "Regime dynamics: the rise dan fall of international regimes," in *International Organization* 36, No. 2 (1982) 287-288.

pengaruh faktor/kekuatan eksternal. Transformasi oleh perdebatan internal terjadi ketika aktor-aktor dalam rezim mengalami konflik atau memiliki perbedaan yang tidak dapat diatasi. Perubahan struktur *power* akan memungkinkan aktor-aktor tertentu untuk memobilisasi pengaruh yang lebih besar di dalam rezim. Terakhir, transformasi yang disebabkan oleh faktor eksternal akibat perkembangan sistem internasional di luar konteks pelaksanaan rezim, tetapi memberikan suatu implikasi yang dapat mendorong transformasi rezim, melalui perubahan tindakan aktor-aktor yang terlibat di dalam rezim.<sup>7</sup> Untuk kasus *international health regime* yang diangkat dalam tulisan ini, *negotiated order* lebih tepat untuk digunakan.

Sehubungan dengan transformasi rezim, Florian Rabitz menemukan pola strategi negara yang mendorong perubahan, seperti *club cooperation* dan *institutional layering*. Untuk kasus *international health regime* yang diangkat dalam tulisan ini, *institutional layering* lebih tepat untuk digunakan. *Institutional layering* adalah strategi perubahan dalam suatu institusi dengan membangun koalisi yang luas untuk membuat sebuah peraturan baru bagi semua.<sup>8</sup> *Layering* sendiri adalah teknik membuat lapisan peraturan baru di atas peraturan yang lama.<sup>9</sup> Oleh karena itu, aktor reformis membuat lapisan

institusional baru di atas peraturan yang telah ada untuk memuluskan perubahan yang dibawanya. Lebih jauh lagi, Rabitz juga memerincikan perubahan yang terjadi dalam rezim internasional sebagai *regime shifting*, *interplay management*, dan *situation structure*. Untuk kasus *international health regime* yang diangkat dalam tulisan ini, *regime shifting* lebih tepat untuk digunakan. *Regime shifting* dapat berarti merelokasi proses pembuatan peraturan ke institusi internasional tempat kepentingan mereka mendapat dukungan<sup>10</sup> atau memaksa perubahan dengan membuat aturan secara eksplisit dalam satu rezim unsur yang tidak sesuai dengan lainnya.<sup>11</sup> Tulisan ini condong pada definisi kedua.

Dengan demikian, tindakan Indonesia pada wabah H5N1 yang berdasar pada argumen *viral sovereignty* dapat dilihat dalam kerangka teoritis tersebut. Melalui kerangka institusional, Indonesia dulu berhasil memuluskan agendanya dalam membentuk *international health regime* yang berkeadilan. Pandemi COVID-19 menjadi satu lagi kesempatan ketika *international health regime* tidak berfungsi seperti yang banyak negara inginkan, tidak terkecuali Indonesia. Oleh karena itu, ada baiknya meninjau kembali relevansi penggunaan konsep *viral sovereignty* guna memicu perubahan institusional dalam *international health regime*.

7. Young, "Regime dynamics", 290-297.

8. Florian Rabitz, *The Global Governance of Genetic Resources: Institutional Change and Structural Constraints* (New York: Routledge, 2017), 12-13.

9. James Mahoney dan Kathleen Thelen, "A Theory of Gradual Institutional Change," in *Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency, dan Power*, ed. James Mahoney dan Kathleen Thelen (Cambridge: Cambridge University Press, 2010), 15-17.

10. Rabitz, *The Global*, 15-20.

11. Lawrence R. Helfer, "Regime Shifting in the International Intellectual Property System," in *Perspectives on Politics* 7, No. 1 (2009): 39-44.

## PEMBAHASAN

### *Viral Sovereignty*

Debat tentang kedaulatan (*sovereignty*) adalah salah satu perdebatan sentral dalam ilmu hubungan internasional sejak dahulu kala. Sejak perjanjian Westphalia 1648, konsep kedaulatan terus mengalami perubahan, transformasi, dan perluasan makna. Perkembangan konsep kedaulatan terus dipengaruhi oleh perkembangan empiris politik internasional seperti kemunculan *nation-state*, kedatangan institusi internasional, serta wabah dan pandemi yang kerap kali melanda dunia.

Salah satu perluasan kedaulatan adalah kedaulatan negara atas sumber daya biologis, termasuk atas virus. Kedaulatan atas sumber daya biologis sudah diatur dalam Convention on Biological Diversity (CBD) 1992. Namun, penyertaan virus dalam cakupan tersebut masih diperdebatkan, sebab memang belum ada peraturan yang menjamah ranah virus. Meskipun begitu, terdapat argumen yang bersikeras bahwa negara memiliki kedaulatan atas virus. Tidak ada definisi yang baku, tetapi penghubungan antara virus dengan kedaulatan nasional itulah yang kini dimengerti sebagai konsep *viral sovereignty*.<sup>12</sup>

### Ketimpangan Kondisi dan Penanganan Wabah H5N1

Virus H5N1, yang lebih dikenal di Indonesia dengan sebutan flu burung, merupakan sebuah subtype virus influenza A yang terutama menjangkiti unggas, tetapi juga bisa menular ke hewan lainnya hingga manusia. Penularannya disinyalir hanya terjadi antarunggas dan dari unggas ke manusia. Belum ditemukan bukti konklusif persebaran antarmanusia. Kasus pertama flu burung ini terjadi di sebuah kawanan angsa di Hong Kong pada 1996 dan pertama kali menular ke manusia pada 1997 yang diklaim berhasil di lokalisasi. Namun, penyebaran virus yang tidak terduga membuat flu burung kembali muncul pada 2003, dan kali ini ia segera menyebar.<sup>13</sup>

Daerah yang kemudian menjadi tempat penyebaran utama H5N1 adalah Asia Tenggara, terutama Indonesia. Sejak kasus pertama pada tahun 2005, kasus di Indonesia terus naik secara drastis sebanyak dua digit. Hal tersebut membuat Indonesia menempati puncak klasemen flu burung di masa-masa puncaknya. Secara total, dalam kurun waktu 2003-2009, Indonesia memiliki 162 kasus flu burung yang menjangkiti manusia. Hal ini diperparah dengan fatalitas dari flu burung yang ganas. Sebanyak 134 dari 162 orang yang terpapar flu burung meninggal dunia.<sup>14</sup> Hal tersebut menunjukkan *fatality rate* sebesar 82,7%, sebuah angka yang luar biasa tinggi.

12. Sedyaningsih, Isfandari, Sundoro, dan Supari "Towards Mutual", 484-485.

13. CDC, "Highly Pathogenic Asian Avian Influenza A(H5N1) Virus" 12 December 2018, diakses pada 19 Juli 2020, dari <https://www.cdc.gov/flu/avianflu/h5n1-virus.htm#:~:text=The%20virus%20was%20first%20detected,Europe%2C%20dan%20the%20Middle%20East>.

14. WHO, "Human Animal Interface" diakses pada 19 Juli 2020, dari [https://www.who.int/influenza/human\\_animal\\_interface/2020\\_01\\_20\\_tableH5N1.pdf?ua=1](https://www.who.int/influenza/human_animal_interface/2020_01_20_tableH5N1.pdf?ua=1)

		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
<b>Dunia</b>	<b>kasus</b>	4	46	98	115	88	44	73	468
	<b>wafat</b>	4	32	43	79	59	33	32	282
<b>Indonesia</b>	<b>kasus</b>	0	0	20	55	42	24	21	162
	<b>wafat</b>	0	0	13	45	37	20	19	134
<b>Vietnam</b>	<b>kasus</b>	3	29	61	0	8	6	5	112
	<b>wafat</b>	3	20	19	0	5	5	5	57
<b>Mesir</b>	<b>kasus</b>	0	0	0	18	25	8	7	90
	<b>wafat</b>	0	0	0	10	9	4	4	27
<b>Lainnya</b>	<b>kasus</b>	1	17	17	42	13	6	73	104
	<b>wafat</b>	1	12	11	24	8	4	32	64

Tabel 2.1 Penambahan tahunan kasus dan kematian H5N1 (Sumber: WHO, 2020)

Kenyataan tersebut memperlihatkan secara gamblang seberapa gawatnya kondisi wabah H5N1 di Indonesia. Oleh karena itu, terdapat urgensi yang tinggi untuk menangani wabah H5N1 di Indonesia. Hal tersebut menjadi salah satu dorongan Indonesia untuk berpartisipasi dalam *specimen sharing*, selain interpretasi bahwa hal tersebut diwajibkan oleh IHR. Kerja sama internasional diharapkan dapat membantu semua negara menemukan vaksin untuk menanggulangi wabah ini.

Selain vaksin, terdapat obat-obatan yang dapat mengurangi fatalitas flu burung. Obat yang paling terkenal dan efektif adalah Tamiflu. Obat ini merupakan merek resmi dari Oseltamivir yang telah ditemukan oleh Gilead Sciences di Amerika Serikat (AS) pada 1996.<sup>15</sup>

15. WIPO, "Avian Flu Drugs: Patent Questions" *WIPO Magazine*, April 2006, dari [https://www.wipo.int/wipo\\_magazine/en/2006/02/article\\_0005.html](https://www.wipo.int/wipo_magazine/en/2006/02/article_0005.html)



Oseltamivir bekerja untuk membatasi persebaran fatalitas dan penyebaran virus H5N1 dalam tubuh manusia yang terinfeksi. Pemberian obat ini dalam 48 jam pertama, setelah timbulnya gejala penyakit, menjadi sangat penting dalam menyelamatkan nyawa. Dalam kasus Indonesia pada 2007, sebagian besar (71,3%) pasien kasus flu burung diobati menggunakan Tamiflu, tetapi hanya dua pasien, yang menerima obat tersebut dalam 48 jam, yang bertahan hidup.<sup>16</sup> Sayangnya, Gilead Sciences telah memberikan paten tunggal pada Roche, sebuah perusahaan farmasi Swiss. Meski begitu, paten tidak berlaku secara global, melainkan hanya di negara-negara tempat ia berlaku.<sup>17</sup> Oleh karena itu, beberapa negara, termasuk Indonesia sebagai salah satu yang paling awal, mulai berusaha memproduksi Tamiflu. Atas dorongan WHO, Roche kemudian memberikan izin kepada Indonesia untuk memproduksi Tamiflu.<sup>18</sup> Namun, proses manufaktur Tamiflu tergolong kompleks, sehingga tidak banyak produsen obat mampu untuk segera memproduksinya dalam skala besar.<sup>19</sup>

Vaksin pertama untuk H5N1 baru ditemukan pada 2007, lagi-lagi oleh sebuah perusahaan di AS, yakni Sanofi Pasteur. Padahal, kasus flu burung di AS hanya terjadi pada unggas, bukan pada manusia. Vaksin tersebut

dikembangkan dari spesimen virus kiriman Vietnam, oleh karena itu dianggap hanya efektif untuk subtype Vietnam.<sup>20</sup> Sementara itu, negara-negara lain yang lebih terdampak sedang berusaha keras melokalisasi wabah, melakukan pembasmian terhadap unggas, serta memproduksi Tamiflu dalam jumlah besar.

### **Kekurangan dalam *International Health Regime* H5N1**

*International health regime* dapat dimengerti sebagai sebuah *negotiated order* apabila dianalisis menggunakan teori *regime dynamics* Oran Young. Kesimpulan ini muncul berdasarkan fakta bahwa pembentukan CBD, IHR, dan perjanjian internasional lainnya terkait kesehatan dibuat melalui proses negosiasi yang didorong oleh kebutuhan dunia dalam menangani epidemi, penyakit, dan kesehatan dunia secara umum. Sebab, konstitusi institusi yang mendorong pembentukannya, yakni WHO, dibentuk oleh 51 negara dalam Persatuan Bangsa-Bangsa (PBB).<sup>21</sup> Hal tersebut juga menunjukkan persetujuan eksplisit dan formalisasi rezim yang menjadi landasan bagi *international health regime* di masa yang akan datang.

Dalam kasus H5N1, kebijakan *international health regime* yang terkait adalah IHR 2005 dan CBD 1992.

16. Sedyaningsih, Isfandari, Sundoro, dan Supari "Towards Mutual", 484

17. WIPO, "Avian Flu".

18. Detik, "WHO Izinkan Tamiflu Made in Indonesia" 26 November 2005, diakses pada 19 Juli 2020, dari <https://news.detik.com/berita/d-486941/who-izinkan-tamiflu-made-in-indonesia>

19. WIPO, "Avian Flu".

20. US FDA, "H5N1 Influenza Virus Vaccine, manufactured by Sanofi Pasteur, Inc. Questions dan Answers" 23 March 2018, diakses pada 19 Juli 2020, dari <https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines/h5n1-influenza-virus-vaccine-manufactured-sanofi-pasteur-inc-questions-and-answers>

21. Britannica, "World Health Organization" accessed 10 August 2020, dari <https://www.britannica.com/topic/World-Health-Organization>

Alasannya, pada saat itu belum ada peraturan yang secara spesifik membicarakan *pathogen sharing*, atau pembagian struktur patogen (termasuk virus) antarnegara atau pihak lainnya. IHR digunakan karena membicarakan tentang bagaimana negara anggota harus melaporkan segala informasi relevan kepada WHO jika terdapat peristiwa di wilayahnya yang mampu mengganggu kesehatan dunia.<sup>22</sup> CBD lalu digunakan sebagai landasan untuk menjustifikasi kewajiban mengenai *benefit sharing*, atau pembagian keuntungan, antara penerima (dan pengguna) sumber daya genetik dengan pendonor.<sup>23</sup> Namun, kedua landasan tersebut justru menghasilkan masalah di antara negara yang bersangkutan.

Landasan pertama yang akan dijelaskan adalah CBD. Pada abad ke-20, akses terhadap sumber daya biologis di dunia dianggap bebas dan terbuka bagi semua pihak. Alhasil, muncul segelintir kasus mengenai perusahaan yang mengambil sumber biologis tanpa meminta izin terlebih dahulu kepada komunitas setempat, lalu tidak membagi hasil dari penjualan kepada komunitas yang bersangkutan.<sup>24</sup> Oleh karena itu, konvensi CBD akhirnya disepakati pada tahun 1992 di Earth Summit, Rio de Janeiro, Brazil. Namun, CBD tidak

mengikutsertakan sumber daya genetik manusia dalam lingkungannya. Dengan sifat virus yang sebenarnya bukan gen manusia namun bereplikasi di dalam sel manusia, pertukaran virus dan patogen dianggap tidak dilindungi oleh CBD.<sup>25</sup> Padahal, sebagian besar sampel virus yang diterima oleh WHO berasal dari negara berkembang.<sup>26</sup> Virus yang mereka berikan adalah sumber daya genetik yang memiliki, atau berpotensi memiliki, nilai nyata,<sup>27</sup> sehingga virus seharusnya dapat dilindungi oleh CBD. Selain itu, negara berkembang juga berhak untuk mendapatkan imbal balik. Akan tetapi, interpretasi ini tidak diterima oleh anggota WHO.

Dokumen IHR yang digunakan dalam konteks H5N1 adalah IHR 2005. Di Artikel 6 dan 7, negara anggota diminta untuk melaporkan semua informasi dan bukti relevan jika sebuah peristiwa yang tidak umum terhadap kondisi kesehatan setempat terjadi.<sup>28</sup> Laporan tersebut selanjutnya diteliti oleh WHO. Jika negara pelapor bersedia, maka laporan akan dibagikan ke negara anggota lainnya dan pihak umum.<sup>29</sup> IHR tidak membahas mengenai penggunaan bukti dalam pembuatan vaksin komersial maupun hak paten. Pada dasarnya, IHR dan WHO tidak membahas secara eksplisit mengenai imbalan atas pembagian

22. WHO, "Article 6-7," *International Health Regulations*, 2nd ed. (Geneva, Switzerland: WHO Press, 2005), 12.

23. Pamela Andanda et al., "Legal Frameworks for Benefit Sharing: From Biodiversity to Human Genomics," in *Benefit Sharing: From Biodiversity to Human Genetics* (London: Springer International Publishing, 2013), 39.

24. Andanda et al., "Legal Framework", 36

25. Rabitz, *The Global*, 112.

26. Lucas et al., "Donating Human", 116.

27. United Nations, "Article 2," *Convention on Biological Diversity* (Rio de Janeiro, Brazil: United Nations, 1992), 3.

28. WHO, "Article 6-7," 12.

29. *Ibid.*, 12-13.

sampel virus karena menganggap hal tersebut sebagai tanggung jawab negara anggota. Sebagai manusia, ada semacam rasa solidaritas antarsesama untuk melakukan apapun demi kesehatan dunia secara altruis,<sup>30</sup> sehingga terkesan tidak etis untuk memaksa pembagian keuntungan (*benefit sharing*).

Akan tetapi, terdapat beberapa fakta yang disepelekan oleh IHR dan WHO dalam menetapkan peraturan tersebut. Melansir Florian Rabitz, terdapat dua isu utama yang merugikan negara berkembang secara tidak langsung. *Pertama*, persediaan vaksin akan sangat terbatas dan semua negara akan berlomba untuk mendapatkan persediaan bagi masyarakatnya di kala pandemi. Secara logika, penyedia vaksin akan menjual sebagian besar kepada negara yang akan membayar lebih, sehingga negara berkembang yang cenderung lebih miskin akan kesulitan untuk mendapatkan persediaan.<sup>31</sup> *Kedua*, terdapat permasalahan pembuatan vaksin dalam beberapa bagian. Terdapat isu penyebaran lokasi pabrik vaksin. Rabitz mengatakan bahwa ada enam perusahaan yang, jika diakumulasi, membentuk 80% dari semua produksi vaksin di dunia. Keenam perusahaan tersebut berlokasi di negara-negara industri, dan bukan di negara berkembang.<sup>32</sup> Ada juga permasalahan pusat penelitian vaksin WHO. Pada saat itu, program Global Influenza

Surveillance Network (GISN) WHO memiliki beberapa pusat penelitian untuk melakukan riset terhadap influenza beserta vaksinnya. Namun, laboratorium yang sering disinggung adalah pusat kolaborasi nasional (tempat penelitian kiriman bukti dan sampel virus) dan H5 laboratorium rujukan (laboratorium di luar naungan WHO, namun memiliki perjanjian kerja sama).<sup>33</sup> Meski terdapat empat pusat kolaborasi nasional dan empat H5 laboratorium rujukan di seluruh dunia, tetapi kedelapan badan tersebut hanya berada di negara-negara industri.<sup>34</sup> Walaupun pada akhirnya WHO mendirikan institusi tambahan seperti laboratorium pengaturan esensial serta menambahkan jumlah pusat influenza nasional, semua badan yang sepenuhnya membantu pengembangan vaksin influenza masih ada di negara industri.<sup>35</sup>

Lebih mirisnya lagi, terdapat beberapa negara yang memiliki jaminan untuk mendapatkan vaksin dari beberapa perusahaan tertentu—semacam *fast-track pass*—jika WHO menyatakan adanya pandemi. Perjanjian *Advance Purchase Agreements* menjanjikan Kanada, Swiss, AS, Selandia Baru, dan hampir setengah dari anggota Uni Eropa kemewahan tersebut. Bukan sebuah kejutan untuk melihat tidak adanya negara berkembang di perjanjian tersebut.<sup>36</sup>

Akhirnya, negara berkembang mengalami kesulitan untuk mendapatkan

30. Lucas et al., "Donating Human", 96.

31. *Ibid.*, 109.

32. Rabitz, *The Global*, 112-113.

33. Lucas et al., "Donating Human", 164.

34. Sedyaningsih, Isfandari, Sundoro, dan Supari "Towards Mutual", 485.

35. Rabitz, *The Global*, 114-115.

36. Arthur L. Caplan & David R. Curry, "Leveraging Genetic Resources or Moral Blackmail? Indonesia dan Avian Flu Virus Sample Sharing," *The American Journal of Bioethics* 7, no. 11 (November 15, 2007), 1.

akses terhadap vaksin yang mereka butuhkan. Padahal, negara berkembang, termasuk Indonesia, telah ikut berpartisipasi dalam *specimen sharing* dan berbagai kegiatan *international health governance* lainnya. Kekecewaan ini sudah beberapa kali diutarakan oleh Indonesia dan negara-negara berkembang lainnya, tetapi tidak ditanggapi dengan baik. Hal ini kemudian mencapai titik kulminasi ketika sebuah perusahaan swasta di Australia mengembangkan vaksin H5N1 dengan sampel dari Indonesia. Padahal, Indonesia tidak pernah mengetahui dan memberikan persetujuan mengenai riset tersebut.<sup>37</sup>

### **Perubahan *International Health Regime* Akibat Argumen *Viral Sovereignty***

Pemerintah Indonesia kemudian memutuskan untuk mengambil sebuah tindakan, yakni menghentikan *specimen sharing* pada Januari 2007. Menkes Supari menjelaskan, tindakan tersebut berdasarkan pemahaman bahwa IHR tidak mewajibkan *specimen sharing* dan bahwa CBD juga menjamin kedaulatan negara atas sumber daya biologi dalam wilayahnya, tidak terkecuali virus.<sup>38</sup> Inilah argumen *viral sovereignty* yang digunakan Indonesia. Supari menjelaskan lebih lanjut bahwa tindakan ini mencerminkan ketiadaan rasa percaya Indonesia terhadap WHO dan minimnya *benefit sharing*. Indonesia segera menyerukan mekanisme internasional baru yang transparan, adil, dan merata dalam *spesimen* dan *benefit sharing* dengan mempertimbangkan kebutuhan negara-negara berkembang. Indonesia

memberikan penekanan khusus pada ketersediaan vaksin bagi semua negara dengan harga minimal dan penggunaan sumber daya global untuk peningkatan kemampuan kapanpun dan dimanapun.<sup>39</sup>

Tindakan Indonesia ini merupakan contoh perubahan rezim akibat perdebatan internal seperti yang diutarakan Young. Terjadi disensus antara aktor-aktor sentral dari *international health regime*, yakni negara-negara maju, dengan Indonesia. Negara-negara maju selama ini diuntungkan dengan status quo *international health regime* dengan interpretasi CBD yang menyediakan spesimen virus dari seluruh dunia, sehingga mereka dapat mengembangkan vaksinnya sendiri. Dengan kemampuan penelitian yang tinggi dan kapasitas industri yang besar, mereka dapat menemukan vaksin dengan cepat dan memproduksinya secara massal, kemudian menimbunnya sendiri untuk berjaga-jaga. Padahal, tidak banyak dari negara-negara maju yang memiliki kasus H5N1 pada manusia. Sementara itu, tidak terdapat mekanisme *benefit sharing* yang jelas bagi negara-negara yang telah membagikan spesimen virusnya, sehingga mereka merasa dirugikan.<sup>40</sup> Inilah objek perdebatan utama antara negara-negara status quo dan reformis.

Penggunaan argumen *viral sovereignty* tersebut merupakan salah satu bentuk dari *regime shifting* yang mendelegitimasi rezim terkait. Tindakan ini, secara lebih spesifik, dikenal sebagai *strategic inconsistency*, yaitu ketika suatu negara berusaha membuat sebuah peraturan dalam rezim yang tidak

37. Sedyaningsih, Isfandari, Sundoro, dan Supari "Towards Mutual", 486.

38. *Ibid.*, 484-485.

39. *Ibid.*, 486.

40. Sedyaningsih, Isfandari, Sundoro, dan Supari "Towards Mutual", 486-487.

sesuai dengan peraturan yang telah ada.<sup>41</sup> Interpretasi IHR berdasarkan *viral sovereignty* yang diusung Indonesia bertentangan dengan interpretasi status quo di WHO bahwa IHR juga mewajibkan praktik *specimen sharing*. Meski hanya menimbulkan konflik legal di ranah interpretasi, tetapi perselisihan ini mendorong perubahan hukum yang lebih luas. Sebab, *strategic inconsistency* tersebut juga mengekspos kekurangan-kekurangan dalam *international health regime* dan kekecewaan negara-negara berkembang. Oleh karena itu, rezim terdorong untuk berubah.

Dalam mendorong proses perubahan tersebut, Indonesia mengadopsi strategi *institutional layering*. Indonesia yakin bahwa keresahan ini tidak hanya dirasakan Indonesia, tetapi juga negara berkembang lainnya. Oleh karena itu, Indonesia melakukan diplomasi dan menggalang dukungan dari negara-negara berkembang lainnya yang juga tergabung dalam WHO. Akhirnya, Indonesia berhasil menggalang dukungan dari India, Brasil, dan kemudian seluruh negara dalam Gerakan Non-Blok untuk mendukungnya.<sup>42</sup> WHO tentu tidak bisa diam saja menghadapi ketegangan ini.

WHO dan Indonesia menyelenggarakan sejumlah konferensi secara bergantian. Konferensi ini menjadi

kesempatan untuk melakukan *layering*, yakni pembuatan peraturan baru, di atas CBD dan IHR sebagai kerangka *international health regime* yang berlaku. Dari sejumlah konferensi tersebut, akhirnya dihasilkan dua kesepakatan monumental, yakni Nagoya Protocol dan PIP-Framework. Nagoya Protocol disahkan di tahun 2010 dan berperan sebagai pembaruan dari CBD.<sup>43</sup> Nagoya Protocol menekankan bahwa keuntungan dari penggunaan sumber genetik harus dibagi secara rata antara pendonor dan penerima materi. Dokumen tersebut bahkan memberikan beberapa contoh mengenai keuntungan apa saja yang dapat dinikmati oleh kedua pihak.<sup>44</sup> Untuk menjamin hal tersebut, setiap pihak harus memiliki landasan legislatif, administratif, dan kebijakan yang mampu menjaga kedaulatan pihak dan pendapatan keuntungan mereka.<sup>45</sup> Nagoya Protocol juga mewajibkan adanya persetujuan dari negara pendonor atas penggunaan materi genetiknya, serta adanya kejelasan hukum dan transparansi dari negara penerima.<sup>46</sup>

Terdapat empat alasan utama mengenai PIP-Framework sebagai semacam jawaban atas semua kecemasan Indonesia di tahun 2007. *Pertama*, PIP-Framework mengakui kedaulatan negara atas sumber daya biologis mereka, serta pentingnya negara-negara di dunia untuk bekerja

41. Kal Raustiala dan David G. Victor, "The Regime Complex for Plant Genetic Resources," in *International Organization*, Vol. 58, No. 2 (2004): 301-302.

42. Stefan Elbe, "Haggling Over Viruses: The Downside Risks of Securitized Infectious Disease" in *Health Policy dan Planning*, 26(6), (2010): 479

43. Gardar Arnason, "Exploring Central Philosophical Concepts in Benefit Sharing: Vulnerability, Exploitation dan Undue Inducement," in *Benefit Sharing: From Biodiversity to Human Genetics*, ed. Doris Schroeder (London: Springer International Publishing, 2013), 23.

44. UNEP, *Nagoya Protocol* (Montreal, Canada: Secretariat of the Convention on Biological Diversity, 2011), 24-25.

45. *Ibid.*, 6.

46. *Ibid.*, 7.

sama dalam melawan ancaman kesehatan masyarakat.<sup>47</sup> *Kedua*, PIP-Framework menekankan pentingnya perjanjian *Material Transfer Agreement* (MTA), yakni sebuah lembaran yang menyatakan adanya persetujuan dari negara pendonor atas pemberian sampelnya, serta persetujuan negara penerima untuk menyatakan asal sampel tersebut. *Ketiga*, negara pendonor dan penerima tidak diperkenankan untuk mematenkan sumber daya biologis yang bersangkutan.<sup>48</sup> *Keempat*, PIP-Framework meminta negara dan perusahaan farmasi, yang memiliki teknologi memadai, untuk melakukan transfer teknologi kepada negara berkembang. Perusahaan farmasi juga diminta untuk menyisihkan sebagian dari vaksin mereka untuk negara berkembang, dan vaksin tersebut harus dijual dengan harga yang lebih terjangkau.<sup>49</sup> Akhirnya, Nagoya Protocol dan PIP-Framework menjadi bentuk kompromi antara negara-negara status quo dan reformis. Kerangka untuk *specimen sharing* tetap dipertahankan dan bahkan diperjelas, tetapi dengan disertai transparansi dan *benefit sharing* yang lebih jelas antara pihak-pihak terkait.

### **Ketimpangan Kondisi dan Penanganan COVID-19**

Belum genap dua dekade pasca H5N1, wabah kembali melanda dunia.

Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) merupakan sebuah penyakit akibat virus Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2). COVID-19 diduga berasal dari mutasi alami yang terjadi di alam, yang kemudian menular ke manusia melalui hewan yang dikonsumsi. Kasus pertama COVID-19 ditemukan di Tiongkok pada Januari 2020, tetapi setelah ditelusuri oleh WHO kemungkinan besar sudah muncul sejak 8 Desember 2019.<sup>50</sup> COVID-19 menjadi salah satu wabah yang paling cepat menyebar di abad ke-21, sehingga WHO menetapkannya sebagai pandemi pada 11 Maret 2020.<sup>51</sup>

Hingga kini, masih belum ditemukan vaksin untuk COVID-19 secara global. Namun, di sisi lain, yang mungkin patut diperhatikan dalam pandemi COVID-19 adalah jumlah *testing*. *Testing*, baik secara *Polymerase Chain Reaction* (PCR), *swab*, dan metode lainnya menjadi penting untuk mendeteksi kasus COVID-19. Alat seperti ventilator yang menopang hidup pasien terinfeksi COVID-19 juga tidak kalah pentingnya. Sekali lagi, AS menjadi pemimpin dalam kategori-kategori ini. AS mampu meningkatkan jumlah *testing* secara drastis dari 112.330 tes pada 31 Maret, menjadi 739.349 tes pada 20 Oktober 2020. Bahkan AS pernah melakukan hingga 1,32 juta *testing* dalam sehari, yakni pada 9 Oktober 2020.<sup>52</sup> Secara keseluruhan,

47. WHO, *Pandemic Influenza Preparedness Framework for the Sharing of Influenza Viruses dan Access to Vaccines dan Other Benefits* (Geneva: WHO, 2011), 4.

48. *Ibid.*, 29.

49. *Ibid.*, 1-20.

50. WHO, "Novel Coronavirus - China" 12 Januari 2020, <https://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/> (diakses 10 Agustus 2020)

51. BBC, "Coronavirus confirmed as pandemic by World Health Organization" 11 Maret 2020, <https://www.bbc.com/news/world-51839944> (diakses 10 Agustus 2020)

52. Our World in Data, "Daily New COVID-19 Tests" diakses 23 Oktober 2020, dari <https://ourworldindata.org/coronavirus-data-explorer?zoomToSelection=true&country=USA~IDN&region=World&testsMetric=true&interval=daily&smoothing=0&pickerMetric=location&pickerSort=asc>

per 20 Oktober 2020, sebanyak 137,57 juta orang telah di-*testing*,<sup>53</sup> yang berarti sekitar 415,63 orang per seribu populasi Amerika.<sup>54</sup> Sementara itu, Presiden Trump telah menggunakan *Defense Production Act* untuk mengerahkan perusahaan besar seperti General Motors dan Ford untuk bekerja sama dengan Ventec, sebuah perusahaan medis, untuk memproduksi ventilator. Ventec dengan bantuan General Motors dan Ford mengaku mampu memproduksi 12.000 ventilator per bulannya.<sup>55</sup> Produksi peralatan medis yang sangat krusial ini menunjukkan kemampuan industri Amerika yang superior.

Kondisi yang berbalik drastis terjadi di Indonesia. Pada tanggal yang sama, yakni 31 Maret, Indonesia hanya melakukan 129 *testing*. Angka tersebut hanya meningkat tipis menjadi 25.202 *testing* pada 20 Oktober 2020. Angka tertinggi *testing* perhari Indonesia adalah 56.563 pada 23 September 2020.<sup>56</sup> Secara keseluruhan, per 20 Oktober 2020, Indonesia telah melakukan *testing* terhadap 2,58 juta orang,<sup>57</sup> yang berarti

hanya 9,44 orang per 1000 populasi Indonesia.<sup>58</sup> Hal ini diperparah dengan *reagen* dan mesin PCR yang digunakan untuk *testing*, menurut Menteri Riset dan Teknologi (Menristek) Bambang Brodjonegoro, Indonesia masih 100% bergantung pada impor.<sup>59</sup> Produksi *ventilator* juga menjadi satu lagi titik masalah. Masih menurut Menristek, Indonesia memiliki ketergantungan terhadap *ventilator*, bahkan menurutnya mengimpor ventilator adalah norma, sebab Indonesia dianggap tidak mampu memproduksi ventilator sendiri.<sup>60</sup> Menanggapi hal ini, beberapa pihak menunjuk pemerintah yang tidak kompeten sebagai permasalahan utamanya. Namun demikian, kapasitas industri medis Indonesia sebagai negara berkembang tentu jauh di bawah AS. Hal ini ditunjukkan oleh langkah Indonesia yang menempuh cara mirip dengan Amerika, yakni mengerahkan berbagai pihak di luar industri kesehatan untuk memproduksi *ventilator*. PT. Len Indonesia (Persero) hanya menyanggupi produksi

---

53. Our World in Data, "Cumulative COVID-19 Tests" diakses 23 Oktober 2020, dari <https://ourworldindata.org/coronavirus-data-explorer?zoomToSelection=true&country=USA-IDN&region=World&testsMetric=true&interval=total&smoothing=0&pickerMetric=location&pickerSort=asc>

54. Our World in Data, "Cumulative COVID-19 Tests per 1.000 people" diakses 23 Oktober, dari <https://ourworldindata.org/coronavirus-data-explorer?zoomToSelection=true&country=USA-IDN&region=World&testsMetric=true&interval=total&perCapita=true&smoothing=0&pickerMetric=location&pickerSort=asc>

55. Monica Nickelsburg, "Ventec and GM, 2 months later: How a startup took on the ventilator shortage, and where it stands now" *Geekwire*, 2 June 2020, diakses pada 21 Juli 2020, dari <https://www.geekwire.com/2020/ventec-gm-2-months-later-startup-took-ventilator-shortage-stdans-now/>

56. Our World in Data, "Daily New"

57. Our World in Data, "Cumulative COVID-19"

58. *Ibid.*

59. CNN Indonesia, "Menristek: Butuh Riset Agar Rapid Test Covid-19 Tidak Impor" 13 Juli 2020, diakses pada 21 Juli 2020, <https://www.cnnindonesia.com/teknologi/20200710162951-199-523322/menristek-butuh-riset-agar-rapid-test-covid-19-tidak-impor>

60. Soraya Novika, "Kenapa RI Doyan Impor Ventilator?", *Detik*, 23 Juni 2020, diakses pada 21 Juli 2020, dari <https://finance.detik.com/industri/d-5065203/kenapa-ri-doyan-impor-ventilator>

50 *ventilator* per hari, PT. Pindad (Persero) 40 *ventilator* per hari, sedangkan PT. Dirgantara Indonesia (Persero) bersama dengan ITB dan ITS seribu *ventilator* per minggu.<sup>61</sup> Jumlah seluruh produksi berbagai pihak tersebut, jika terealisasi, berarti 6.700 *ventilator* per bulan. Artinya, masih jauh di bawah AS.

### **International Health Regime dalam pandemi COVID-19**

Dalam menangani COVID-19, PIP-Framework dan Nagoya Protocol sempat dianggap akan diterapkan, terlebih lagi negara berkembang, dalam kasus COVID-19.<sup>62</sup> Namun, secara nomenklatur, kedua dokumen tersebut ternyata tidak dapat digunakan oleh dunia dalam menghadapi COVID-19.

Pada dasarnya, PIP-Framework menjadi terobosan baru dalam pengaturan *benefit sharing* dan pembagian sampel virus. Namun, PIP-Framework hanya bergerak di ranah influenza; bukan dalam bidang kesehatan masyarakat secara umum. Alhasil, walaupun negara berkembang memiliki jaminan kesehatan dalam kasus influenza, hal serupa tidak dapat dikatakan dalam isu kesehatan lainnya. Hal ini berangkat dari sejarah bahwa influenza merupakan penyebab

utama dari pandemi-pandemi yang pernah terjadi.<sup>63</sup> Akhirnya, tetap tidak jelas apakah PIP-Framework dapat digunakan dalam kasus pandemi COVID-19.

Hal yang sama terjadi dengan Nagoya Protocol. Dokumen ini tidak berlaku untuk sumber daya genetik manusia,<sup>64</sup> sehingga dapat menghasilkan ambiguitas yang sama ketika CBD 1992 tidak menerima virus sebagai bagian dari lingkungannya.<sup>65</sup> Lingkup yang terbatas ini juga membuka kemungkinan terjadinya interpretasi yang beragam, sehingga sulit untuk mendapatkan kejelasan hukum yang dibutuhkan. Alhasil, negara berkembang dapat dicurangi lagi jika mereka membagikan sampel virus COVID-19 dari wilayah mereka.

Meski begitu, hal ini tidak menghentikan praktik pembagian sampel virus di dunia. Pada bulan Januari, Tiongkok akhirnya menjadi negara pertama yang membagikan sampel virus mereka ke WHO dan dunia.<sup>66</sup> Sejak saat itu, ribuan sampel COVID-19, baik yang berbentuk virtual maupun fisik, telah dibagikan melalui situs GenBank dan Global Initiative on the Sharing of All Influenza Data (GISAID).<sup>67</sup> Bahkan, salah satu pendonor sampel tersebut adalah

61. Heru Andriyanto, "Indonesian Defense Industries to Produce Ventilators," *Jakarta Globe*, 16 April 2020, diakses pada 21 Juli 2020, dari <https://jakartaglobe.id/tech/indonesian-defense-industries-to-produce-ventilators>

62. Michael Rourke et al., "Policy Opportunities to Enhance Sharing for Pandemic Research," *Science Magazine*, May 15, 2020, 716-717.

63. WHO, "WHO Launches New Global Influenza Strategy" 11 March 2019, diakses pada 21 Juli 2020, dari <https://www.who.int/news-room/detail/11-03-2019-who-launches-new-global-influenza-strategy>

64. WHO, *Implementation of the Nagoya Protocol in the Context of Human dan Animal Health, and Food Safety: Access to Pathogens and Fair and Equitable Sharing of Benefits* (Geneva: Secretariat of the Convention on Biological Diversity and World Health Organization, 2018), 4.

65. Rabitz, *The Global*, 112.

66. Michael Rourke et al., "Policy Opportunities", 716.

67. *Ibid.*



Indonesia, yang pada bulan Mei 2020 lalu memberikan tiga sampel COVID-19 ke GISAID.<sup>68</sup>

GISAID merupakan bukti nyata bahwa PIP-Framework dan Nagoya Protocol, di tengah segala kekurangannya, masih bisa dijadikan pedoman hukum di kala COVID-19. Pada dasarnya, GISAID menerapkan penggunaan PIP-Framework karena GISAID termasuk salah satu unsur *international health regime*.<sup>69</sup> Selain GISAID, terdapat juga program COVAX khusus untuk COVID-19. Program tersebut merupakan kerja sama antara GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunisation), Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI), dan WHO. Sejauh ini, COVAX sudah menarik perhatian 165 negara dunia dan diprediksi akan terus meningkat.<sup>70</sup>

Pada dasarnya, COVAX mencoba untuk menjamin keadilan dalam penyebaran vaksin COVID-19 di dunia. Menurut COVAX, terdapat banyak sekali perusahaan farmasi yang sedang mengembangkan vaksin COVID-19. Namun, vaksin tersebut belum tentu lulus pengujian dan bisa diberikan ke masyarakat umum. Alhasil, bisa saja sebuah negara menghabiskan banyak uang untuk sebuah vaksin yang

ternyata tidak bisa dipakai. Di sinilah tempat COVAX berperan. COVAX akan mengumpulkan semua fasilitas dan perkembangan negara anggota dalam bidang vaksin COVID-19. Dengan begitu, COVAX memiliki basis data calon vaksin. Apabila ada satu calon vaksin yang gagal, COVAX bisa langsung menindas calon vaksin berikutnya. Hal ini memberi jaminan kepada semua negara anggota mengenai sebuah vaksin yang berfungsi, meskipun vaksin tersebut bukan murni hasil ciptaan negara mereka.<sup>71</sup>

Dapat dikatakan bahwa cara kerja COVAX mirip dengan sebuah asuransi. Negara anggota akan membayar uang muka sebesar 10% dari total biaya seluruh vaksin yang akan dibeli sebelum 31 Agustus 2020.<sup>72</sup> Lalu, negara anggota (baik negara maju atau berkembang) dibebaskan untuk menghasilkan vaksin dengan biaya sendiri. Jika vaksin hasil produksi negara tersebut gagal, mereka masih bisa mendapatkan vaksin hasil produksi negara lain yang lolos tahap pengujian. Titel adil, yang kerap digunakan COVAX, terlihat dari bagaimana negara berkembang, yang tidak atau sudah terlambat memiliki akses untuk menghasilkan vaksin, akhirnya mendapatkan jaminan vaksin yang terpercaya. Sejauh ini, COVAX telah

---

68. Ardila Syakriah, "Eijkman Institute Finishes Sequencing Indonesian Coronavirus Strain," *National* (The Jakarta Post, May 4, 2020), <https://www.thejakartapost.com/news/2020/05/04/eijkman-institute-finishes-sequencing-indonesian-coronavirus-strain.html>. (diakses pada 21 Juli 2020)

69. Yuelong Shu dan John McCauley, "GISAID: Global Initiative on Sharing All Influenza Data – from Vision to Reality," *Eurosurveillance* 22, no. 13 (Maret 30, 2017), 2.

70. GAVI, "More than 150 Countries Engaged in COVID-19 Vaccine Global Access Facility" (Gavi, the Vaccine Alliance, Juli 15, 2020), <https://www.gavi.org/news/media-room/more-150-countries-engaged-covid-19-vaccine-global-access-facility>. (diakses pada 11 Agustus 2020)

71. GAVI, "What Is the COVAX Pillar, Why Do We Need It dan How Will It Work?," #VaccinesWork (GAVI, the Vaccine Alliance, June 26, 2020), <https://www.gavi.org/vaccineswork/gavi-ceo-dr-seth-berkeley-explains-covax-pillar>. (diakses pada 11 Agustus 2020)

72. *Ibid.*

mengumpulkan US\$600 juta dari total target US\$2 milyar.<sup>73</sup> Selain memberikan jaminan vaksin yang berhasil, COVAX juga memberikan jaminan stok vaksin bagi 20% populasi tiap negara anggota sewaktu vaksin pertama berhasil ditemukan. Stok tersebut diperuntukkan bagi pekerja medis, kelompok lansia (di atas 65 tahun), dan pasien COVID-19 yang kondisinya sudah parah serta memiliki riwayat penyakit serius.<sup>74</sup>

Terdapat beberapa faktor yang menyebabkan kekurangan di program COVAX. *Pertama*, insentif bagi negara maju masih dianggap belum terlalu menarik. Dengan adanya kontestasi global dan ketakutan negara-negara atas virus COVID-19, terdapat kemungkinan bahwa negara maju masih mencari kerja sama bilateral demi kepentingan negara yang bersangkutan saja.<sup>75</sup> Hal ini didasari oleh realitas bahwa belum tentu ada satupun vaksin COVAX yang berhasil.<sup>76</sup> COVAX telah mempertimbangkan skenario ini, dan solusi mereka hanya sekadar anjuran bagi negara maju untuk mendonasikan stok vaksin hasil kerja sama bilateral kepada COVAX jika

tidak lagi dibutuhkan.<sup>77</sup> Hal tersebut merupakan sesuatu yang tidak mengikat dan tidak memberikan hasil yang jelas.

*Kedua*, peraturan dan pengukuran yang masih belum terlalu jelas. Negosiasi harga dan alur kerja COVAX sulit untuk ditentukan karena ada banyak pihak yang terlibat. Selain itu, kerangka peraturan yang akan digunakan untuk melandasi distribusi vaksin ke negara berkembang belum dibentuk, sehingga terdapat banyak hal yang masih tentatif.<sup>78</sup> Alhasil, sejumlah negara berekonomi menengah, seperti Meksiko dan Brasil, akan memiliki posisi yang sangat membingungkan di COVAX. Mereka tidak terlalu makmur untuk berdonasi, tetapi juga tidak terlalu miskin untuk tidak menunggu keputusan rezim kesehatan internasional.<sup>79</sup>

Selain kekurangan internal, terdapat sebuah permasalahan eksternal yang cukup berpengaruh. Pada bulan Juli 2020, Presiden AS, Donald Trump, menyatakan bahwa AS akan mengundurkan diri dari WHO. Walaupun pemutihan keanggotaan AS baru efektif di bulan Juli 2021 mendatang, hal ini tidak berarti bahwa

73. GAVI, "More than 150 Countries Engaged in COVID-19 Vaccine Global Access Facility" (GAVI, the Vaccine Alliance, Juli 15, 2020), <https://www.gavi.org/news/media-room/more-150-countries-engaged-covid-19-vaccine-global-access-facility>. (diakses pada 11 Agustus 2020)

74. World Health Organization, *COVAX, the ACT-Accelerator Vaccines Pillar* (Geneva: WHO Team, 2020), 3.

75. Colum Lynch, "'America First' vs. 'The People's Vaccine'" (Foreign Policy, Juli 6, 2020), <https://foreignpolicy.com/2020/07/06/coronavirus-vaccine-nationalism-america-first-covax/>. (diakses pada 11 Agustus 2020)

76. Jasmin Bauomy, "Once a COVID-19 Vaccine Is Found, What Happens next?" (Euronews, Agustus 1, 2020), <https://www.euronews.com/2020/08/01/once-a-covid-19-vaccine-is-found-what-happens-next>. (diakses pada 11 Agustus 2020)

77. GAVI, *COVID-19 Vaccine Global Access (COVAX) Facility Preliminary Technical Design* (Geneva: GAVI, 2020), 4.

78. *Ibid.*

79. Emily Chung, "Some Countries May Get Faster Access to a COVID-19 Vaccine than Others. Here's Why | CBC News," *CBCnews* (CBC/Radio Canada, Agustus 2, 2020), <https://www.cbc.ca/news/health/covid-19-vaccine-countries-world-1.5668835>. (diakses pada 11 Agustus 2020)

AS akan tetap menjalin hubungan yang baik dengan WHO selama satu tahun ini.<sup>80</sup> Mengingat bahwa COVAX merupakan sebuah program kerjasama antara GAVI, CEPI, dan WHO, AS akhirnya memilih untuk tidak berpartisipasi dalam program COVAX. Washington menolak untuk melakukan kerja sama dalam bentuk apapun dengan WHO serta menuding bahwa program COVAX diinfiltrasi dengan agenda yang Tiongkok-sentris.<sup>81</sup>

Keputusan AS untuk tidak bergabung dalam COVAX merupakan sesuatu yang berbahaya. Di satu sisi, AS mempertaruhkan vaksin mereka dengan menggunakan strategi *go-it-alone* negara. Jika vaksin tidak berhasil, maka AS terpaksa membiarkan masyarakatnya terus terpapar oleh COVID-19 sembari mencari vaksin yang tersedia.<sup>82</sup> Di sisi yang lain, AS bisa membuat perjanjian dengan perusahaan farmasi pihak ketiga, sehingga memberikan AS akses pertama kepada vaksin dan menimbun persediaan obat sebanyak mungkin.<sup>83</sup> Jika skenario ini terjadi, maka fungsi utama COVAX menjadi sulit untuk dilakukan.

Selain itu, terdapat permasalahan mengenai hak paten vaksin. Dalam kondisi yang ideal, seharusnya ilmuwan mendonasikan hak vaksin kepada dunia agar biaya replikasi vaksin menjadi lebih terjangkau. Namun,

masih terdapat banyak perusahaan farmasi yang menganggap situasi ini sebagai kesempatan untuk mendapatkan keuntungan.<sup>84</sup> Pemikiran seperti inilah yang mampu menyulitkan proses pembuatan dan penyebaran vaksin COVAX.

### Diplomasi Indonesia dan Prospek Penggunaan Kembali *Viral Sovereignty*

Dengan segala kompleksitas yang berkembang, *international health regime* tampaknya lagi-lagi tidak dapat bekerja dengan baik. Meski begitu, ketiadaan kerja sama global ini sebagian disebabkan oleh tidak jelasnya COVAX dan basis legal lainnya dari *specimen sharing*. Terlebih lagi, ketidakjelasan kerja sama global dalam *specimen sharing* tentu menghambat proses penelitian vaksin. Hal ini menyebabkan Indonesia di posisi yang sangat tidak menguntungkan, dengan kasus yang terus naik dan industri medis yang rentan. Sementara itu, Indonesia juga sangat membutuhkan alat-alat, yakni reagen untuk melakukan *testing* dan *ventilator* untuk menyelamatkan nyawa.

Menanggapi kenyataan tersebut, penggunaan argumen *viral sovereignty* kembali menjadi opsi yang menjanjikan. *Viral sovereignty*, yang juga menjadi pernyataan penolakan kooperasi, menjadi

80. Amy McKeever, "Here's What We'll Lose If the U.S. Cuts Ties with the WHO," Juli 10, 2020, <https://www.nationalgeographic.com/science/2020/07/what-we-will-lose-if-united-states-cuts-ties-with-world-health-organization/> (diakses pada 20 Oktober 2020)

81. Emily Rauhala and Yasmeen Abutaleb, "U.S. Says It Won't Join WHO-Linked Effort to Develop, Distribute Coronavirus Vaccine," *The Washington Post* (WP Company, September 2, 2020) (diakses pada 20 Oktober 2020) [https://www.washingtonpost.com/world/coronavirus-vaccine-trump/2020/09/01/b44b42be-e965-11ea-bf44-0d31c85838a5\\_story.html](https://www.washingtonpost.com/world/coronavirus-vaccine-trump/2020/09/01/b44b42be-e965-11ea-bf44-0d31c85838a5_story.html). (diakses pada 20 Oktober 2020)

82. *Ibid.*

83. *Ibid.*

84. Jay Hancock, "They Pledged to Donate Rights to Their COVID Vaccine, Then Sold Them to Pharma," *Kaiser Health News*, August 26, 2020, <https://khn.org/news/rather-than-give-away-its-covid-vaccine-oxford-makes-a-deal-with-drugmaker/>. (diakses pada 20 Oktober 2020)

alat bagi Indonesia untuk menyatakan kekecewaannya terhadap *international health regime*.<sup>85</sup> *Viral sovereignty* ini kemudian menjadi pendorong perubahan rezim melalui perdebatan internal seperti yang diutarakan Young. Penggunaan argumen *viral sovereignty* sekali lagi diharapkan dapat mengekspos kekurangan-kekurangan dalam *international health regime*, sehingga terjadi *regime shifting*. Setelah itu, baru kemudian Indonesia dapat mendorong proses *institutional layering*, yakni pembuatan peraturan internasional baru untuk menangani pandemi COVID-19.

Namun tentu aspek-aspek yang disuarakan dalam penggunaan argumen *viral sovereignty* kali ini berbeda dengan sebelumnya. Dahulu, hal yang disuarakan hanyalah *benefit sharing* berupa akses terhadap vaksin yang adil dan kepastian dalam *specimen sharing*, namun kini yang disuarakan lebih dari itu. *Pertama*, aspek deteksi melalui *testing* menjadi sangat penting dalam mencegah penyebaran COVID-19. Demikian juga ventilator dan alat lainnya yang menunjang nyawa pasien. Namun, yang terjadi justru pelarangan ekspor dari negara-negara yang mampu memproduksinya. Oleh karena itu, alat-alat medis yang vital seharusnya juga menjadi salah satu aspek yang dapat diakses secara berkeadilan. *Kedua*, penetapan mekanisme *specimen sharing* yang jelas. Tidak hanya mengenai COVID-19, tetapi juga semua *biological substance* (baik virus, bakteri, dll.). Peraturan yang hanya memayungi influenza seperti PIP-Framework tentu tidak lengkap. Sementara itu, penelitian COVAX, yang tidak hanya mengatur

investasi, tentu akan terhambat akibat kurangnya spesimen yang akan diteliti. *Terakhir*, pembuatan *international health regime* secara keseluruhan yang lebih pasti dan mengikat. COVAX hanya merupakan perjanjian investasi yang tidak memiliki mekanisme yang dapat mengikat negara-negara dalam kerja sama. Padahal, pemberian insentif dan sanksi menjadi penting untuk mencegah *defection* atau pengkhianatan dari negara dalam suatu kerja sama internasional. Hal ini selaras dengan agenda diplomasi Indonesia seperti yang digaribawahi Menlu Retno Marsudi, yakni memastikan penyediaan akses yang setara terhadap vaksin dan obat dengan harga terjangkau.<sup>86</sup>

Di sisi lain, penggunaan argumen *viral sovereignty* tidak berarti menegasikan COVAX sama sekali. COVAX adalah suatu terobosan baik, yang menyediakan alternatif dengan investasi untuk menemukan vaksin lebih cepat dan diproduksi lebih banyak. Namun, COVAX memiliki beberapa kekurangan yang krusial sebagai sebuah perjanjian internasional. Oleh karena itu, *viral sovereignty* digunakan untuk membawa perubahan institusional demi penanganan pandemi yang lebih baik. Usaha ini tentu harus dikombinasikan dengan COVAX dan usaha lainnya untuk menghadirkan kerangka kerja sama yang lebih baik dan saling menguntungkan dalam menangani pandemi ke depannya.

## Kesimpulan

Pandemi merupakan kenyataan hidup yang terus terjadi dalam sejarah manusia. Pandemi dapat menginfeksi

85. Sedyaningsih, Isfandari, Sundoro, dan Supari "Towards Mutual", 485-487.

86. DW, "Indonesia Dukung Resolusi WHA, Tak Sebut Investigasi Asal Corona" 20 Mei 2020, <https://www.dw.com/id/indonesia-dukung-resolusi-wha-tak-sebut-investigasi-asal-corona/a-53511448> (diakses pada 10 Agustus 2020)

dan merenggut nyawa jutaan orang setiap kalinya. Dunia yang semakin terglobalisasi memudahkan penyebaran wabah menjadi semakin tidak terbendung, sehingga harus diselesaikan dengan kerja sama antara negara-negara di dunia. Akan tetapi, terdapat banyak tantangan dalam rangka mewujudkan *international health regime* yang ideal. Perjanjian pertama terkait sumber daya biologis, yakni CBD, yang disepakati pada 1992, sayangnya belum mengatur secara spesifik terkait virus. Setelah dibuat IHR pada 2005, yang dianggap cukup komprehensif, terjadi penggunaan argumen *viral sovereignty* oleh Indonesia dalam wabah H5N1. Kejadian tersebut kembali mengekspos berbagai kekurangan dalam *international health regime*, yang terutama merugikan negara-negara berkembang. Untuk mengakomodasi ketidakpuasan berbagai pihak tersebut, disepakati PIP-Framework dan Nagoya Protocol. Namun lagi, masih terdapat kekurangan dalam perjanjian tersebut. PIP-Framework hanya mengatur penyakit influenza, sementara Nagoya Protocol menimbulkan ambiguitas yang sama dengan CBD.

Tanpa sempat melakukan perbaikan, dunia kembali dilanda oleh pandemi, yakni COVID-19. Negara-negara di dunia kini berlomba-lomba untuk menghasilkan vaksin. Sementara itu, terjadi ketimpangan dalam *testing* dan juga pertolongan pertama. Tidak jelas apakah perjanjian-perjanjian

internasional yang sebelumnya dapat diterapkan sekarang. Hal ini diperparah dengan berbagai perselisihan di tingkat internasional dan keegoisan masing-masing negara. Sebagai alternatif, WHO bersama CEPI dan GAVI mengusulkan COVAX yang fokus pada investasi sebagai alternatif kerja sama internasional dalam menangani COVID-19. Sayangnya, COVAX tidak mengatur perihal *specimen sharing* dan tidak menjelaskan mekanisme untuk menjamin kepatuhan pihak-pihak yang berpartisipasi. Bahkan, AS memutuskan untuk tidak berpartisipasi dalam program COVAX, yang membuatnya semakin sulit direalisasikan.

Kekurangan-kekurangan dalam *international health regime*, di tengah pandemi yang semakin mengganas, membuka kemungkinan untuk sekali lagi menggunakan konsep *viral sovereignty*. *Viral sovereignty* tersebut ditujukan untuk mendorong perubahan dari internal *international health regime*. Kemudian, dapat terjadi *regime shifting*, sehingga terdapat kesempatan untuk melakukan reformasi dengan *institutional layering*. Tentu saja, kekecewaan-kekecewaan yang diangkat sekarang lebih banyak dan kompleks dibandingkan sebelumnya. Namun *testing*, *specimen sharing*, hingga *international health regime* secara keseluruhan harus dapat dibenahi untuk dapat menanggulangi pandemi COVID-19 dan pandemi-pandemi selanjutnya dengan lebih cepat dan berkeadilan.

## Daftar Pustaka

- Andanda, Pamela, Sachin Chaturvedi, Emezat Mengesha, dan Tim Hodges. "Legal Frameworks for Benefit Sharing: From Biodiversity to Human Genomics." *Benefit Sharing: From Biodiversity to Human Genetics*. Diedit oleh Doris Schroeder. London: Springer International Publishing, 2013.
- Andriyanto, Heru. "Indonesian Defense Industries to Produce Ventilators." *Jakarta Globe*. 16 April 2020, dari <https://jakartaglobe.id/tech/indonesian-defense-industries-to-produce-ventilators>
- Arnason, Gardar. "Exploring Central Philosophical Concepts in Benefit Sharing: Vulnerability, Exploitation and Undue Inducement." *Benefit Sharing: From Biodiversity to Human Genetics*. Diedit oleh Doris Schroeder. London: Springer International Publishing, 2013.
- Bauomy, Jasmin. "Once a COVID-19 Vaccine Is Found, What Happens next?" *euronews*, Agustus 1, 2020. <https://www.euronews.com/2020/08/01/once-a-covid-19-vaccine-is-found-what-happens-next>. (diakses pada 11 Agustus, 2020)
- BBC. "Coronavirus confirmed as pandemic by World Health Organization." 11 Maret 2020, <https://www.bbc.com/news/world-51839944> (diakses 10 Agustus 2020)
- Britannica. "World Health Organization" diakses 10 Agustus 2020, dari <https://www.britannica.com/topic/World-Health-Organization>
- Caplan, Arthur L., dan David R. Curry. "Leveraging Genetic Resources or Moral Blackmail? Indonesia and Avian Flu Virus Sample Sharing." *The American Journal of Bioethics* 7, no. 11 (15 November, 2007): 1–2. <https://doi.org/10.1080/15265160701728958>.
- Center for Disease Control and Prevention, "Highly Pathogenic Asian Avian Influenza A(H5N1) Virus" CDC. 12 Desember 2018, <https://www.cdc.gov/flu/avianflu/h5n1-virus.htm#:~:text=The%20virus%20was%20first%20detected,Europe%2C%20and%20the%20Middle%20East>. (diakses pada 19 Juli 2020)
- Chung, Emily. "Some Countries May Get Faster Access to a COVID-19 Vaccine than Others. Here's Why | CBC News." *CBCnews*. Agustus 2, 2020, <https://www.cbc.ca/news/health/covid-19-vaccine-countries-world-1.5668835>. (diakses pada 11 Agustus 2020)
- CNN Indonesia. "Menristek: Butuh Riset Agar Rapid Test Covid-19 Tidak Impor" 13 Juli 2020, <https://www.cnnindonesia.com/teknologi/20200710162951-199-523322/>

- menristek-butuh-riset-agar-rapid-test-covid-19-tidak-impor (diakses pada 21 Juli 2020)
- Detik, "WHO Izinkan Tamiflu Made in Indonesia" *Detik*. 26 November, 2005, <https://news.detik.com/berita/d-486941/who-izinkan-tamiflu-made-in-indonesia> (diakses pada 19 Juli 2020)
- DW, "Indonesia Dukung Resolusi WHA, Tak Sebut Investigasi Asal Corona" 20 Mei 2020, <https://www.dw.com/id/indonesia-dukung-resolusi-wha-tak-sebut-investigasi-asal-corona/a-53511448> (diakses pada 10 Agustus 2020)
- Elbe, Stefan. *The Handbook of Global Health Policy*, diedit oleh Nadine Voelkner, 305–16. Oxford, UK: John Wiley & Sons, 2014.
- GAVI. *COVID-19 Vaccine Global Access (COVAX) Facility Preliminary Technical Design*. Geneva: GAVI, 2020.
- GAVI. "More than 150 Countries Engaged in COVID-19 Vaccine Global Access Facility." GAVI. 15 Juli, 2020, <https://www.gavi.org/news/media-room/more-150-countries-engaged-covid-19-vaccine-global-access-facility>. (diakses pada 11 Agustus 2020)
- GAVI. "What Is the COVAX Pillar, Why Do We Need It and How Will It Work?" #VaccinesWork. GAVI. 26 Juni, 2020, <https://www.gavi.org/vaccineswork/gavi-ceo-dr-seth-berkeley-explains-covax-pillar>. (diakses pada 11 Agustus 2020)
- Hancock, Jay. "They Pledged to Donate Rights to Their COVID Vaccine, Then Sold Them to Pharma." Kaiser Health News, August 26, 2020. <https://khn.org/news/rather-than-give-away-its-covid-vaccine-oxford-makes-a-deal-with-drugmaker/>.
- Helfer, Lawrence R. "Regime Shifting in the International Intellectual Property System," *Perspectives on Politics* 7, No. 1 (2009): 39–44.
- Lucas, Julie Cook, Gardar Arnason, Pamela Andanda, Joshua Kimani, Veronique Fournier, dan Meena Krishnamuurthy. "Donating Human Samples: Who Benefits? Cases from Iceland, Kenya and Indonesia." dalam *Benefit Sharing: From Biodiversity to Human Genetics*, diedit oleh Doris Schroeder, 95–127. London: Springer International Publishing, 2013.
- Lynch, Colum. "'America First' vs. 'The People's Vaccine'" *Foreign Policy*. 6 Juli, 2020, <https://foreignpolicy.com/2020/07/06/coronavirus-vaccine-nationalism-america-first-covax/>. (diakses pada 11 Agustus 2020)
- Mahoney, James dan Kathleen Thelen. "A Theory of Gradual Institutional Change," *Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency, and Power*, ed. James Mahoney dan Kathleen Thelen. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.

- McKeever, Amy. "Here's What We'll Lose If the U.S. Cuts Ties with the WHO," July 10, 2020. <https://www.nationalgeographic.com/science/2020/07/what-we-will-lose-if-united-states-cuts-ties-with-world-health-organization/>.
- Nickelsburg, Monica. "Ventec and GM, 2 months later: How a startup took on the ventilator shortage, and where it stands now" *Geekwire*. 2 June 2020, dari <https://www.geekwire.com/2020/ventec-gm-2-months-later-startup-took-ventilator-shortage-stdans-now/> (diakses pada 21 Juli 2020)
- Novika, Soraya. "Kenapa RI Doyan Impor Ventilator?". *Detik*. 23 Juni 2020, dari <https://finance.detik.com/industri/d-5065203/kenapa-ri-doyan-impor-ventilator> (diakses pada 21 Juli 2020)
- Our World in Data, "Cumulative COVID-19 Tests per 1.000 people" diakses 23 Oktober, dari <https://ourworldindata.org/coronavirus-data-explorer?zoomToSelection=true&country=USA~IDN&region=World&testsMetric=true&interval=total&perCapita=true&smoothing=0&pickerMetric=location&pickerSort=asc>
- Our World in Data, "Cumulative COVID-19 Tests" diakses 23 Oktober 2020, dari <https://ourworldindata.org/coronavirus-data-explorer?zoomToSelection=true&country=USA~IDN&region=World&testsMetric=true&interval=total&smoothing=0&pickerMetric=location&pickerSort=asc>
- Our World in Data. "Cumulative COVID-19 Tests per 1000 people." diakses pada 10 Agustus 2020, dari [https://ourworldindata.org/coronavirus-data-explorer?zoomToSelection=true&testsMetric=true&interval=total&hideControls=true&perCapita=true&smoothing=0&country=IDN~OWID\\_WRL~USA&pickerMetric=location&pickerSort=asc](https://ourworldindata.org/coronavirus-data-explorer?zoomToSelection=true&testsMetric=true&interval=total&hideControls=true&perCapita=true&smoothing=0&country=IDN~OWID_WRL~USA&pickerMetric=location&pickerSort=asc)
- Our World in Data, "Daily New COVID-19 Tests" diakses 23 Oktober 2020, dari <https://ourworldindata.org/coronavirus-data-explorer?zoomToSelection=true&country=USA~IDN&region=World&testsMetric=true&interval=daily&smoothing=0&pickerMetric=location&pickerSort=asc>
- Rabitz, Florian. *The Global Governance of Genetic Resources: Institutional Change and Structural Constraints*. Abingdon, Oxon: Routledge, Taylor & Francis, 2017.
- Rauhala, Emily, and Yasmeen Abutaleb. "U.S. Says It Won't Join WHO-Linked Effort to Develop, Distribute Coronavirus Vaccine." *The Washington Post*. WP Company, September 2, 2020. [https://www.washingtonpost.com/world/coronavirus-vaccine-trump/2020/09/01/b44b42be-e965-11ea-bf44-0d31c85838a5\\_story.html](https://www.washingtonpost.com/world/coronavirus-vaccine-trump/2020/09/01/b44b42be-e965-11ea-bf44-0d31c85838a5_story.html).
- Raustiala, Kal dan David G. Victor. "The Regime Complex for Plant Genetic Resources," *International Organization* 58, No. 2



- (2004): 300-305.
- Rourke, Michael, Mark Eccleston-Turner, Alexandra Phelan, dan Lawrence Gostin. "Policy Opportunities to Enhance Sharing for pandemic Research." *Science Magazine* 368, No. 6942, (2020): 716-718.
- Sedyaningsih, Endang R., Siti Isfandari, Triono Soendoro, dan Siti F. Supari. "Towards Mutual Trust, Transparency and Equity in Virus Sharing Mechanism: The Avian Influenza Case of Indonesia." *Annals of the Academy of Medicine Singapore* 37, No. 6 (2008): 482-88.
- Shu, Yuelong, dan John Mccauley. "GISAID: Global Initiative on Sharing All Influenza Data – from Vision to Reality." *Eurosurveillance* 22, no. 13 (30 Maret, 2017): 1-3. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.es.2017.22.13.30494>.
- Syakriah, Ardila. "Eijkman Institute Finishes Sequencing Indonesian Coronavirus Strain." *The Jakarta Post*. 4 Mei, 2020. <https://www.thejakartapost.com/news/2020/05/04/eijkman-institute-finishes-sequencing-indonesian-coronavirus-strain.html>. (diakses pada 19 Juli 2020).
- United Nations. *Convention on Biological Diversity*. Rio de Janeiro, Brazil: United Nations, 1992.
- United Nations Environment Programme. *Nagoya Protocol*. Montreal, Canada: Secretariat of the Convention on Biological Diversity, 2011.
- United States Food and Drug Administration, "H5N1 Influenza Virus Vaccine, manufactured by Sanofi Pasteur, Inc. Questions and Answers" *US FDA*. 23 Maret 2018, <https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines/h5n1-influenza-virus-vaccine-manufactured-sanofi-pasteur-inc-questions-and-answers> (diakses pada 19 Juli 2020).

- World Health Organization. *COVAX, the ACT-Accelerator Vaccines Pillar*. Geneva: WHO Team, 2020.
- World Health Organization. "Human Animal Interface" WHO. [https://www.who.int/influenza/human\\_animal\\_interface/2020\\_01\\_20\\_tableH5N1.pdf?ua=1](https://www.who.int/influenza/human_animal_interface/2020_01_20_tableH5N1.pdf?ua=1) (diakses pada 19 Juli 2020)
- World Health Organization. *Implementation of the Nagoya Protocol in the Context of Human and Animal Health, and Food Safety: Access to Pathogens and Fair and Equitable Sharing of Benefits*. Geneva: Secretariat of the Convention on Biological Diversity and World Health Organization, 2018.
- World Health Organization. *International Health Regulations*. 2nd ed. Geneva, Switzerland: WHO Press, 2005.
- World Health Organization. "Novel Coronavirus - China" 12 Januari 2020. <https://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/> (diakses 10 Agustus 2020)
- World Health Organization. *Pandemic Influenza Preparedness Framework for the Sharing of Influenza Viruses and Access to Vaccines and Other Benefits*. Geneva: WHO, 2011.
- World Health Organization, "WHO Launches New Global Influenza Strategy" WHO. 11 March 2019, <https://www.who.int/news-room/detail/11-03-2019-who-launches-new-global-influenza-strategy> (diakses pada 10 Juni 2020)
- World Intellectual Property Organization, "Avian Flu Drugs: Patent Questions" *WIPO Magazine*. April 2006, [https://www.wipo.int/wipo\\_magazine/en/2006/02/article\\_0005.html](https://www.wipo.int/wipo_magazine/en/2006/02/article_0005.html)
- Young, Oran R. "Regime dynamics: the rise and fall of international regimes." *International Organization* 36, No. 2, International Regimes (Spring, 1982): 277-297.