

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Bencana adalah kejadian yang tersebar luas yang terjadi ketika sistem respon tipikal tidak dapat dipecahkan selama aktivitas darurat dan dapat terjadi secara alami atau buatan manusia (Adelman et al., 2019). Indonesia adalah negeri rawan bencana (disaster prone area). Data IRBI (Indeks Risiko Bencana Indonesia) menunjukkan, setiap tahunnya tidak ada satu pun wilayah di Indonesia yang memiliki risiko rendah terhadap bencana. Indonesia memiliki 127 gunung api aktif serta dilalui oleh 3 lempeng tektonik, yaitu Lempeng Indo-Australia, Eurasia, dan Pasifik. Hal ini menyebabkan Indonesia rawan terhadap ancaman bencana letusan gunung api maupun gempa bumi. Adanya curah hujan tinggi serta faktor lingkungan menyebabkan Indonesia rawan terhadap bencana hidrometeorologi (Kemenkes RI, 2023).

Secara global, kejadian berbahaya yang paling umum adalah kecelakaan transportasi, banjir, siklon/badai angin, wabah penyakit, kecelakaan industri, dan gempa bumi. Sekitar 190 juta orang secara langsung terkena dampak setiap tahunnya oleh keadaan darurat akibat bahaya alam dan teknologi, dengan lebih dari 77.000 kematian (World disasters report, 2016). Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), bahaya alam dari keadaan darurat berdampak langsung pada sekitar 190 juta orang, yang menyebabkan lebih dari 77.000 kematian setiap tahunnya. Lebih jauh lagi, WHO mencatat 1.200 wabah di 168 negara selama periode 2012-2017, dengan mempertimbangkan penyakit menular yang baru atau yang muncul kembali penyakit.

Indonesia merupakan negara kepulauan dengan 16.771 pulau besar dan kecil Indonesia memiliki garis pantai sepanjang 95.181 km dan merupakan garis pantai terpanjang kedua di dunia. Secara geografis Indonesia merupakan negara kepulauan yang terletak pada pertemuan empat lempeng tektonik yaitu lempeng Benua Asia, Benua Australia, lempeng Samudra Hindia dan Samudra Pasifik. Pada bagian selatan dan timur Indonesia terdapat sabuk vulkanik (volcanic arc) yang memanjang dari Pulau Sumatra - Jawa - Nusa Tenggara- Sulawesi, yang sisinya berupa pegunungan vulkanik tua dan dataran rendah yang sebagian didominasi oleh rawa rawa. Kondisi tersebut sangat berpotensi sekaligus rawan bencana seperti letusan gunungapi, gempabumi, tsunami, banjir dan tanah longsor. Data BNPB 2024 menunjukkan bahwa terjadi 5.400 kejadian bencana di seluruh wilayah Indonesia dengan dampak luas terhadap sistem kesehatan masyarakat. Bencana-bencana alam tersebut menyebabkan 275 jiwa meninggal, 5.795 jiwa mengalami luka-luka, serta 8,4 juta jiwa menderita dan mengungsi

(BNPB, 2024).

Berdasarkan data yang dikumpulkan Pusat Krisis Kesehatan, Kementerian Kesehatan, dari tahun 2015 hingga 2017 telah terjadi 1.477 kejadian krisis kesehatan. Jumlah korban yang ditimbulkan pun tidak sedikit. Tercatat korban meninggal sejak tahun 2014 hingga 2017 sebanyak 1.917 jiwa atau sekitar 639 jiwa per tahun, korban luka berat/rawat inap sebanyak 8.585 orang atau sekitar 2.861 orang per tahun, korban luka ringan/rawat jalan sebanyak 622.882 orang atau sekitar 207.627 orang per tahun, dan pengungsi sebanyak 781.143 jiwa atau sekitar 260.381 jiwa per tahun (Pusat Krisis Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018). Transformasi sistem ketahanan kesehatan yang tangguh terintegrasi dengan upaya pengurangan risiko bencana merupakan hal yang penting (Kemenkes RI, 2024).

Risiko bencana adalah potensi kerugian yang ditimbulkan akibat bencana pada suatu wilayah dan kurun waktu tertentu yang dapat berupa kematian, luka, sakit, jiwa terancam, hilangnya rasa aman, mengungsi, kerusakan atau harta, dan gangguan kegiatan masyarakat. Berdasarkan Indeks Risiko Bencana Indonesia tahun 2013 yang dikeluarkan BNPB, dari 496 kabupaten/ kota, 65% nya adalah lokasi berisiko tinggi. Pusat Krisis Kesehatan pada tahun 2018 telah melakukan asistensi di 37 kabupaten/kota rawan bencana dari 190 Kabupaten/Kota yang telah ditetapkan. Kabupaten/kota tersebut berada di 9 provinsi yaitu Provinsi Sumatera Utara, Bangka Belitung, Nusa Tenggara Barat, D.I. Yogyakarta, Maluku, Riau, Aceh, Sulawesi Selatan, dan Kepulauan Riau (Pusat Krisis Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018).

Jenis Ancaman Bencana yang ada di Sulawesi Selatan yaitu Banjir, Tanah Longsor, Banjir Bandang, Kekeringan, Angin Puting Beliung, Gelombang Pasang/Badai, Banjir dan Tanah Longsor, Kebakaran, Kebakaran Hutan dan Lahan, Kecelakaan Transportasi, Kecelakaan Industri, Kejadian Luar Biasa (KLB) - Penyakit, Kejadian Luar Biasa (KLB) - Keracunan, Wabah Penyakit (Epidemi - Pandemi), Konflik Sosial (Pusat Krisis Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018).

Bencana umumnya memiliki dampak yang merugikan. Rusaknya sarana prasarana fisik, pemukiman dan fasilitas umum. Dampak lain adalah permasalahan kesehatan seperti korban meninggal, korban cedera berat yang memerlukan perawatan intensif, peningkatan risiko penyakit menular, tidak memadainya jumlah dan jenis obat serta alat kesehatan, terbatasnya tenaga kesehatan, kerusakan fasilitas kesehatan, rusaknya sistem penyediaan air, stress pasca trauma, masalah gizi, dan psikososial. Kejadian bencana seringkali diikuti dengan adanya arus pengungsian penduduk ke lokasi yang aman, yang akan

menimbulkan permasalahan kesehatan yang baru di lokasi tujuan pengungsian tersebut. Hal ini tentu akan berdampak pada pembangunan kesehatan baik tingkat nasional maupun daerah. Dibutuhkan biaya yang tidak sedikit untuk memulihkan keadaan. Belum lagi waktu yang hilang untuk mengejar ketertinggalan. Pusat Krisis Kesehatan pada tahun 2018 telah melakukan asistensi di 37 kabupaten/kota rawan bencana dari 190 Kabupaten/Kota yang telah ditetapkan. Kabupaten/kota tersebut berada di 9 provinsi yaitu Provinsi Sumatera Utara, Bangka Belitung, Nusa Tenggara Barat, D.I. Yogyakarta, Maluku, Riau, Aceh, Sulawesi Selatan, dan Kepulauan Riau (Pusat Krisis Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018).

Krisis Kesehatan adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengakibatkan timbulnya korban jiwa, korban luka/sakit, pengungsian dan/atau adanya potensi bahaya yang berdampak pada kesehatan masyarakat yang membutuhkan respons cepat di luar kebiasaan normal dan kapasitas pelayanan kesehatan yang tidak memadai. Pengelolaan Krisis Kesehatan dilakukan melalui tiga tahapan, yaitu sebelum terjadinya Krisis Kesehatan (pra krisis kesehatan), saat darurat Krisis Kesehatan, dan setelah terjadinya Krisis Kesehatan (pasca krisis kesehatan) (Kemenkes RI, 2023).

Penanggulangan masalah kesehatan dalam kondisi bencana ditujukan untuk menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan bagi korban akibat bencana dan pengungsi sesuai standar minimal. Kebijakan penanganan krisis kesehatan antara lain memprioritaskan penanganan gawat darurat medik, mengoptimalkan pelayanan kesehatan rutin di fasilitas kesehatan, melaksanakan penanganan krisis kesehatan secara berjenjang, pengelolaan bantuan kesehatan dengan terstruktur, dan penyediaan informasi yang berkaitan dengan penanggulangan kesehatan (Kemenkes, 2010).

Tenaga kefarmasian, baik apoteker maupun tenaga vokasi kefarmasian bertugas memberikan layanan kefarmasian dalam berbagai situasi seperti pelayanan ambulatori, pelayanan komunitas, pelayanan kefarmasian di rumah, dan pelayanan kefarmasian di rumah sakit. Meskipun peran tenaga kefarmasian dalam kesehatan masyarakat secara umum sudah meningkat, namun perlu disadari bahwa tenaga kefarmasian mampu memerankan tanggung jawab yang lebih besar dalam sistem kesehatan untuk meningkatkan kualitas layanan (Lai *et al.*, 2013; Kusharwanti *et al.*, 2014).

Standar Kompetensi inti manajemen krisis kesehatan yang harus dimiliki oleh semua Tenaga cadangan Kesehatan, materi yang diajarkan meliputi: 1) Kebijakan manajemen bencana dan krisis kesehatan di Indonesia (pengorganisasian, SPM, dan kebijakan lainnya); 2) Konsep dasar manajemen

bencana dan krisis kesehatan (All hazard berdasarkan health emergency and disaster risk dari WHO 2021 dan disaster logic model oleh Prof Marvin); 3) jenis-jenis perencanaan bencana (rencana penanggulangan krisis kesehatan, rencana kontingensi, rencana operasi, dan rencana pemulihan); 4) Penerapan keamanan dan keselamatan selama melakukan operasi tugas di daerah bencana; 5) Rapid Health assessment (RHA); 6) Pelaksanaan registrasi, laporan harian, laporan akhir tugas ke klaster kesehatan; 7) Kepemimpinan dalam bencana dan krisis kesehatan (incident command system); 8) Operasionalisasi Health emergency Operation center (HEOC)/Klaster Kesehatan (Kemenkes RI, 2023). Apoteker biasanya bertanggung jawab untuk menyiapkan dan menerapkan rencana pengobatan untuk pasien sambil memberi konseling kepada mereka tentang cara minum obat (Chandrasekhar *et al.*, 2019). Kesiapan tenaga kefarmasian dalam menghadapi bencana juga memerlukan dukungan semua pihak, baik dari rekan sejawat maupun organisasi profesi untuk memberikan pelatihan dan menyusun prosedur baku penanggulangan bencana (Faradilla, 2018). Apoteker yang berminat dalam perencanaan, pengelolaan, dan penelitian bencana harus mencari peluang untuk bekerja sama dengan mitra lokal, negara bagian, dan federal untuk memastikan bahwa perspektif apoteker disertakan dalam latihan kesiapsiagaan dan rencana yang disusun sebagai persiapan untuk skenario bencana (Christopher *et al.*, 2020). Untuk menjalankan tanggung jawab kefarmasian dalam kondisi bencana, diperlukan perhatian dan pelatihan khusus bagi tenaga kefarmasian agar siap menghadapi bencana dalam berbagai kondisi (Faradilla, 2018).

Apoteker bertugas untuk memenuhi kebutuhan obat-obatan masyarakat dan berusaha untuk mempertahankan layanan tersebut saat terjadi bencana. Mereka memiliki posisi yang unik selama bencana untuk menyediakan layanan kesehatan yang berkelanjutan dan manajemen pengobatan bagi masyarakat yang terkena dampak. Telah diakui bahwa apoteker adalah profesional kesehatan yang paling banyak tersebar (Watson, 2019). Dalam pedoman nasional penanggulangan krisis kesehatan apoteker dapat bertugas sebagai pengelolaan logistik kesehatan ditujukan untuk mendukung upaya pelayanan kesehatan; tim logistik kesehatan bertugas menyelenggarakan perencanaan, pengadaan, penyimpanan, pendistribusian, dan penyerahan logistik kesehatan untuk memenuhi kebutuhan logistik kesehatan; mengelola donasi logistik; melakukan rapat koordinasi internal; terlibat dalam setiap tahap penanganan bencana sesuai dengan keahliannya (Kemenkes RI, 2023).

Selain berperan dalam pengaturan dan pendistribusian obat dan alat kesehatan, tenaga kefarmasian juga berperan dalam edukasi dan konseling pasien selama masa bencana. Fungsi peran ini antara lain untuk menjamin keamanan obat dan penggunaan obat yang tepat, mencegah terjadinya toksisitas

obat, meminimalisasi munculnya efek samping, melakukan identifikasi kondisi medis atau fisiologis, melakukan pemantauan efek samping yang terjadi serta keamanan manfaat, dan memantau kepatuhan pasien korban bencana alam (Lai *et al.*, 2013). Apoteker memainkan peran yang sangat penting dalam penentuan, penyediaan, dan penggunaan obat-obatan yang akurat yang sangat penting dalam hal perawatan medis yang digunakan oleh korban bencana (Watson, 2019). Apoteker bekerja dengan anggota tim perawatan kesehatan lainnya dan merujuk masalah yang berhubungan dengan penyakit kronis pasien kepada mereka. Mereka juga memberikan informasi tambahan kepada pasien yang memiliki penyakit kronis terkait dan mendidik mereka untuk melakukan pemantauan diri (Merks, P., *et al*, 2021; Zheng, S.-q., *et al*, 2021). Pada penelitian yang dilakukan Kiki yuli handayani dkk, menyebutkan bahwa Kesiapsiagaan tenaga farmasi di Puskesmas masih perlu perhatian khusus, hal ini dilihat dari tidak tersedianya arsip/dokumen dari keseluruhan parameter pendukung kesiapsiagaan dalam penanggulangan bencana di 8 Puskesmas (Handayani *et al.*, 2021).

Konsep suatu fenomena sering terungkap dalam penelitian kualitatif, diturunkan dari perspektif baru dan beragam (Kegler *et al.*, 2019). Penelitian kualitatif berkontribusi pada penyelidikan sosial, yang melibatkan upaya untuk memahami perilaku manusia (Bradbury-Jones *et al.*, 2017). Peneliti dapat menggunakan pengalaman peserta untuk menjelaskan penalaran manusia, mengembangkan teori baru, dan membangun intervensi. Peneliti menerapkan asumsi, keputusan, tindakan, dan kesimpulan dalam penyelidikan kualitatif (Raskind *et al.*, 2019). Informasi tersebut diperoleh dengan penuh kepekaan dan tetap menghormati prinsip-prinsip umum akal sehat dan tanggung jawab, yang mempengaruhi kedalaman dan kualitas materi wawancara dan data (Karagiozis, 2018). Penelitian memanfaatkan wawancara fenomenologis, yang merupakan proses informal untuk mendapatkan informasi yang komprehensif dan penjelasan deskriptif tentang pengalaman hidup suatu fenomena (Cypress, 2018). Tahapan tanggap bencana meliputi mitigasi, kesiapsiagaan, respon, dan pemulihan, dengan setiap fase menghadirkan berbagai tantangan (Adelman *et al.*, 2019). Sebagian besar apoteker menyatakan pentingnya rencana universal atau standar untuk memastikan konsistensi dan pengetahuan yang dibutuhkan untuk mengatasi masalah dan tantangan yang muncul selama bencana (Tyree, 2022).

Wilayah Indonesia yang luas dan jumlah penduduk yang besar, disertai dengan risiko bencana yang tinggi menyebabkan diperlukannya tindakan upaya pengurangan risiko bencana yang terstruktur dan mempertimbangkan banyak hal, diantaranya adalah keterlibatan apoteker dalam pengurangan resiko bencana. Apabila apoteker memiliki kesadaran dalam melakukan upaya pengurangan risiko bencana dan memiliki kapasitas yang kuat, maka hal tersebut diharapkan dapat menurunkan risiko krisis kesehatan dan memperkuat sistem ketahanan kesehatan

terutama dalam penanggulangan krisis kesehatan dan bencana. Perlu juga dilakukan identifikasi tantangan dan hambatan yang dihadapi apoteker dalam penanggulangan krisis kesehatan karena jumlah bencana terus meningkat, dan mengingat terbatasnya penelitian tentang tantangan dan hambatan yang dihadapi apoteker dalam penanggulangan bencana. Oleh sebab itu, penting untuk melakukan studi lebih lanjut mengenai strategi apoteker dalam pengurangan resiko bencana, serta tantangan dan hambatan yang dihadapi selama penanggulangan bencana untuk mengatasi kesenjangan ini.

1.2 Rumusan masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah

1. Bagaimana strategi apoteker dalam pengurangan resiko bencana antara sebelum, saat, dan setelah bencana ?
2. Bagaimana pengalaman apoteker terkait permasalahan dan hambatan apa saja yang dihadapi selama penanggulangan bencana ?
3. Bagaimana tantangan kedepan yang dihadapi oleh apoteker dalam penanggulangan bencana?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk menganalisis dan mengembangkan model strategi apoteker dalam pengurangan resiko bencana, serta tantangan dan hambatan yang dihadapi selama penanggulangan bencana di Sulawesi Selatan.

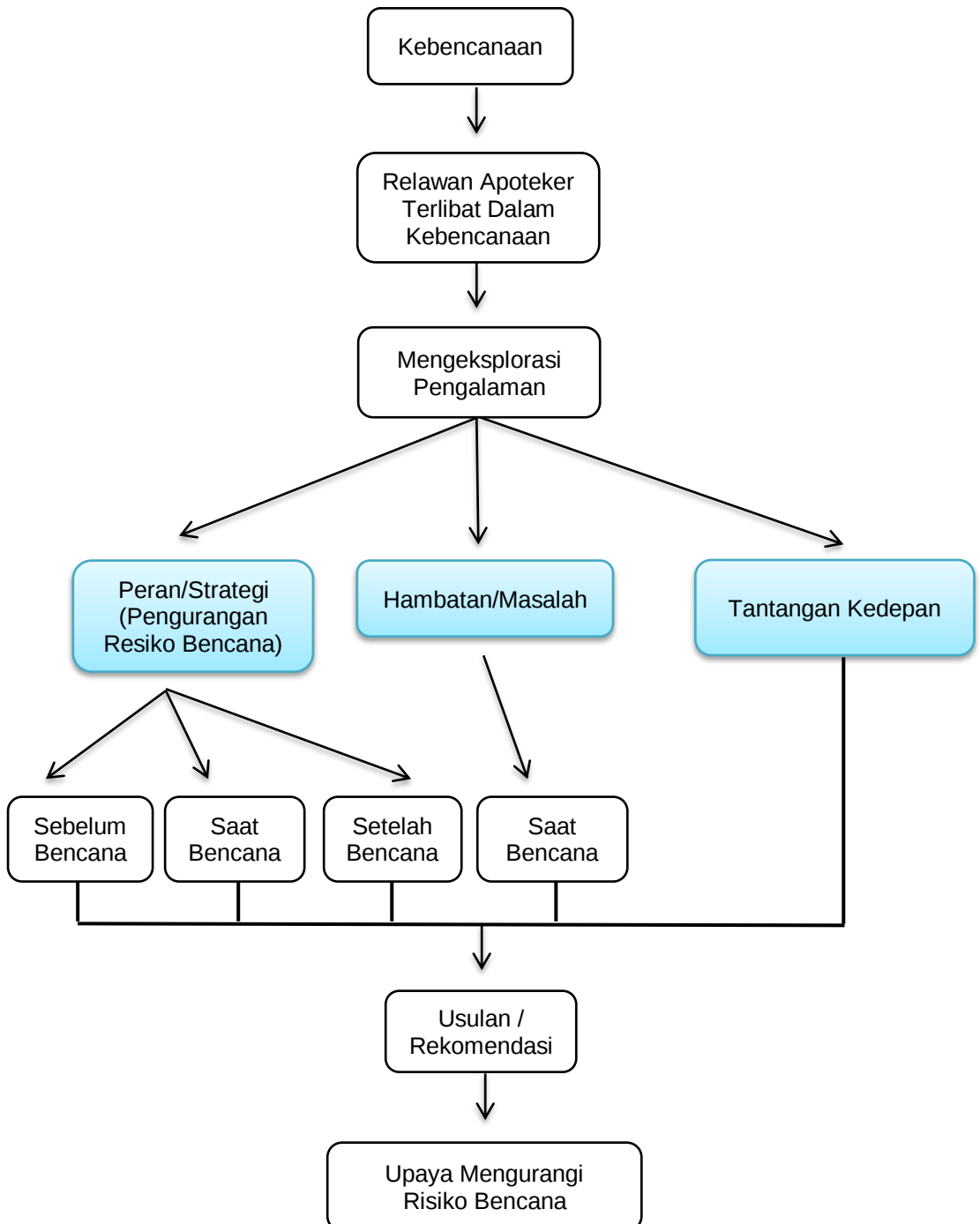
1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengeksplorasi dan mengidentifikasi strategi apoteker dalam upaya pengurangan resiko bencana baik dalam tahap pra-bencana, saat bencana, maupun pasca-bencana di Sulawesi Selatan.
2. Mengeksplorasi dan mengidentifikasi permasalahan dan hambatan yang dihadapi apoteker dalam penanggulangan bencana di Sulawesi Selatan.
3. Mengeksplorasi dan mengidentifikasi tantangan kedepan yang dihadapi oleh apoteker dalam penanggulangan bencana di Sulawesi Selatan,
4. Memberikan usulan/rekomendasi kepada pemangku kepentingan terkait upaya penanggulangan bencana bidang kefarmasian.

1.4 Manfaat Penelitian

Memberikan wawasan dan pengetahuan bagi apoteker sehingga lebih siap dan siaga dalam penanggulangan bencana. Selain itu memberikan informasi kepada pemangku kebijakan baik di lingkungan akademisi, organisasi profesi dan pemerintah dalam menyusun pedoman penanggulangan bencana dan dapat di masukkan dalam kurikulum pembelajaran di perkuliahan. Serta dapat menjadi masukan untuk membangun sistem penanggulangan bencana yang lebih baik di masa mendatang.

1.5 Kerangka Teori



BAB II METODE PENELITIAN

2.1 Desain penelitian

Penelitian ini menggunakan COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research) untuk mendukung pelaporan komprehensif dalam penelitian ini (Tong, A *et al.*, 2007). Penelitian kualitatif ini menggunakan pendekatan fenomenologi di mana partisipan mendeskripsikan kehidupan sehari-hari mereka (Tong, A *et al.*, 2007; Liamputtong & Ezzy, 1999). Fenomenologi merupakan studi yang mencoba memahami sebuah persepsi dan pemahaman manusia atas situasi yang terjadi untuk melibatkan pengalaman dan bagaimana suatu fenomena yang mempengaruhi sikap manusia. Penelitian fenomenologi menjelaskan atau mengungkap makna konsep atau fenomena pengalaman yang didasari oleh kesadaran yang terjadi pada individu. Fenomenologi bertujuan untuk mempelajari, mengembangkan atau menemukan pengetahuan dengan pendekatan ilmiah dalam mengungkapkan makna atau menginterpretasikan berdasarkan beberapa hal yang berarti dari individu. Pendekatan fenomenologi dipilih karena memungkinkan eksplorasi mendalam terhadap pengalaman subjektif apoteker dalam menghadapi bencana (Cresswell, 2012). Hal ini penting untuk memahami dimensi psikososial dan operasional yang belum banyak diteliti sebelumnya.

Pengumpulan data secara langsung dari partisipan dengan sengaja memilih beberapa informan apoteker yang telah terjun dalam kebencanaan sebagai relawan serta stakeholder yang telah menangani masalah kebencanaan. Data dikumpulkan melalui wawancara semi-terstruktur dan analisis data dilakukan menggunakan metode content analysis secara manual untuk mendapatkan kode, kategori, dan tema dari data wawancara yang telah ditranskripsi. Pengumpulan data dilakukan pada bulan Agustus 2025 sampai Oktober 2025 hingga jumlah sampel terpenuhi yang berada di Provinsi Sulawesi Selatan dengan langkah-langkah berikut: pengurusan kode etik, pemilihan peserta, focus group discussion (FGD)/interview, dan wawancara mendalam.

2.2 Konteks Penelitian

Provinsi Sulawesi Selatan mempunyai luas wilayah 46.083,94 km². Batas-batas wilayah yaitu sebelah utara, sebelah timur laut Sulawesi Tengah, sebelah timur teluk bone dan Provinsi Sulawesi Tenggara, sebelah tenggara teluk bone, sebelah selatan laut flores, sebelah barat daya Sulawesi Barat, sebelah barat Selat Makassar, sebelah barat laut Sulawesi Barat. Provinsi Sulawesi Selatan terdiri dari 24 Kabupaten/Kota, Kondisi topografi yaitu Sulawesi Selatan yaitu pegunungan, pantai, dataran rendah, dataran tinggi. Jumlah penduduk di Provinsi Sulawesi Selatan adalah 8,606,375 jiwa. Akses komunikasi pada

umumnya tidak ada masalah dan lancar. Akses transportasi relatif tidak ada masalah, umumnya lancar. Jenis alat transportasi yang dapat digunakan untuk mencapai tiap kabupaten/kota yaitu mobil, sepeda motor, kapal laut, pesawat. Lokasi penelitian dipilih karena Provinsi Sulawesi Selatan merupakan daerah dengan potensi bencana. Menurut pusat krisis kesehatan kementerian kesehatan pada tahun 2018, Sulawesi Selatan adalah salah satu provinsi rawan bencana (Pusat Krisis Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018)

Jenis ancaman bencana yang ada di Sulawesi Selatan yaitu banjir, tanah longsor, banjir bandang, kekeringan, angin puting beliung, gelombang pasang/badai, banjir dan tanah longsor, kebakaran, kebakaran hutan dan lahan, kecelakaan transportasi, kecelakaan industri, kejadian luar biasa (KLB) - penyakit, kejadian luar biasa (KLB) - keracunan, wabah penyakit (Epidemi - Pandemi), konflik sosial atau kerusuhan sosial (Pusat Krisis Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018).

2.3 Tim Peneliti dan Refleksifitas

Peneliti kualitatif diawali dengan FGD/interview dan wawancara mendalam yang dilakukan oleh peneliti utama (laki-laki) yang juga seorang apoteker di salah satu Puskesmas di Sulawesi Selatan. Peneliti adalah seorang mahasiswa magister farmasi yang memiliki pengalaman dalam kebencanaan dan telah mengikuti beberapa pelatihan terkait kebencanaan. Peneliti juga telah sekali turun dalam melakukan tanggap kebencanaan. Peneliti belum memiliki pengalaman melakukan penelitian kualitatif sebelumnya, namun peneliti telah mengikuti webinar terkait penelitian kualitatif. Pewawancara akan memperkenalkan tujuan penelitian dan peran informan di awal FGD/Interview dan wawancara mendalam, dan informan diberi kesempatan untuk mengajukan pertanyaan. Peneliti tidak memiliki hubungan langsung dengan informan penelitian, namun ada beberapa informan yang telah dikenal melalui kegiatan kebencanaan sebelumnya. Refleksifitas berlaku untuk seluruh tim, bukan hanya yang melakukan pengumpulan data.

2.4 Sosial Situation dan Informan Penelitian

2.4.1 Sosial Situation

Istilah populasi dalam penelitian kualitatif diganti dengan *Social Situation* atau situasi sosial yang terdiri atas tiga elemen yaitu: tempat (*place*), pelaku (*actors*) dan aktivitas (*activity*) yang berinteraksi secara sinergis (Sugiono, 2015). Penelitian ini dilaksanakan di Provinsi Sulawesi Selatan. Sebagai narasumber atau informan adalah apoteker yang telah terjun dalam kebencanaan dan stakeholder yang telah menangani masalah kebencanaan. Aktivitas yang diteliti adalah pengalaman apoteker serta perspektif stakeholder terkait keterlibatan apoteker dalam penanggulangan bencana.

2.4.2 Informan Penelitian

Penelitian kualitatif menekankan pada aspek kecocokan dengan konteks penelitian dari pada banyaknya jumlah informan. Batasan dari penelitian kualitatif tidak dibatasi oleh nominal satuan melainkan dari tingkat saturasi dari masing-masing jawaban responden (Delia Pangandheng, 2018).

Informan adalah mereka yang terlibat langsung dalam interaksi sosial yang diteliti. Informan dalam penelitian ini adalah apoteker yang ada di Provensi Sulawesi Selatan yang telah terjun dalam kebencanaan sebelumnya sebagai relawan dan stakeholder yang telah menangani masalah kebencanaan.

Pada penelitian ini jumlah informan berdasarkan tingkat saturasi dari masing-masing jawaban informan. Batasan dari jumlah informan pada penelitian kualitatif tidak dibatasi oleh nominal satuan melainkan dari tingkat saturasi dari masing-masing jawaban informan. Saturasi data tercapai ketika tidak ada informasi baru yang muncul dari wawancara tambahan, dan tema-tema yang muncul telah jenuh. Penentuan jumlah pasti informan akan bersifat dinamis, disesuaikan dengan kekayaan dan kedalaman informasi yang diperoleh. Peneliti memulai proses pengumpulan data melalui wawancara mendalam dan Focus Group Discussion (FGD) dan di dapatkan sebanyak 48 informan. Adapun informan pada penelitian ini adalah apoteker, pimpinan unit Rumah Sakit, BPBD, Dinas Kesehatan, organisasi profesi apoteker, tokoh masyarakat yang telah terlibat dalam kebencanaan. Pemilihan informan pada penelitian ini menggunakan *non probability sampling*, teknik pengambilan sampel yang tidak memberi peluang/kesempatan sama bagi setiap unsur atau anggota populasi untuk dipilih menjadi sampel (Sugiyono, 2013). Jenis *non probability sampling* yang digunakan adalah *purposive sampling*, teknik penentuan informan sesuai dengan pertimbangan tertentu peneliti berdasarkan kriteria yang ditentukan. Adapun Kriteria inklusi partisipan dalam penelitian ini adalah apoteker yang telah terjun dalam kebencanaan sebelumnya sebagai relawan dan stakeholder yang telah menangani masalah kebencanaan, dan bersedia menjadi informan. Sedangkan kriteria eksklusinya adalah apoteker dan stakeholder yang tidak memiliki pengalaman dalam kebencanaan, dan apoteker dan stakeholder yang memiliki pengalaman dalam kebencanaan namun menolak bersedia menjadi informan. Adapun kriteria pengunduran diri penelitian ini yakni informan dapat menarik diri dari penelitian kapan saja tanpa konsekuensi, sebelum data wawancara yang telah ditranskrip di analisis. Informan merasa sudah tidak lagi memiliki minat untuk melanjutkan partisipasi dalam penelitian. Informan merasa tidak aman atau terancam secara fisik, emosional, atau sosial dalam penelitian. Kondisi fisik atau mental informan memburuk sehingga mereka tidak lagi mampu berpartisipasi dengan baik.

Adapun cara mendapatkan informan melalui pendekatan tatap muka serta komunikasi melalui aplikasi whatsapp dimana informan dihubungi dan direkrut secara langsung oleh peneliti untuk selanjutnya akan dijelaskan tujuan penelitian dan meminta kesediaan mereka menjadi informan. Apabila informan setuju dilakukan wawancara, maka peneliti bersama-sama informan mengatur jadwal yang disepakati. Dalam pelaksanaan perekrutan informan, ada tidak calon informan menolak untuk berpartisipasi dalam penelitian karena keterbatasan waktu, kesibukan pekerjaan, serta mengalami kondisi Kesehatan yang kurang baik.

2.5 Pedoman Wawancara

Dalam penelitian kualitatif yang menjadi instrumen atau alat penelitian adalah peneliti sendiri. Alasan yang mendasari karena segala sesuatunya belum jelas, belum pasti dan masih perlu dikembangkan selama penelitian sehingga manusia adalah *human instrumen* berfungsi menetapkan fokus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan atau temuannya (Sugiyono, 2015). Selain manusia sebagai instrumen penelitian, alat pengumpulan data lain yang menunjukkan proses penelitian adalah pedoman wawancara mendalam, catatan lapangan, alat perekam gambar dan perekam suara.

Panduan wawancara dibagi menjadi tiga bagian, meliputi:

1. Delapan pertanyaan untuk memperoleh informasi demografi, meliputi jenis kelamin, umur, pekerjaan, lama pekerjaan, pendidikan terakhir, bencana yang pernah diikuti, dan terdaftar tenaga cadangan kesehatan (TCK).
2. Tujuh pertanyaan dirancang untuk menilai strategi apoteker dalam pengurangan risiko bencana, serta tantangan dan hambatan yang dihadapi selama penanggulangan bencana.
3. Enam pertanyaan dirancang untuk menilai persepektif stakeholder terhadap apoteker dalam kebencanaan.

Lembar pertanyaan wawancara disusun berdasarkan studi literatur mengenai disaster management, akademisi kebencanaan dan pemahaman seorang apoteker. Daftar pertanyaan umum disiapkan oleh peneliti sesuai dengan tujuan penelitian, dan pertanyaan tambahan ditambahkan selama wawancara berdasarkan data yang diperoleh. Peneliti menyusun pertanyaan umum dan terbuka untuk mendorong informan mengungkapkan pengalaman yang ada dalam pikiran informan. Hal ini juga menyediakan kerangka kerja untuk merumuskan pertanyaan berikutnya. Pertanyaan lanjutan seperti “Bisakah Bapak/Ibu menjelaskan terkait ?” atau “Bisakah Bapak/Ibu memberikan contoh ?” dan “apa maksud

Bapak/Ibu ?” diajukan untuk memperoleh informasi yang lebih mendalam berdasarkan tanggapan peserta.

Pedoman wawancara diuji validitas isi melalui expert review. Penilaian oleh expert review dilaksanakan dengan tujuan untuk mengetahui validitas dari pedoman wawancara yang dikembangkan oleh peneliti. Validitas isi mencerminkan sejauh mana butir-butir dalam instrumen mencerminkan substansi yang disajikan. Sebuah instrumen dikatakan memiliki validitas isi jika butir-butir dari pertanyaan/pernyataan mampu merepresentasikan isi/subtansi dari domain konten (Landis & Koch, 1977). Hal ini memastikan bahwa pertanyaan wawancara dapat menangkap data secara akurat.

2.6 Teknik Pengumpulan Data

Pada penelitian ini, terdapat dua sumber data yaitu sumber data primer dan sumber data sekunder.

a. Data primer

Data diperoleh melalui wawancara mendalam dengan metode *focus group discussion* kepada informan apoteker yang telah terlibat dalam kebencanaan dan interview kepada informan stakeholder (Pimpinan unit Rumah Sakit, BPBD, Dinas Kesehatan, organisasi profesi apoteker, tokoh masyarakat) untuk penggalan informasi terkait bagaimana apoteker dalam kebencanaan. Dalam wawancara, peneliti menanyakan secara langsung pertanyaan yang terdapat di dalam panduan wawancara.

b. Data sekunder

Data sekunder pada penelitian ini adalah data informasi demografi informan, meliputi jenis kelamin, umur, pekerjaan, lama pekerjaan, pendidikan terakhir, bencana yang pernah diikuti, dan terdaftar tenaga cadangan kesehatan (TCK) sebagai data penunjang dan pelengkap serta dimanfaatkan sebagai data primer yang berhubungan dengan penelitian.

Data diperoleh melalui focus group discussion dengan apoteker yang telah terlibat dalam kebencanaan sebelumnya. Metode FGD merupakan salah satu metode pengumpulan data penelitian dengan hasil akhir memberikan data yang berasal dari hasil interaksi sejumlah partisipan suatu penelitian, seperti umumnya metode-metode pengumpulan data lainnya. Berbeda dengan metode pengumpul data lainnya, metode FGD memiliki sejumlah karakteristik, diantaranya, merupakan metode pengumpul data untuk jenis penelitian kualitatif dan data yang dihasilkan berasal dari eksplorasi interaksi sosial yang terjadi ketika proses diskusi yang dilakukan para informan yang terlibat (Lehoux, Poland, & Daudelin,

2006). Lebih rinci, Hollander (2004) menjelaskan bahwa interaksi sosial sekelompok individu tersebut dapat saling mempengaruhi dan menghasilkan data/informasi jika memiliki kesamaan dalam hal, antara lain memiliki kesamaan karakteristik individu secara umum, kesamaan status sosial, kesamaan isu/permasalahan, dan kesamaan relasi/hubungan secara sosial.

Selain itu, untuk memperkaya data perlu dilakukan penggalian informasi kepada stakeholder melalui metode interview untuk penggalian informasi terkait bagaimana apoteker dalam kebencanaan. Wawancara (interview) adalah pertemuan dua orang untuk bertukar informasi dan ide melalui tanya jawab sehingga dapat dikonstruksikan suatu makna dalam suatu topik tertentu. Wawancara digunakan sebagai teknik pengumpulan data apabila peneliti ingin mengetahui hal-hal dari informan yang lebih mendalam (Abdussamad, 2021).

Focus Group Discussion (FGD) dilaksanakan sebanyak 10 kelompok, dengan jumlah informan pada setiap kelompok berkisar antara 2–6 informan. Durasi pelaksanaan FGD berlangsung sekitar 45–120 menit, tergantung pada dinamika diskusi dan kedalaman pembahasan yang berkembang selama sesi. Selain itu, wawancara interview dilakukan kepada informan stakeholder dengan durasi berkisar antara 15–60 menit. Selama wawancara berlangsung, selain peneliti dan informan terdapat teman sejawat yang membantu dalam dokumentasi kegiatan pengumpulan data. Seluruh proses FGD dan wawancara direkam menggunakan alat perekam suara (audio recorder) dengan persetujuan informan dan kemudian ditranskripsikan secara verbatim. Peneliti juga membuat catatan lapangan selama dan setelah proses wawancara untuk mencatat situasi, respon partisipan, serta hal-hal yang dirasa penting yang tidak terekam dalam audio. Proses wawancara dilakukan satu kali kepada setiap informan dan tidak dilakukan wawancara ulang.

2.7 Analisis Data

Pengelolaan data pada tahap analisis melalui cara pengorganisasian data yang dilakukan untuk membantu dan memudahkan peneliti dalam melakukan analisis data. Aktivitas dalam analisis data kualitatif dilakukan secara interaktif dan berlangsung secara terus-menerus pada setiap tahapan penelitian sampai tuntas dan data sampai jenuh.

Analisis data dalam penelitian ini dilakukan menggunakan metode manual content analisis. Proses analisis dimulai dengan melakukan transkripsi data wawancara, kemudian peneliti membaca data secara berulang untuk memahami konteks dan keseluruhan makna informasi yang diperoleh. Selanjutnya, peneliti menentukan unit analisis berupa unit makna yang relevan dengan tujuan penelitian. Unit-unit makna tersebut kemudian diberi kode secara manual dan

dikelompokkan berdasarkan kesamaan isi menjadi kategori-kategori yang bersifat deskriptif. Proses pengkodean data dilakukan oleh peneliti utama berdasarkan hasil transkrip wawancara. Kategori yang terbentuk selanjutnya dianalisis dan diinterpretasikan untuk memperoleh makna yang lebih mendalam terkait fenomena yang diteliti. Seluruh proses analisis dilakukan secara sistematis dan berulang hingga diperoleh pemahaman yang komprehensif terhadap data penelitian. Analisis data menggunakan pendekatan yang diusulkan oleh Graneheim dan Lundman digunakan untuk analisis konten kualitatif (Graneheim & Lundman, 2004). Wawancara direkam secara digital, ditranskrip kata demi kata, dan ditinjau, diberi kode, dan dianalisis. Analisis data dilakukan secara simultan dan berkesinambungan dengan proses pengumpulan data. Untuk pengkodean awal, para peneliti menggunakan pernyataan partisipan dan kode indikatif yang diambil dari wawancara. Kode-kode utama diekstrak dari wawancara sebagai unit-unit yang bermakna dari pernyataan informan. Kode-kode tersebut berulang kali ditinjau ulang dan dikategorikan berdasarkan kesamaan dan proporsinya. Selanjutnya, kode-kode yang serupa digabungkan, dan kategorinya menjadi lebih lengkap, membentuk pengkodean tingkat kedua. Pada langkah berikutnya, kategori-kategori tersebut dibandingkan satu sama lain, dan kategori yang memiliki karakteristik yang sama digabungkan untuk membuat kategori yang lebih luas. Kode-kode yang diperoleh dari analisis data terus ditinjau dan dikoreksi hingga tahap akhir penulisan penelitian. Kode-kode utama yang diekstrak direduksi selama analisis dan perbandingan data secara terus menerus, dan tema utama, sub-kategori, dan kategori terkait pengalaman apoteker dalam merespon bencana diselesaikan. Penulis studi memiliki pengalaman bekerja dalam bencana.

2.8 Keabsahan Data

Keabsahan data dilakukan untuk memperoleh kepercayaan tentang seberapa jauh kebenaran hasil penelitian. Pada penelitian ini teknik keabsahan data yang digunakan adalah triangulasi. Triangulasi merupakan teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain di luar data untuk keperluan pengecekan atau sebagai alat pembanding terhadap data (Moleong, 2007). Untuk meningkatkan kredibilitas data, analisis dilakukan dengan triangulasi sumber (perbandingan berbagai informan), serta triangulasi metode dengan menggunakan metode lebih dari satu yaitu wawancara (Interview) dan diskusi kelompok terarah (FGD)

2.9 Pernyataan Etik

2.9.1 Etik Penelitian

Pengajuan izin etik penelitian yang telah diajukan kepada Komisi Etik Penelitian Fakultas Farmasi Universitas Hasanuddin telah mendapatkan

persetujuan izin dengan nomor: 2657/UN4.1.23/KP.06.05/2025. Setiap partisipan akan diminta untuk mengisi formulir "informed consent" dan memberikan tanda tangan mereka jika mereka setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Partisipan dapat menarik diri dari penelitian kapan saja tanpa konsekuensi, dan data yang telah diberikan akan dihapus jika mereka meminta. Penelitian ini akan dilakukan sesuai dengan petunjuk Deklarasi Helsinki, yang mengatur prinsip-prinsip etika penelitian pada manusia, termasuk keadilan, keberagaman, keamanan, dan hak untuk menarik diri kapanpun dari penelitian tanpa konsekuensi yang merugikan.

2.9.2 Data Manajemen

Data manajemen dalam penelitian ini sangat penting untuk memastikan integritas dan validitas hasil penelitian. Proses ini mencakup pengumpulan, penyimpanan, dan pengolahan data dengan cara yang sistematis dan aman.

2.9.3 Keamanan Data

Data manajemen dalam penelitian ini sangat penting untuk memastikan integritas dan validitas hasil penelitian. Proses ini mencakup pengumpulan, penyimpanan, dan pengolahan data dengan cara yang sistematis dan aman.

2.9.4 Kompensasi

Kompensasi dalam penelitian ini adalah cara untuk menghargai waktu yang diluangkan oleh peserta. Bentuk kompensasi yang akan diberikan ke partisipan berupa penggantian uang transport dan snack.