

Apa Masalah Kita? Identifikasi Isu Psikososial Dalam Wabah COVID-19

Yulius Y. Ranimpi

Prodi Magister Sosiologi Agama, Fakultas Teologi
Universitas Kristen Satya Wacana
yulius.ranimpi@uksw.edu

Abstrak

Virus Corona -19 telah mendunia, bahkan penyebarannya sangat cepat menjangkau setiap sudut negara. Implikasinya pun tidak main-main. Tidak saja soal kesehatan itu sendiri, namun semua aspek dalam kehidupan manusia, baik secara individu maupun sosial terkena imbasnya. Jika selama ini implikasi terhadap kesehatan fisik dan bidang ekonomi yang sering mendapat ‘panggung’, maka tulisan ini akan melihat dari sisi lain, yaitu implikasi dari sisi psikososial. Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah tinjauan naratif. Hasil penelitian menemukan beberapa masalah psikososial yang terentang dari soal stigma dan prasangka, isu khas perempuan, tantangan dalam beragama dan beberapa persoalan psikologis yang dihadapi oleh beberapa kelompok masyarakat. Hasil ini merekomendasikan bahwa intervensi psikososial yang bersifat holistik sangat diperlukan agar mampu meningkatkan resiliensi masyarakat ketika hidup dalam situasi yang tidak lagi sama seperti sebelumnya.

Kata Kunci: *covid-19, intervensi psikososial, isu psikososial*

Pendahuluan

Sejak tanggal 30 Januari 2020, *World Health Organization* (WHO) telah menyatakan bahwa wabah virus Corona (COVID-19) 2019 adalah keadaan darurat kesehatan masyarakat internasional. Penyakit dengan sindrom pernapasan akut tersebut, pertama kali dilaporkan muncul di Tiongkok pada Desember 2019, lalu terus melonjak kasusnya di seluruh benua dan memengaruhi banyak negara di Eropa, Amerika dan Asia (Lai dkk., 2020). Sebagai konsekuensinya, muncul semacam histeria massal yang secara psikologis telah merasuk kehidupan masyarakat (dalam berbagai dimensi), dan secara potensial lebih merugikan dalam jangka waktu yang panjang ketimbang virus itu sendiri (Depoux dkk., 2020a).

Komunitas ilmiah dan media telah memperhatikan dampak COVID-19 terhadap kesehatan fisik dan ekonomi. Namun efek psikososialnya sering kali tidak diperhatikan atau hanya dibicarakan secara singkat. Pandemi COVID-19 seperti pandemi sebelumnya, memengaruhi kesehatan mental masyarakat secara khusus. Infodemic, atau penyebaran informasi yang tidak akurat yang berlebihan adalah salah satu dari banyak mekanisme yang berkontribusi terhadap dampak ini. Ini menimbulkan ketakutan dan kecemasan yang tidak terkontrol di masyarakat. Studi Dubey dkk., (2020) menawarkan kerangka kerja yang relevan untuk memahami dampak psikososial. Kerangka kerja ini belum banyak digunakan dalam penelitian sebelumnya tentang COVID-19.

Pandemi COVID-19 dapat menyebabkan masalah psikososial yang berdampak pada kesejahteraan sosial dan psikologis masyarakat dalam jangka panjang. Pandemi

dapat menyebabkan gangguan seperti depresi, kecemasan, dan PTSD, menurut beberapa penelitian (Inchausti dkk., 2020). Namun studi yang mempelajari dampak jangka panjang ini, terutama di Indonesia masih sangat sedikit. Jika ditengok sejenak, fenomena pandemik ini bukan sesuatu yang baru dalam peradaban manusia. Sejarah mencatat dalam peradaban manusia telah terjadi paling tidak 4 pandemik terburuk (Oldstone, 2020), yaitu:

- a. *Plague of Justinian*. Wabah terjadi di ibukota Kerajaan Bynzantine yaitu Konstantinopel (sekarang ibu kota Turki) pada tahun 541 masehi. Penyakit ini disebabkan oleh bakteri *yersinia pestis* yang menempel pada tikus hitam. Wabah ini melibas Eropa, Asia, Afrika Utara dan Semenanjung Arab dengan menelan korban jiwa 30-50 juta orang. Solusi yang diambil saat itu adalah sebisa mungkin menghindari orang yang sakit.
- b. *Black Death*. Wabah yang sama melanda Eropa pada tahun 1347, dan selama 4 tahun, wabah memakan korban jiwa sebanyak 200 juta orang. Pada masa itu dimulai pendekatan yang disebut *trentino* dan berkembang menjadi *quarantine* (karantina).
- c. *The Great Plague of London*. Wabah terjadi pada tahun 1665, dan dalam waktu 7 bulan, wabah menyebabkan 100.000 orang meninggal. Saat itu, pemerintah memerintahkan agar ruang publik ditutup dan orang yang terinfeksi harus melakukan isolasi diri. Semua pasien yang meninggal dikuburkan secara massal.
- d. Flu Spanyol. Penyakit yang disebabkan oleh virus ini terjadi pada tahun 1918-1919. Sekitar 500 juta orang terinfeksi dan menelan korban jiwa hingga 50 juta orang.

Di samping 4 peristiwa di atas, jangan dilupakan pandemi terkait TBC, Kolera, dan juga HIV/AIDS. Dengan menilik catatan di atas, idealnya menjadikan manusia dengan kedigdayaan rasionalitasnya lebih *aware* dan hati-hati serta siap jika berhadapan kembali dengan situasi serupa. Namun sayangnya, hal itu tidak terjadi (dari kepongahan dan lambatnya respon yang diberikan). Nampaknya tulisan filsuf kenamaan asal Jerman, G.W.F. Hegel, dalam upayanya menjelaskan konsep historisitas masih relevan dalam situasi sekarang. Katanya, 'satu-satunya yang dipelajari manusia dari sejarah adalah bahwa kita tidak belajar dari sejarah'. Atas dasar itu dan juga melihat bagaimana situasi ini direspon oleh pemerintah dan masyarakat, saya harus pesimis, terlebih ketika kebijakan solutif yang diambil tidak berdasarkan perhitungan rasional melainkan bersandar pada kalkulasi ekonomi.

Dengan menekankan pentingnya intervensi yang berfokus pada aspek psikososial, penelitian ini menawarkan solusi multidimensi. Solusi ini tidak hanya bersifat individual, tetapi juga melibatkan pendekatan struktural, seperti pendampingan psikologis, pelatihan tenaga kesehatan dalam mengelola kecemasan, dan pemantauan kondisi.

Metode

Penelitian ini menggunakan teknik tinjauan naratif, yang sering digunakan dalam ilmu sosial untuk merangkum dan mengevaluasi hasil dari berbagai penelitian sebelumnya. Snyder (2019) menyatakan bahwa tinjauan naratif memiliki ciri-ciri sistematis, eksplisit, dan terstruktur, tetapi berbeda dengan tinjauan sistematis dalam hal fokusnya yang lebih luas. Metode ini digunakan untuk meninjau masalah psikososial dari berbagai sudut pandang literatur, termasuk laporan kebijakan, studi empiris, dan analisis konseptual tentang bagaimana pandemi memengaruhi berbagai kelompok.

Proses analisis naratif yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari beberapa tahap sistematis, yang dapat dijelaskan lebih lanjut sebagai berikut:

- a. Pemilihan topik: menentukan topik utama yang relevan dengan tujuan penelitian adalah langkah pertama dalam analisis naratif. Dampak psikososial pandemi COVID-19 dipilih untuk penelitian ini dengan penekanan pada stigma, kesehatan mental, kesenjangan sosial, dan peran institusi kesehatan.
- b. Pengumpulan literatur: proses pengumpulan literatur dimulai dengan melakukan pencarian di berbagai basis data akademik, termasuk Google Scholar, Scopus, PubMed, dan ProQuest. "Dampak psikososial COVID-19," "pandemi dan kesehatan mental," "stigma terkait COVID-19," dan "intervensi psikososial pandemi" adalah kata kunci yang digunakan dalam pencarian. Untuk memastikan bahwa tidak ada penelitian penting yang terlewatkan, pencarian dilakukan secara sistematis.
- c. Proses pemilihan literatur: setelah literatur dikumpulkan, seleksi ulang dilakukan untuk memilih artikel yang paling relevan dengan subjek penelitian. Artikel yang tidak terkait langsung dengan dampak psikososial pandemi atau tidak memenuhi standar kualitas tertentu dieliminasi.
- d. Kriteria pemilihan literatur: kualitas literatur didasarkan pada sejumlah faktor, seperti kredibilitas jurnal, keandalan metode penelitian, dan relevansi dengan topik penelitian.
- e. Sintesis dan analisis: peneliti mensintesis hasil dari berbagai sumber setelah literatur dipilih. Tujuannya adalah untuk mendapatkan pemahaman tentang pola umum dan melihat apakah ada perbedaan atau kontradiksi di antara hasil studi. Dalam penelitian ini, analisis tematik digunakan. Hasilnya disusun berdasarkan tema utama seperti stigma, kecemasan, dan ketahanan psikososial.

Pembahasan

a. Kenormalan baru

Sebagai respon terhadap situasi di atas, berbagai upaya dan tindakan dilakukan oleh Pemerintah dan masyarakat untuk semaksimal mungkin menurunkan angka penderita/korban. Paling tidak ada terdapat beberapa strategi yang dilakukan (Wibowo, 2020), yaitu:

- 1) Kampanye penggunaan masker bagi masyarakat saat berada di ruang publik atau di luar rumah.
- 2) Penelusuran kontak (tracing) dari kasus positif yang dirawat dengan menggunakan *rapid test* atau *swab test*. Langkah ini dilakukan kepada orang terdekat dengan pasien, seperti anggota keluarga dan tenaga medis yang merawat pasien COVID-19. Pemerintah mendistribusikan ratusan ribu kit untuk mendukung upaya *tracing* ini ke seluruh Indonesia, khususnya di daerah yang memiliki banyak kasus positif.
- 3) Melakukan edukasi dan isolasi secara mandiri pada sebagian hasil *tracing* yang menunjukkan hasil tes positif dari *rapid test* atau negatif dengan gejala. Isolasi ini bisa dilakukan secara mandiri atau berkelompok seperti yang diinisiasi oleh beberapa kelompok masyarakat atau pemerintah daerah. Isolasi berkelompok yang diinisiasi oleh masyarakat atau pemerintah sangat baik sebagai upaya untuk mencegah munculnya perilaku pengucilan sosial dan stigmatisasi kepada pasien dan keluarganya atau tenaga kesehatan yang merawat pasien.

- 4) Melakukan isolasi di rumah sakit. Hal ini dilakukan ketika isolasi mandiri individual atau berkelompok tidak mungkin untuk dilakukan (misalnya ketika muncul indikasi klinis yang tidak bisa ditangani secara non medis).

Pemerintah Indonesia mengambil kebijakan untuk membatasi pergerakan masyarakat melalui Peraturan Pemerintah No. 21 Tahun 2020 Tentang Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB). Keputusan ini diberlakukan sejak Maret 2020 yang lalu dan berimplikasi pada dikeluarkannya Peraturan Menteri Kesehatan No. 9 Tahun 2020 tentang Pedoman PSBB dalam rangka Percepatan Penanganan COVID-19. Kebijakan di atas setidaknya mengatur; meliburkan sekolah dan tempat kerja, pembatasan kegiatan keagamaan, pembatasan kegiatan di tempat/fasilitas umum, pembatasan kegiatan sosial budaya, pembatasan moda transportasi umum, dan pembatasan kegiatan lain terkait aspek pertahanan dan keamanan.

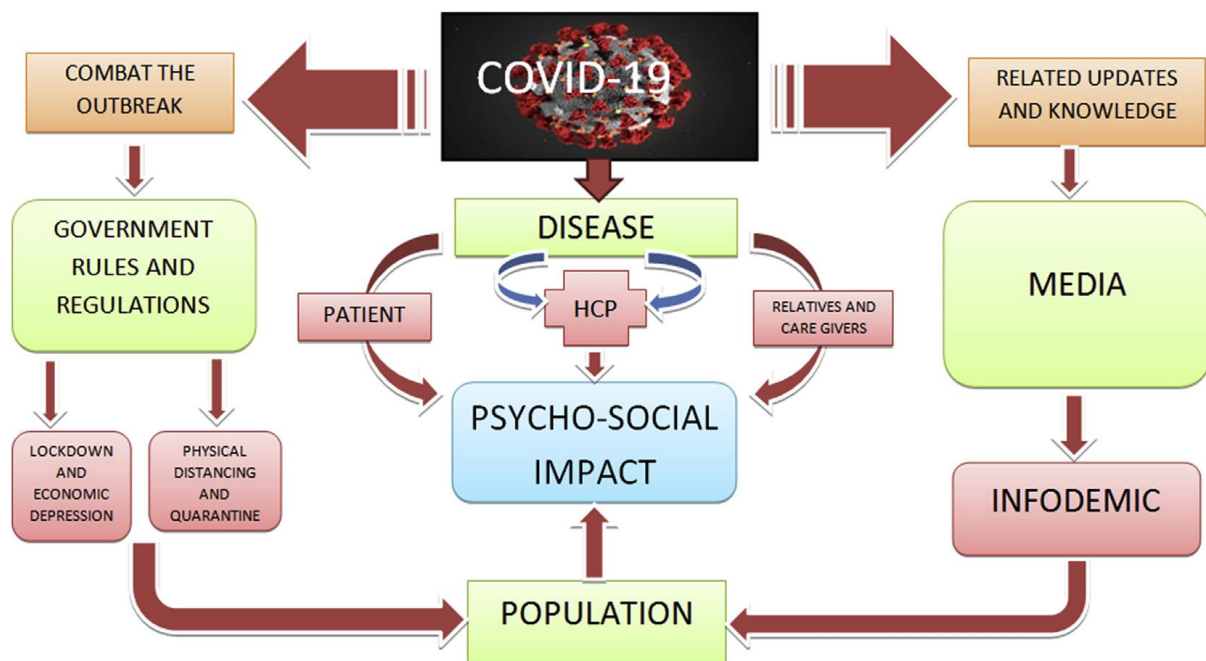
Dengan berbagai pembatasan di atas, sudah dapat dipastikan terjadi perubahan aktivitas dalam kehidupan masyarakat. Setelah beberapa bulan dilaksanakannya berbagai protokol yang terkait dengan pencegahan persebaran COVID-19 ini, pemerintah dan masyarakat diperhadapkan pada isu baru yaitu kondisi ekonomi yang memburuk. Berbagai bentuk pembatasan aktivitas sosial dan ekonomi dianggap tidak efektif untuk mencegah persebaran COVID-19. Di sisi lain, untuk tetap bertahan hidup, masyarakat harus tetap produktif. Kondisi simalakama ini membuat pemerintah, melalui Presiden Joko Widodo, pada tanggal 15 Mei 2020 menginstruksikan penerapan kebijakan yang dikenal dengan sebutan **kenormalan baru** atau **Adaptasi Kebiasaan Baru (AKB)** (Suyatra, 2020). Kebijakan ini tidak berarti kembali ke kehidupan normal dan melakukan segala aktivitas sama seperti sebelum pandemi. Kenormalan baru adalah perubahan perilaku untuk tetap menjalankan aktivitas normal, namun ditambah dengan menerapkan protokol kesehatan, seperti menggunakan masker, mencuci tangan dengan menggunakan sabun dan air mengalir, menjaga jarak, berolah raga, istirahat yang cukup, serta makan makanan yang bergizi dan seimbang. Secara prinsipil, kebijakan ini adalah terbentuknya perilaku baru dalam tatanan hidup yang baru pula. Kebijakan ini bertujuan untuk mempercepat penanganan persebaran COVID-19, sekaligus mendorong percepatan pemulihan kondisi ekonomi.

b. Isu psikososial

Dalam memahami implikasi psikososial dari pandemik ini, penelitian yang dilakukan oleh Dubey dkk. (2020) menyediakan kerangka analisis sebagai berikut:

Gambar 1.

Hubungan psikososial antara penyakit, penyedia layanan kesehatan, pemerintah dan populasi



Model di atas menjelaskan bahwa virus corona 19 telah memunculkan penyakit yang dapat menimpa siapa saja, termasuk tenaga kesehatan. Implikasi yang dimunculkan merentang hingga ke isu-isu psikososial. Kondisi ini semakin kompleks ketika berita-berita yang berkaitan dengannya tidak mendapat pemberitaan yang benar. Masyarakat bertambah panik ketika informasi yang merebak, terkhusus via media sosial, semakin tidak terkendali. Ruang privat masyarakat dibombardir dengan berita yang seringkali tidak bisa dipertanggungjawabkan validitasnya. Kondisi yang dikenal dengan sebutan *infodemic* (yang ditandai dengan melimpahnya berita, bercampurnya antara fakta, rumor, dan berita palsu) ini justru daya menularnya jauh lebih cepat dibanding virus corona itu sendiri (Depoux dkk., 2020; Sotgiu & Dobler, 2020). Dengan kata lain, di samping mempunyai implikasi yang positif, media sosial dapat memberi dampak negatif terhadap upaya pengendalian persebaran virus (Al-garadi dkk., 2016). Konten media sosial yang cenderung sensasional tersebut dapat mengakibatkan beban psikologis seperti kecemasan, depresi, gangguan emosi, fobia, panik, delusi memiliki gejala yang mirip dengan COVID-19 dan gangguan paranoid yang lain (Asmundson & Taylor, 2020; Ho dkk., 2020). Di lain sisi, Pemerintah berupaya mengendalikan persebaran virus ini melalui penerbitan kebijakan dan aturan yang mengarah pada perubahan perilaku masyarakat yang berorientasi pada kesehatan sekaligus menjaga agar laju pertumbuhan ekonomi tetap terjaga secara positif. Dengan COVID-19 sebagai stimulus yang menyebabkan penyakit, kemudian mendapat respon dari media sosial dan kebijakan pemerintah untuk menempatkan masyarakat (terutama kelompok rentan) dalam kondisi terjepit dengan segala konsekuensinya, termasuk munculnya isu psikososial.

c. Apa saja isu psikososial itu?

c.1. Stigma dan prasangka.

Seperti yang dialami oleh pasien atau pekerja kesehatan pada saat wabah SARS di tahun 2003, wabah COVID-19 dapat menimbulkan faktor-faktor stigmatisasi seperti ketakutan akan isolasi, rasisme, diskriminasi, dan marginalisasi dengan segala konsekuensi sosial dan ekonominya (Siu, 2008). Stigma didefinisikan sebagai atribut yang mendiskreditkan dan mereduksi individu dari dirinya yang utuh menjadi individu yang tercemar (Goffman, 2009). Konsekuensi dari stigmatisasi adalah kemungkinan seseorang menjadi sasaran prasangka, perlakuan yang tidak menyenangkan, dan diskriminasi di berbagai situasi (Crocker & Major, 86 C.E.; Major dkk., 2002). Oleh karenanya, Badan Kesehatan Dunia-pun telah mengeluarkan pesan khusus berupa pertimbangan psikososial untuk meredakan stigma COVID-19 yang berkembang (WHO, 2020a). Contoh stigma terkait ras adalah di Indonesia persebaran COVID-19 ditengarai karena Pemerintah gagal membendung masuknya tenaga asing dan wisatawan dari China. Sedangkan di Malaysia, masyarakatnya cenderung menyalahkan sekelompok umat Islam yang menyelenggarakan tabligh akbar dengan anggotanya yang berjumlah 16.000 orang (Idris & Jalli, 2020). Di Polandia, para pelajar asal Asia mendapat perlakuan diskriminatif akibat prasangka yang berkembang di masyarakat (Rzymiski & Nowicki, 2020). Hal serupa dialami oleh masyarakat keturunan Asia di New York, Amerika Serikat (Roberto dkk., 2020). Contoh lain, seorang penginjil di Amerika Serikat, Perry Stone, mengatakan bahwa wabah COVID-19 adalah bentuk 'perhitungan' Tuhan kepada bangsa Amerika Serikat atas fenomena aborsi dan pernikahan gay (Massey, 2020). Di Bangladesh dilaporkan adanya protes kepada pemerintah terkait dipilihnya wilayah tertentu sebagai tempat untuk menguburkan janazah pasien terduga positif COVID-19. Di samping itu, komunitas masyarakat Bihari yang hendak memperoleh layanan kesehatan ditolak oleh rumah sakit setempat dan disarankan untuk melakukan isolasi mandiri di tempat tinggalnya masing-masing (Mahmud & Islam, 2021). Bentuk lain dari stigmatisasi yang terjadi di seputaran COVID-19 adalah pengucilan penyintas atau pasien yang telah sembuh dari COVID-19 karena dianggap masih dapat menularkan penyakitnya (Syakriah, 2020); mengucilkan tenaga medis/kesehatan yang bekerja di rumah sakit karena dianggap dapat menyebarkan virus corona (Bagcchi, 2020); dan menolak atau mengucilkan orang yang berpindah dari satu daerah ke daerah lain (He dkk., 2020). Kecemasan, informasi yang kurang memadai dan ketakutan terinfeksi menjadi faktor yang semakin membuat tindakan diskriminatif memperoleh rasionalitasnya. Tentu hal ini perlu untuk segera dibenahi (WHO, 2020b), karena dampak susulan dari stigmatisasi ini akan sebagai berikut:

- 1) Mencegah individu untuk segera mencari pertolongan, sehingga kemungkinan persebaran penyakit dan tidak tertanganinya penyakit tersebut semakin besar.
- 2) Mencegah individu untuk menyembunyikan penyakit yang diderita, sebagai upayanya untuk menghindari perlakuan diskriminatif.
- 3) Mencegah individu untuk mengadopsi perilaku hidup sehat.

c.2. Perempuan.

- 1) Pada situasi *lockdown/shutdown* atau PSBB, akses untuk memperoleh layanan kesehatan khusus bagi perempuan menjadi tertutup atau terhambat. Sebagai contoh, di Amerika Latin dan Karibia diperkirakan sekitar 18 juta wanita

kehilangan akses reguler untuk memperoleh layanan kontrasepsi (United Nation, 2020). Di Indonesia, program layanan *screening* bagi penderita kanker serviks dan program percontohan untuk vaksinasi HPV (Human Papillomavirus) berbasis sekolah di lima provinsi harus terhenti karena kurangnya anggaran. Dalam konteks vaksinasi, diperkirakan sekitar 120.000 anak perempuan akan melewatkan dosis kedua vaksinasi HPV sehingga tidak akan terlindungi dari infeksi HPV.

- 2) Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak (P2TP2A) dan Komnas Perempuan melaporkan bahwa kasus kekerasan terhadap perempuan telah meningkat sebesar 75% sejak terjadinya pandemi COVID-19. Di masa ini, khususnya dalam periode akhir Mei hingga awal Juni 2020 tercatat 710 tindak kekerasan terhadap perempuan dewasa (Media Indonesia, 2020). Di aras global, fenomena inipun terjadi (Busol, 2020; Gulati & Kelly, 2020; Roesch dkk., 2020). Stres, terganggunya jejaring perlindungan dan sosial, hilangnya pendapatan, dan menurunnya akses ke layanan publik, ditengarai dapat memperburuk risiko kekerasan bagi Perempuan (Ramdan, 2020).
- 3) Bukti yang muncul tentang dampak COVID-19 menunjukkan bahwa kehidupan ekonomi perempuan secara tidak proporsional lebih terguncang dibanding laki-laki. Di seluruh dunia, wanita memperoleh lebih sedikit penghasilan, jenis pekerjaan yang kurang aman, dan cenderung bekerja di sektor informal. Mereka kurang memiliki akses ke perlindungan sosial dan mayoritas orang tua tunggal. Kapasitas mereka untuk menyerap guncangan ekonomi kurang efektif dibanding laki-laki (United Nations, 2020). Di Indonesia, menurut data kantor Kementerian Tenaga Kerja per akhir Juni 2020, tercatat 1,79 juta pekerja dirumahkan dan diberhentikan dari pekerjaannya (sebesar 32% adalah pekerja perempuan), namun jumlah itu berbeda ketika disandingkan dengan data yang dikeluarkan oleh Kamar Dagang Indonesia atau KADIN yang menyebutkan bahwa pekerja yang dirumahkan dan di PHK (Pemutusan Hubungan Kerja) berjumlah 6 juta orang (Sandi, 2020).
- 4) Dengan tingginya prevalensi laki-laki dalam hal terkena penyakit, menyebabkan akses ekonomi dan kesehatan didominasi olehnya, meskipun dalam keluarga tersebut laki-laki tidak sebagai penyedia nafkah utama. Lalu perempuan harus menyediakan dirinya (sebagai *caregiver*) dan pada saat yang bersamaan penghasilan darinya digunakan untuk melayani atau memenuhi kebutuhan keluarganya. Kondisi ini semakin berat ketika pekerjaan domestik lainnya tetap menjadi tanggung jawabnya dan sekaligus status pekerjaannya sebagai pekerja yang dirumahkan atau bahkan telah di PHK. Ini menempatkan perempuan dalam kondisi *overburden*.
- 5) Dalam laporannya di tahun 2019, WHO menyebutkan bahwa 70% perempuan mendominasi pekerjaan di sektor kesehatan dan sosial (di samping itu perempuan juga bekerja sebagai staf layanan fasilitas kesehatan - seperti petugas kebersihan, binatu, catering - dan karena itu mereka lebih mungkin terkena virus). Sekalipun demikian, masih terdapat kesenjangan yang cukup signifikan dengan pekerja laki-laki dalam hal penghasilan, peluang menjadi pemimpin dan menjadi pegawai tetap (Boniol dkk., 2019). Dengan menjadi ujung tombak dalam layanan kesehatan di masa pandemik ini (ditambah kesenjangan di atas), telah menempatkan perempuan sebagai kelompok rentan. Terlebih ada

kekurangan fasilitas seperti APD (Alat Pelindung Diri) yang dapat meningkatkan potensi tertular, akan memunculkan kecemasan dan iritasi secara emosional.

c.3. Agama

- 1) Perilaku keagamaan. Berabad-abad lamanya, gereja dengan berbagai macam cara berupaya untuk menarik individu untuk datang ke gereja. Namun situasi itu, kini telah berubah. Praktik keagamaan telah mengalami disrupsi. Pandemi telah memengaruhi praktik keagamaan secara signifikan, termasuk pembatalan layanan keagamaan (diganti ibadah dan renungan harian secara daring), pembatalan ziarah, dan larangan interaksi kelompok selama festival dan perayaan. Beberapa organisasi keagamaan terlibat dalam proses penyediaan desinfektan, ventilator, pelindung wajah, sarung tangan, dan makanan ke daerah/kelompok masyarakat yang terkena dampak, sementara yang lain menawarkan tes COVID-19 kepada masyarakat umum (Dein dkk., 2020). Dalam sebuah jajak pendapat yang dilakukan oleh Gallup di periode bulan Maret-April 2020, masyarakat Amerika Serikat memberikan respon yang cukup menarik dengan menunjukkan bahwa di antara lima dimensi kehidupan mereka yang akan memperoleh dampak positif dari pandemi COVID-19 adalah dimensi keimanan atau spiritualitas (Newport, 2020). Dalam hal berdoa, penelitian menunjukkan ada relasi positif antara terjadinya bencana alam dengan manifestasi/perilaku keberagamaan. Secara umum, ketika manusia mengalami bencana, perilaku keberagamaan yang lazim muncul adalah berdoa. Dein dkk. (2020) menjelaskan doa disebut sebagai salah satu cara manusia untuk membantu mereka mengatasi situasi yang dinilainya berada di luar jangkauannya. Dalam hal ini, aktivitas berdoa menjadi salah satu bentuk *religious coping strategy*, hal ini ditunjukkan bahwa dalam situasi pandemi ini, ada peningkatan aktivitas berdoa. Demikian juga Bentzen (2021) berargumentasi bahwa pandemi ini telah mendorong koping *religious* ini secara instensif. Dengan pemberlakuan Pembatasan Sosial Berskala Besar dan Adaptasi Kebiasaan Baru yang berkepanjangan akan dapat dipastikan memengaruhi jumlah orang yang ke tempat ibadah dan perilaku keagamaan yang lainnya. Misalnya pelarangan jemaat yang berusia lanjut lanjut dan anak-anak ke tempat ibadah, pembatasan jumlah jemaat yang menghadiri ibadah di tempat ibadah, pemberian persembahan dalam ibadah yang menggunakan metode *cashless*, juga pelaksanaan ritual perjamuan kudus yang dilakukan secara daring dengan tidak terlalu ketat menggunakan simbol roti dan anggur (bisa menggunakan nasi/singkong/ubi dan air putih atau teh).
- 2) Pergumulan keagamaan/spiritual. Konsep ini didefinisikan sebagai ketegangan dan konflik seputar hal-hal yang sakral (Exline dkk., 2014). Meskipun data tentang COVID-19 masih kurang, penelitian lain telah menunjukkan hubungan yang kuat antara trauma, yang diakibatkan bencana alam dan penyakit medis, dan pergumulan agama (Pomerleau dkk., 2020). Pergumulan keagamaan dapat terjadi dalam berbagai bentuk: perasaan marah, ditinggalkan, atau dihukum oleh Tuhan; kekhawatiran bahwa trauma mungkin mencerminkan pekerjaan iblis atau kekuatan iblis; keraguan tentang kebenaran keyakinan religius seseorang; pertanyaan tentang makna dan tujuan tertinggi dalam hidup; berjuang dengan memenuhi nilai-nilai moral seseorang; dan konflik dengan

orang lain tentang masalah agama (Exline dkk., 2014). Pandemi COVID-19 ini diduga akan memicu munculnya pertanyaan-pertanyaan/persoalan berciri religius seperti di atas, sehingga melalui pergulatan ini manusia bisa menemukan tujuan atau makna hidupnya. Dalam salah satu studi yang dilakukan sehubungan dengan COVID-19, Lee (2020) melaporkan bahwa tingkat pergumulan yang lebih tinggi dengan Tuhan berkaitan dengan peningkatan skor pada Skala Kecemasan Coronavirus. Studi ini paling tidak menjadi penunjuk kemungkinan adanya peningkatan pergumulan keagamaan/spiritual dengan masalah kesehatan mental termasuk depresi, kecemasan, PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder), dan bunuh diri akibat COVID-19.

c.4. Strata sosial dan isu psikososial.

Dubey dkk. (2020) secara lebih detail mengidentifikasi berbagai dampak psikososial yang dialami oleh berbagai kelompok masyarakat dalam table 1 berikut.

Tabel 1.

Strata sosial dan isu psikososial COVID-19

Strata Sosial	Isu Psikososial
Pasien COVID-19 dan yang dikarantina	Kesepian, kecemasan, PTSD, panik, dan depresi
Tenaga kesehatan	Rasa bersalah, tekanan pekerjaan yang berlebihan, takut tidak berharga, terpisah dari keluarga, depresi, takut terinfeksi, ketidakpastian, sindrom kelelahan
Anak	Kebosanan, kecemasan terkait pendidikan, takut terinfeksi
Orang tua/Lansia	Keterbatasan untuk mengakses layanan kesehatan karena pembatasan sosial, ketakutan dan kecemasan terinfeksi
Kelompok marginal	Depresi, stres, ketidakamanan finansial, stigma dan diskriminasi
Pasien gangguan jiwa (ODGJ)	Perawatan rutin yang terhambat, kecanduan, kekerasan

Tabel 1 menunjukkan bahwa terdapat beberapa kelompok masyarakat yang dinilai rentan untuk mengalami gangguan psikologis.

Selama pandemi, orang yang paling rentan terhadap dampak psikososial adalah **pekerja kesehatan**. Beban kerja yang tinggi, risiko tertular penyakit, isolasi dari keluarga, dan kekurangan peralatan pelindung diri (APD) adalah semua faktor yang menyebabkan mereka mengalami tekanan psikologis, menurut penelitian terbaru. Hal ini dikonfirmasi oleh Dubey dkk., (2020) yang menemukan bahwa paparan COVID-19 yang lama menyebabkan tenaga kesehatan mengalami kecemasan, depresi, PTSD, dan sindrom kelelahan. Studi ini membandingkan hasil ini dengan penelitian yang dilakukan selama wabah SARS pada tahun 2003, di mana tenaga kesehatan juga mengalami stigma dan isolasi sosial karena dianggap sebagai pembawa virus (Siu, 2008). Sementara itu, penelitian selama COVID-19 menunjukkan bahwa beban psikososial yang dialami tenaga kesehatan lebih parah

karena sifat pandemi yang lebih global dan durasi yang lebih panjang (Bagcchi, 2020). Dengan demikian, kajian ini memperkuat temuan sebelumnya, namun dengan penekanan yang lebih pada jangka panjangnya dampak mental yang dihadapi.

Kelompok yang paling rentan berikutnya adalah **perempuan**, terutama yang bekerja di sektor informal atau di layanan kesehatan. Studi terbaru dari P2TP2A menunjukkan peningkatan 75% dalam kasus kekerasan terhadap perempuan selama pandemi, terutama selama lockdown dan PSBB. Seperti yang dilaporkan oleh Roesch dkk. (2020), fenomena ini juga terjadi di seluruh dunia. Mereka mencatat peningkatan kekerasan domestik selama pandemi di berbagai negara karena stres dan hilangnya jaringan sosial. Namun penelitian ini menawarkan sudut pandang baru dengan melihat dinamika yang lebih dalam, seperti ketidaksetaraan ekonomi yang membuat perempuan lebih rentan. Berbeda dengan penelitian sebelumnya yang hanya melihat aspek kekerasan domestik, penelitian ini memperluas kajian dengan memasukkan faktor lain, seperti hilangnya akses kesehatan dan pekerjaan, yang semakin memperburuk situasi perempuan selama pandemi.

Anak-anak adalah kelompok yang sangat terpengaruh oleh pandemi dalam hal pendidikan, kesehatan mental, dan kesejahteraan secara umum. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa pembatasan sosial menyebabkan kecemasan dan kebosanan pada anak-anak (Ho dkk., 2020). Namun penelitian ini mengeksplorasi bagaimana masalah keluarga seperti kekerasan domestik dan kesulitan ekonomi yang dialami orang tua juga mempengaruhi anak-anak. Dengan memfokuskan pada konsekuensi jangka panjang, seperti dampak terhadap perkembangan sosial anak-anak dan gangguan pendidikan, yang dapat memengaruhi kualitas hidup mereka di masa depan, penelitian ini memperkaya literatur sebelumnya. Penghentian sekolah dan isolasi dapat memperburuk masalah psikososial anak-anak, terutama bagi mereka yang rentan secara sosial dan ekonomi (Lee, 2020).

Nyaris tak terbantahkan bahwa pandemi COVID-19 telah menghantam semua sendi-sendi pertahanan psikososial manusia, seperti tidak ada ruang kosong yang tidak tersentuh oleh COVID-19. Kondisi manusia menjadi sangat rentan dan rapuh sehingga menjadi tugas besar untuk segera dirancang upaya penanganannya, baik yang bersifat promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

d. Usulan solusi

Dengan menyadari bahwa dampak dari pandemi COVID-19 ini telah merasuk seluruh dimensi kehidupan masyarakat, maka diperlukan intervensi yang berparadigma holistik. Artinya, pendekatan yang dilakukan bersifat menyeluruh yang menyentuh berbagai aspek kebutuhan manusia. Oleh karenanya, diperlukan kerja sama dan koordinasi dari semua pihak, baik dari pemerintah maupun masyarakat. Artinya, intervensi itu bergerak secara simultan dari aras individual, interpersonal, institusional, hingga struktural. Dalam tulisan ini akan disampaikan usulan intervensi dalam perspektif psikologis.

- 1) Program Pendampingan Psikososial Terintegrasi
 - a. Pendampingan Kelompok: Pasien COVID-19 yang telah pulih, tenaga kesehatan, dan masyarakat yang terdampak secara psikologis dapat

dilibatkan dalam program pendampingan kelompok di Puskesmas. Psikolog atau konselor membantu kelompok ini untuk memberikan dukungan emosional dan meningkatkan keterampilan *coping*. Peserta dapat berbagi pengalaman mereka dan mendapatkan dukungan dari orang lain yang menghadapi masalah serupa, jadi ini adalah teknik yang efektif. Dukungan kelompok ini menurunkan depresi dan kecemasan (Inchausti dkk., 2020).

- b. Pendampingan Individu: Puskesmas dapat menawarkan layanan psikososial melalui teknologi telemedicine. Sistem ini akan sangat bermanfaat, terutama bagi orang-orang yang tinggal di daerah terpencil atau yang takut stigma menghalangi mereka untuk mengunjungi fasilitas kesehatan. Layanan telemedicine juga membantu mengatasi masalah, seperti keterbatasan tenaga kesehatan yang tidak dapat berkonsultasi secara langsung dengan pasien di Puskesmas. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Irvine dkk. (2020), terapi psikologis berbasis telepon atau internet dapat memberikan hasil yang sama baiknya seperti terapi tatap muka dalam sebagian besar kasus.
- 2) Pelatihan Psikososial untuk Tenaga Kesehatan di Puskesmas. Tenaga kesehatan di Puskesmas harus dilatih untuk menangani masalah psikososial selain mendampingi masyarakat. Pelatihan khusus yang berfokus pada menemukan masalah psikososial sejak dini dan menangani situasi darurat, seperti pasien dengan depresi berat atau kecenderungan bunuh diri sangat mungkin untuk diterapkan. Untuk memulai tindakan praktis ini, Kementerian Kesehatan dan asosiasi profesional psikolog di Indonesia, seperti HIMPSI, telah membuat modul pelatihan daring yang akan mengajarkan tenaga kesehatan dasar-dasar konseling, teknik pemulihan emosional yang cepat, dan cara menangani kasus kritis yang sering terjadi setelah pandemi.
- 3) Penggunaan *Mobile Mental Health Units*. Puskesmas dapat bekerja sama dengan Dinas Kesehatan daerah untuk membangun Unit Kesehatan Mental Mobil untuk mengatasi kendala keterjangkauan layanan kesehatan mental di daerah terpencil. Ini adalah mobil yang dilengkapi dengan peralatan dasar yang diperlukan untuk pemeriksaan dan konseling kesehatan mental. Hal ini sudah terbukti bahwa program ini berhasil menjangkau masyarakat di beberapa negara berkembang, terutama di daerah pedesaan. Unit ini dapat digunakan oleh puskesmas untuk memberikan layanan psikoedukasi secara langsung dan untuk skrining dan pendampingan masyarakat yang terdampak secara psikososial.
- 4) Memberikan pendampingan psikologis kepada kerabat atau anggota keluarga pasien yang dirawat atau sedang berada dalam keadaan yang parah atau bahkan yang telah meninggal dunia. Upaya ini dilakukan untuk menimbulkan kesan yang normal sekaligus menghilangkan stigmatisasi patologis kepada mereka (Inchausti dkk., 2020).
- 5) Melibatkan dan menyasar kelompok masyarakat yang rentan mengalami gangguan psikologis, khususnya mereka yang memiliki gangguan psikologis sebelumnya dalam setiap upaya yang bersifat promotif dan preventif. Di samping itu, perlu juga dilakukan pemantauan terhadap kondisi kesehatan mental pasien COVID-19 dan para tenaga kesehatan yang langsung melakukan kontak dengan pasien COVID-19, dengan catatan bahwa pemantauan tidak

dilakukan di dalam ruang isolasi. Pemantauan dapat dilakukan melalui *telecare*. Kasus yang perlu memperoleh penanganan segera adalah kasus yang melibatkan agresi, tindakan menyakiti diri sendiri, dan upaya bunuh diri. Secara khusus untuk tenaga kesehatan, perlu ada jaminan ketersediaan APD dan materi pendukung lainnya yang menunjang keamanan pelaksanaan tugas mereka (Inchausti dkk., 2020).

- 6) Pemantauan dan pendampingan psikologis pada pasien rawat jalan dilakukan secara daring atau digital. Efektivitas intervensi psikologis dengan menggunakan telepon dan jaringan internet telah terbukti (Irvine dkk., 2020). Khusus bagi pasien COVID-19 yang sudah memiliki gangguan psikologisnya sebelumnya, perlu mendapat perhatian ekstra terkait dengan dampak upaya isolasi mandiri dan pembatasan interaksi dengan orang lain.
- 7) *Psychoeducation*. Memberi pelatihan dan dukungan kepada tenaga kesehatan dengan 'risiko terpapar tinggi' untuk mengidentifikasi dan mengelola reaksi emosional, yang dapat menghambat pekerjaan mereka. Materi yang diberikan mencakup bagaimana mengelola kecemasan dan ketakutan serta mengurangi kelelahan, Inti dari strategi ini adalah meningkatkan serta mengoptimalkan ketahanan psikologis dari tenaga Kesehatan (Chen dkk., 2020). Di sisi lain, Orru dkk., (2020) meringkas tahapan intervensi psikologis dalam table 2 berikut.

Tabel 2.

Tahap Intervensi Psikologis

Tahap	Profesional yang terlibat	Jenis intervensi	Tujuan
I	a. Psikolog dan tenaga kesehatan b. Psikolog	a. Memberikan pelatihan psikologis dan dukungan kepada tenaga kesehatan b. Membuat kuesioner daring untuk mengidentifikasi dampak psikologis yang mungkin muncul	a. Mengelola rasa takut dan mampu beradaptasi dalam situasi darurat b. Membuat pangkalan data mengenai kondisi psikologis individu yang menjalani karantina
II	Psikolog dan psikiater	Memberikan layanan konsultasi daring yang ditujukan kepada kelompok masyarakat yang rentan (khusus tenaga kesehatan dan pasien)	Mencegah peningkatan munculnya gejala gangguan psikologis yang lain
III	a. Psikolog b. Psikolog dan polisi	a. Memberikan psikoedukasi kepada masyarakat umum yang sedang menjalani program karantina	a. Mengurangi manifestasi kecemasan, membatasi kecemasan dan

Tahap	Profesional yang terlibat	Jenis intervensi	Tujuan
		b. Menyediakan layanan telepon gratis kepada korban kekerasan dalam rumah tangga	menstabilkan mood b. Mencegah terjadinya kekerasan dalam rumah tangga
IV	Psikolog dan psikiater/psiko terapis	Mendesain dan mengelola manajemen intervensi bagi kondisi psikopatologis dari situasi krisis (PTSD, depresi, penyalahgunaan obat dan zat terlarang) bagi tenaga kesehatan dan masyarakat umum.	Mengurangi munculnya gejala PTSD

Kesimpulan dan Saran

Menurut Kesimpulan penelitian ini, pandemi COVID-19 membawa perubahan besar pada kehidupan sosial, ekonomi, dan spiritual selain memengaruhi kesehatan mental umum masyarakat. Dibandingkan dengan populasi umum, kelompok tertentu, seperti perempuan, anak-anak, tenaga kesehatan, dan kelompok rentan lainnya mengalami tekanan psikologis yang lebih tinggi. Untuk mengatasi dampak psikososial ini, penting untuk mengadopsi pendekatan yang lebih terintegrasi dan berbasis komunitas.

Adapun saran yang dapat dilakukan oleh Pemerintah adalah sebagai berikut:

- 1) Kebijakan psikososial dalam sistem kesehatan nasional. Pemerintah harus memastikan bahwa elemen psikososial dimasukkan secara lebih formal ke dalam kebijakan kesehatan nasional. Ini dapat dimulai dengan menambahkan program intervensi psikososial ke protokol puskesmas resmi, terutama untuk menangani dampak pandemi. Selain itu, penting untuk memberikan anggaran khusus untuk mendukung layanan kesehatan mental, seperti layanan berbasis komunitas dan layanan *telemedicine*.
- 2) Penguatan kerjasama antar Kementerian dan Lembaga. Penanganan dampak psikososial pasca-pandemi bukan hanya tanggung jawab Kementerian Kesehatan. Kerjasama lintas kementerian, termasuk Kementerian Sosial, Kementerian Pendidikan, dan Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, diperlukan untuk memastikan bahwa intervensi psikososial diterapkan dalam berbagai aspek kehidupan masyarakat, seperti program pendidikan dan perlindungan anak.

Sedangkan saran yang perlu diambil oleh masyarakat adalah sebagai berikut:

- 1) Dukungan relawan dan komunitas. Berpartisipasi dalam program relawan kesehatan mental, terutama di wilayah dengan layanan kesehatan yang kurang terjangkau dapat membuat perbedaan. Untuk mendukung mereka yang membutuhkan, komunitas lokal dapat membentuk kelompok dukungan, baik secara online maupun tatap muka. Selain itu, organisasi non-pemerintah dan

komunitas agama dapat membantu dengan menyediakan ruang atau fasilitas untuk kegiatan dukungan psikososial berbasis komunitas.

- 2) Peningkatan kesadaran dan edukasi publik. Untuk mengatasi dampak psikososial pandemi, masyarakat juga harus berpartisipasi secara aktif. Kampanye kesadaran kesehatan mental dan program edukasi publik dapat membantu mengurangi stigma terhadap orang yang mencari bantuan psikologis. Selama pemulihan pasca-pandemi, lembaga pendidikan, komunitas agama, dan kelompok masyarakat dapat bertindak sebagai ujung tombak dalam menyebarkan informasi tentang pentingnya menjaga kesehatan mental.

Daftar Pustaka

- Al-Garadi, M. A., Khan, M. S., Varathan, K. D., Mujtaba, G., & Al-Kabsi, A. M. (2016). Using online social networks to track a pandemic: A systematic review. *Journal of Biomedical Informatics*, 62, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2016.05.005>
- Asmundson, G. J. G., & Taylor, S. (2020). Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. *Journal of Anxiety Disorders*, 70, 102196. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102196>
- Bagcchi, S. (2020). Stigma during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(7), 782. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30498-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30498-9)
- Bentzen, J. S. (2021). In crisis, we pray: Religiosity and the COVID-19 pandemic. *Journal of Economic Behavior and Organization*, 192, 541-583. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2021.10.014>
- Boniol, M., Mclsaac, M., Xu, L., Wuliji, T., Diallo, K., & Campbell, J. (2019). *Gender equity in the health workforce: Analysis of 104 countries*. World Health Organization.
- Busol, K. (2020). Domestic violence in Ukraine: Lessons from COVID-19. *Chatham House*.
- Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., He, L. I., Sheng, C., Cai, Y., & Li, X. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e15–e16. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30078-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X)
- Crocker, J., & Major, B. (1986). Steele, C. (1998). Social stigma. In *The Handbook of Social Psychology* (pp. 504–553).
- Dein, S., Loewenthal, K., Lewis, C. A., & Pargament, K. I. (2020). COVID-19, mental health and religion: An agenda for future research. *Mental Health, Religion & Culture*, 23(1), 1-10. <https://doi.org/10.1080/13674676.2020.1768725>
- Depoux, A., Martin, S., Karafillakis, E., Preet, R., Wilder-Smith, A., & Larson, H. (2020a). The pandemic of social media panic travels faster than the COVID-19 outbreak. *Journal of Travel Medicine*, 27(3). <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa031>
- Dubey, S., Biswas, P., Ghosh, R., Chatterjee, S., Dubey, M. J., Chatterjee, S., Lahiri, D., & Lavie, C. J. (2020). Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14(5), 779-788. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.05.035>
- Exline, J. J., Pargament, K. I., Grubbs, J. B., & Yali, A. M. (2014). The Religious and Spiritual Struggles Scale: Development and initial validation. *Psychology of Religion and Spirituality*, 6(3), 208–222. <https://doi.org/10.1037/a0036353>

- Goffman, E. (2009). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon & Schuster.
- Gulati, G., & Kelly, B. D. (2020). Domestic violence against women and the COVID-19 pandemic: What is the role of psychiatry? *International Journal of Law and Psychiatry*, 71, 101594. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101594>
- He, J., He, L., Zhou, W., Nie, X., & He, M. (2020). Discrimination and social exclusion in the outbreak of COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8), 2933. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082933>
- Here's the continuation of the reference list in APA 7th edition format:
- Ho, C. S. H., Chee, C. Y., & Ho, R. C. (2020). Mental health strategies to combat the psychological impact of COVID-19 beyond paranoia and panic. *Annals, Academy of Medicine, Singapore*, 49(3), 155-160.
- Idris, I. K., & Jalli, N. (2020). Riset COVID-19: sikap menyalahkan orang lain dominan di percakapan Twitter di Indonesia dan Malaysia. *The Conversation*.
- Inchausti, F., MacBeth, A., Hasson-Ohayon, I., & Dimaggio, G. (2020). Psychological intervention and COVID-19: what we know so far and what we can do. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(4), 243–250. <https://doi.org/10.1007/s10879-020-09460-w>
- Irvine, A., Drew, P., Bower, P., Brooks, H., Gellatly, J., Armitage, C. J., Barkham, M., McMillan, D., & Bee, P. (2020). Are there interactional differences between telephone and face-to-face psychological therapy? A systematic review of comparative studies. *Journal of Affective Disorders*, 265, 120–131. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.057>
- Lai, C.-C., Shih, T.-P., Ko, W.-C., Tang, H.-J., & Hsueh, P.-R. (2020). Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): The epidemic and the challenges. *International Journal of Antimicrobial Agents*, 55(3), 105924. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105924>
- Lee, S. A. (2020). Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies*, 44(7), 393–401. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1748481>
- Mahmud, A., & Islam, M. R. (2021). Social stigma as a barrier to Covid-19 responses to community well-being in Bangladesh. *International Journal of Community Well-Being*, 4(3), 315–321. <https://doi.org/10.1007/s42413-020-00092-w>
- Major, B., Quinton, W. J., & McCoy, S. K. (2002). Antecedents and consequences of attributions to discrimination: Theoretical and empirical advances. In *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 34, pp. 251–330). Elsevier.
- Media Indonesia. (2020). Pandemi picu kekerasan terhadap perempuan. Media Indonesia. <https://mediaindonesia.com/read/detail/319738-pandemi-picu-kekerasan-ke-perempuan>
- Newport, F. (2020). Religion and the COVID-19 virus in the U.S. *Gallup*.
- Oldstone, M. B. A. (2020). *Viruses, plagues, and history: Past, present, and future*. Oxford University Press.
- Orrù, G., Ciacchini, R., Gemignani, A., & Conversano, C. (2020). Psychological intervention measures during the COVID-19 pandemic. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 76–79. <https://doi.org/10.36131/CN20200206>

- Pomerleau, J. M., Pargament, K. I., Krause, N., Ironson, G., & Hill, P. (2020). Religious and spiritual struggles as a mediator of the link between stressful life events and psychological adjustment in a nationwide sample. *Psychology of Religion and Spirituality*, 12(4), 451–460. <https://doi.org/10.1037/rel0000266>
- Ramdan, D. M. (2020). Selama pandemi corona kekerasan terhadap perempuan naik 75%. *Kontan.co.id*. <https://nasional.kontan.co.id/news/selama-pandemi-corona-kekerasan-terhadap-perempuan-naik-75>
- Roberto, K. J., Johnson, A. F., & Rauhaus, B. M. (2020). Stigmatization and prejudice during the COVID-19 pandemic. *Administrative Theory & Praxis*, 42(3), 364–378. <https://doi.org/10.1080/10841806.2020.1782128>
- Roesch, E., Amin, A., Gupta, J., & García-Moreno, C. (2020). Violence against women during COVID-19 pandemic restrictions. *BMJ*, 369, m1712. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1712>
- Rzymiski, P., & Nowicki, M. (2020). COVID-19-related prejudice toward Asian medical students: A consequence of SARS-CoV-2 fears in Poland. *Journal of Infection and Public Health*, 13(6), 873–876. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.05.006>
- Sandi, F. (2020). Dampak Covid-19 PHK pekerja belum berakhir, ini buktinya! *CNBC Indonesia*. <https://www.cnbcindonesia.com/news/20200619110855-4-166535/phk-pekerja-belum-berakhir-ini-buktinya>
- Siu, J. Y. (2008). The SARS-associated stigma of SARS victims in the post-SARS era of Hong Kong. *Qualitative Health Research*, 18(6), 729–738. <https://doi.org/10.1177/1049732308318374>
- Snyder, H. (2019). Literature review as a research methodology: An overview and guidelines. *Journal of Business Research*, 104, 333–339. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.07.039>
- Sotgiu, G., & Dobler, C. C. (2020). Social stigma in the time of coronavirus disease 2019. *European Respiratory Journal*, 56(2), 2002461. <https://doi.org/10.1183/13993003.02461-2020>
- Suyatra, I. P. (2020). Adaptasi kebiasaan baru adalah wujud cara hidup anti Covid-19. *Bali Express*. <https://baliexpress.jawapos.com/kolom/671155889/adaptasi-kebiasaan-baru-adalah-wujud-cara-hidup-anti-covid19>
- Syakriah, A. (2020). For some Indonesians, COVID-19 stigma worse than disease. *The Jakarta Post*. <https://www.thejakartapost.com/news/2020/08/30/for-some-indonesians-COVID-19-stigma-worse-than-disease.html>
- Wibowo, A. (2020). Empat strategi pemerintah atasi Covid-19. *Covid19.go.id*. <https://covid19.go.id/p/berita/empat-strategi-pemerintah-atasi-COVID-19>
- World Health Organization. (2020a). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. World Health Organization. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>
- World Health Organization. (2020b). A guide to preventing and addressing social stigma associated with COVID-19. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/m/item/a-guide-to-preventing-and-addressing-social-stigma-associated-with-COVID-19>
- World Health Organization. (2020c). WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. World Health Organization. <https://covid19.who.int>