

Eksplorasi Stigma Kesehatan Mental dalam Perspektif Masyarakat Kota Kupang: Studi Deskriptif Kualitatif

Yustus Dwi Putera Sepverson Babys, Suryanto

Magister Psikologi, Universitas Airlangga

Email: yustus.dwi.putera-2024@psikologi.unair.ac.id; suryanto@psikologi.unair.ac.id.

Accepted:
3 April 2026

Accepted After Revision:
17 June 2026

Published:
30 June 2026

Abstrak

Stigma kesehatan mental masih menjadi salah satu hambatan utama dalam upaya peningkatan kesehatan mental masyarakat karena dapat memengaruhi penerimaan sosial dan perilaku pencarian bantuan profesional. Meskipun berbagai penelitian telah mengkaji stigma kesehatan mental di Indonesia, kajian yang mengeksplorasi perspektif masyarakat umum dalam konteks sosial-budaya Kota Kupang masih terbatas. Penelitian ini bertujuan mengeksplorasi bentuk stigma kesehatan mental, faktor-faktor yang memengaruhinya, serta harapan masyarakat terhadap upaya pengurangan stigma di Kota Kupang. Penelitian menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif dengan melibatkan tiga partisipan yang dipilih secara *purposive*. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam dan dianalisis menggunakan model Miles, Huberman, dan Saldana. Hasil penelitian menunjukkan bahwa stigma kesehatan mental diwujudkan melalui pelabelan negatif terhadap karakter individu, dipengaruhi oleh nilai budaya, religiusitas, dan identitas sosial yang berkembang dalam komunitas. Stigma juga berperan sebagai hambatan dalam pencarian bantuan profesional serta berkontribusi terhadap munculnya rasa malu dan internalisasi penilaian negatif. Di sisi lain, keluarga dipersepsikan sebagai sumber dukungan yang penting dalam menghadapi dampak stigma. Temuan penelitian menegaskan pentingnya penguatan literasi kesehatan mental dan pengembangan intervensi berbasis komunitas yang sensitif terhadap karakteristik sosial-budaya masyarakat Kota Kupang.

Kata Kunci: Stigma kesehatan mental, Masyarakat Kota Kupang, Perilaku pencarian bantuan, Dukungan keluarga, Psikologi komunitas

Abstract

Mental health stigma remains a significant barrier to improving public mental health, as it influences social acceptance and help-seeking behavior. Although numerous studies have examined mental health stigma in Indonesia, research exploring community perspectives within the socio-cultural context of Kupang City remains limited. This study aimed to explore the forms of mental health stigma, the factors influencing its development, and community expectations regarding stigma reduction efforts in Kupang City. A qualitative descriptive approach was employed involving three purposively selected participants. Data were collected through in-depth interviews and analyzed using the Miles, Huberman, and Saldana framework. The findings revealed that mental health stigma is manifested through negative character labeling and is shaped by cultural values, religiosity, and social identity within the community. Stigma also acts as a barrier to professional help-seeking and contributes to feelings of shame and the internalization of negative perceptions. At the same time, family support emerged as an important protective resource in helping individuals cope with the impact of stigma. These findings highlight the importance of strengthening mental health literacy and developing community-based interventions that are responsive to the socio-cultural characteristics of the Kupang community.

Keywords: Mental health stigma, Kupang community, Help-seeking behavior, Family support, Community psychology



1 PENDAHULUAN

Stigma kesehatan mental masih menjadi salah satu tantangan utama dalam upaya peningkatan kesehatan mental masyarakat. Meskipun pemahaman mengenai kesehatan mental terus berkembang, individu yang mengalami gangguan psikologis masih kerap menerima pelabelan negatif, *stereotype*, serta perlakuan diskriminatif dari lingkungan sosialnya. Link dan Phelan [1] menjelaskan bahwa stigma merupakan proses sosial yang melibatkan pelabelan, stereotip, pemisahan sosial, kehilangan status, dan diskriminasi yang berlangsung dalam suatu relasi kekuasaan. Dalam konteks kesehatan mental, stigma tidak hanya memengaruhi cara masyarakat memandang individu yang mengalami gangguan mental, tetapi juga memengaruhi bagaimana individu tersebut memahami dan menilai dirinya sendiri. Akibatnya, stigma menjadi persoalan yang melampaui aspek klinis dan berkembang menjadi persoalan sosial yang berdampak pada kualitas hidup, relasi interpersonal, serta akses terhadap layanan kesehatan mental.

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa stigma kesehatan mental memiliki konsekuensi yang luas terhadap kesejahteraan psikologis individu. Stigma dapat mendorong individu untuk menyembunyikan kondisi yang dialami, menunda pencarian bantuan profesional, bahkan menghindari layanan kesehatan mental karena takut mendapatkan penilaian negatif dari lingkungan sosial [2]. Pada tingkat yang lebih mendalam, stigma dapat berkembang menjadi *internalized* stigma, yaitu kondisi ketika individu menerima dan menginternalisasi label negatif yang diberikan masyarakat sebagai bagian dari identitas dirinya. Kondisi ini berpotensi meningkatkan *distress* psikologis, menurunkan harga diri, serta memperburuk kondisi kesehatan mental yang telah ada [3]. Dengan demikian, stigma tidak hanya berfungsi sebagai hambatan sosial, tetapi juga sebagai faktor yang dapat memperkuat kerentanan psikologis individu.

Dalam konteks Indonesia, stigma kesehatan mental sering kali dipengaruhi oleh faktor budaya, kepercayaan religius, dan pemaknaan sosial yang berkembang dalam masyarakat. Gangguan mental masih kerap dipersepsikan sebagai akibat dari kelemahan moral, kurangnya keimanan, kutukan, atau pengaruh supranatural tertentu. Ran et al. [4] menunjukkan bahwa faktor budaya dan spiritualitas memiliki peran penting dalam pembentukan stigma kesehatan mental di kawasan Pasifik, termasuk masyarakat yang memiliki orientasi kolektivistik yang kuat. Rendahnya literasi kesehatan mental juga turut memperkuat munculnya *stereotype* dan kesalahpahaman mengenai gangguan mental sehingga

individu yang mengalami masalah psikologis berisiko menerima perlakuan diskriminatif dari lingkungan sekitarnya [5]. Situasi tersebut menunjukkan bahwa stigma kesehatan mental tidak dapat dilepaskan dari konteks sosial-budaya tempat individu hidup dan berinteraksi.

Kondisi tersebut menjadi semakin relevan untuk dikaji dalam konteks Kota Kupang sebagai ibu kota Provinsi Nusa Tenggara Timur yang memiliki karakteristik sosial-budaya yang khas. Data Badan Pusat Statistik Kota Kupang menunjukkan bahwa masyarakat Kota Kupang hidup dalam lingkungan yang ditandai oleh keberagaman etnis, kuatnya relasi sosial berbasis keluarga dan komunitas, serta tingginya peran agama dalam kehidupan sehari-hari [6]. Karakteristik tersebut sejalan dengan ciri masyarakat yang berorientasi kolektivistik, yaitu masyarakat yang menempatkan keterikatan sosial, keharmonisan kelompok, dan identitas kolektif sebagai bagian penting dalam kehidupan sosial [7]. Dalam konteks budaya seperti ini, pengalaman stigma tidak hanya berdampak pada individu yang mengalami masalah kesehatan mental, tetapi juga dapat memengaruhi keluarga dan kelompok sosial yang terkait dengannya karena adanya kekhawatiran terhadap reputasi sosial dan penerimaan komunitas [8], [9]. Selain itu, berbagai penelitian menunjukkan bahwa persepsi masyarakat terhadap kesehatan mental tidak hanya dipengaruhi oleh pengetahuan medis, tetapi juga oleh nilai budaya, keyakinan religius, dan norma sosial yang berkembang dalam lingkungan tempat individu hidup [4], [10]. Pada masyarakat yang memiliki keterikatan budaya dan spiritual yang kuat, gangguan mental sering kali dimaknai melalui lensa moral, religius, maupun supranatural sehingga berpotensi memperkuat munculnya *stereotype* dan pelabelan negatif terhadap individu yang mengalami masalah psikologis [5].

Urgensi penelitian mengenai stigma kesehatan mental di Kota Kupang tidak hanya didasarkan pada karakteristik sosial-budayanya, tetapi juga pada dinamika kesehatan masyarakat yang berkembang di wilayah Nusa Tenggara Timur. Data Riskesdas 2018 menunjukkan bahwa gangguan mental emosional dan gangguan jiwa berat masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia [11]. Dalam konteks Nusa Tenggara Timur, kesehatan jiwa juga menjadi perhatian berbagai institusi kesehatan daerah. Dinas Kesehatan Provinsi NTT bersama Rumah Sakit Jiwa Naimata menegaskan bahwa berbagai permasalahan kesehatan jiwa masih memerlukan perhatian melalui peningkatan kesadaran dan literasi kesehatan mental masyarakat [12]. Selain itu, penelitian menunjukkan bahwa faktor budaya, religiusitas, dan tingkat literasi kesehatan mental dapat memengaruhi cara masyarakat memahami gangguan mental serta keputusan untuk mencari bantuan profesional [4], [5].

Signifikansi Kota Kupang dalam penelitian ini juga didukung oleh keberadaan Rumah Sakit Jiwa Naimata sebagai satu-satunya rumah sakit jiwa rujukan di Provinsi Nusa Tenggara Timur. Posisi tersebut menjadikan Kota Kupang sebagai pusat pelayanan kesehatan jiwa bagi masyarakat dari berbagai wilayah di NTT [13]. Di sisi lain, Rumah Sakit Jiwa Naimata sebagai fasilitas rujukan kesehatan jiwa utama terus melakukan penguatan pelayanan kesehatan mental bagi masyarakat. Upaya tersebut menunjukkan bahwa kebutuhan layanan kesehatan jiwa di wilayah ini masih memerlukan perhatian yang serius, baik dari aspek pelayanan kesehatan maupun penerimaan sosial masyarakat terhadap individu yang mengalami gangguan mental. Oleh karena itu, pemahaman mengenai bagaimana stigma kesehatan mental dibentuk dan dimaknai oleh masyarakat Kota Kupang menjadi penting karena stigma merupakan salah satu faktor yang dapat menghambat individu dalam mencari bantuan profesional, memperoleh dukungan sosial, serta mengakses layanan kesehatan mental secara optimal.

Sejumlah penelitian sebelumnya telah menunjukkan bahwa stigma dan kesehatan mental merupakan isu yang masih relevan dalam berbagai konteks sosial di Indonesia maupun Nusa Tenggara Timur. Nenobais et al. [14] menemukan bahwa keluarga yang merawat anggota keluarga dengan skizofrenia menghadapi beban psikologis dan sosial yang signifikan dalam proses pengasuhan. Pada konteks yang lebih luas, Soan et al. [15] menunjukkan bahwa stigma sosial masih menjadi tantangan yang dihadapi oleh orang dengan HIV/AIDS di Nusa Tenggara Timur. Meskipun penelitian tersebut dilakukan pada konteks HIV/AIDS, temuan tersebut memberikan indikasi bahwa proses pelabelan sosial dan *stereotype* terhadap kelompok yang dianggap berbeda masih menjadi bagian dari dinamika sosial masyarakat Kota Kupang. Temuan tersebut sejalan dengan penelitian Subu et al. [16] yang mengidentifikasi berbagai bentuk stigma yang dialami individu dengan gangguan mental di Indonesia, termasuk *stereotype* negatif, penolakan sosial, dan diskriminasi yang muncul dalam interaksi sehari-hari. Penelitian yang lebih mutakhir juga menunjukkan bahwa stigma terhadap gangguan mental masih ditemukan pada kelompok mahasiswa kesehatan di Indonesia, bahkan pada individu yang memiliki latar belakang pendidikan kesehatan sekalipun [17]. Temuan ini mengindikasikan bahwa stigma kesehatan mental tidak hanya menjadi persoalan pada masyarakat umum, tetapi juga dapat bertahan dalam kelompok yang memiliki akses lebih besar terhadap informasi dan pendidikan kesehatan. Secara keseluruhan, temuan-temuan tersebut menunjukkan bahwa stigma kesehatan mental masih menjadi

persoalan sosial yang hadir pada berbagai kelompok dan konteks di Indonesia.

Meskipun berbagai penelitian telah menunjukkan bahwa stigma kesehatan mental masih menjadi persoalan dalam berbagai konteks sosial di Indonesia, sebagian besar kajian masih berfokus pada pengalaman individu yang mengalami gangguan mental, *caregiver*, maupun kelompok rentan tertentu. Akibatnya, mekanisme sosial yang menjelaskan bagaimana stigma dibentuk, dipertahankan, dan direproduksi oleh masyarakat umum dalam kehidupan sehari-hari masih belum banyak dipahami. Keterbatasan tersebut menyebabkan mekanisme sosial dan budaya yang berperan dalam pembentukan stigma di tingkat komunitas belum sepenuhnya dipahami, khususnya pada masyarakat yang memiliki karakteristik kolektivistik dan religius seperti Kota Kupang. Keterbatasan pemahaman tersebut berpotensi menyebabkan pengembangan program literasi kesehatan mental dan intervensi anti-stigma kurang mempertimbangkan faktor budaya, religiusitas, serta dinamika relasi sosial yang hidup dalam masyarakat setempat. Padahal masyarakat merupakan lingkungan sosial utama yang memengaruhi keputusan individu untuk mencari bantuan profesional, memperoleh dukungan sosial, serta membangun penerimaan terhadap kondisi kesehatan mental yang dialami. Oleh karena itu, eksplorasi terhadap perspektif masyarakat umum menjadi penting untuk menghasilkan pemahaman yang lebih kontekstual mengenai stigma kesehatan mental sekaligus mendukung pengembangan intervensi berbasis komunitas yang lebih sesuai dengan karakteristik sosial-budaya masyarakat setempat.

Berbeda dengan sebagian besar penelitian sebelumnya yang berfokus pada individu dengan gangguan mental, *caregiver*, atau kelompok rentan tertentu, penelitian ini menempatkan masyarakat umum sebagai sumber utama pemahaman mengenai stigma kesehatan mental. Selain mengeksplorasi bentuk stigma, faktor-faktor yang memengaruhinya, serta harapan masyarakat terhadap upaya pengurangan stigma kesehatan yang berkembang di masyarakat, penelitian ini juga berupaya memahami bagaimana nilai budaya, relasi sosial, dan religiusitas yang hidup dalam konteks Kota Kupang berperan dalam membentuk serta mempertahankan stigma kesehatan mental dalam kehidupan sehari-hari. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi empiris dalam memperkaya kajian psikologi komunitas dan kesehatan mental di Indonesia, khususnya terkait bagaimana nilai budaya, identitas sosial, dan religiusitas berperan dalam pembentukan stigma kesehatan mental. Selain itu, temuan penelitian diharapkan dapat menjadi dasar bagi pengembangan program literasi kesehatan mental dan intervensi

berbasis komunitas yang lebih sensitif terhadap karakteristik sosial-budaya masyarakat Kota Kupang.

2 METODE PENELITIAN

2.1 Desain Penelitian

Penelitian ini secara metodologis berada dalam ranah *qualitative descriptive study* sebagaimana dijelaskan oleh Sandelowski [18]. Pendekatan ini menekankan pada deskripsi komprehensif fenomena dalam bahasa sehari-hari, dengan interpretasi yang rendah (*low-inference*) dan tetap fokus pada data. Dengan demikian, penelitian ini tidak berpretensi menghasilkan teori baru atau abstraksi filosofis, melainkan menghadirkan gambaran faktual tentang bagaimana stigma kesehatan mental dialami dan dipersepsikan oleh 3 orang partisipan yang merupakan masyarakat Kota Kupang. Penelitian ini bertujuan mengeksplorasi pengalaman, pemaknaan, dan pandangan terkait stigma kesehatan mental berdasarkan perspektif partisipan yang berdomisili di Kota Kupang.

2.2 Partisipan

Partisipan penelitian terdiri dari tiga orang masyarakat yang berdomisili di Kota Kupang berusia 18-40 tahun. Ketiga partisipan, yaitu seorang mahasiswi magister (AN) berusia 24 tahun, seorang pegawai negeri sipil di bidang imigrasi (E) berusia 31 tahun, dan seorang praktisi psikolog (M) berusia 29 tahun. Pemilihan partisipan dilakukan dengan teknik *purposive sampling*, yaitu berdasarkan keterlibatan mereka dalam interaksi sosial terkait kesehatan mental dan berdasarkan kesesuaian dengan tujuan penelitian. Rentang usia partisipan dipilih karena kelompok dewasa muda hingga dewasa awal sering kali berada dalam fase kehidupan yang aktif secara sosial, sehingga persepsi mereka terhadap stigma kesehatan mental dapat memberikan gambaran dinamika yang terjadi. Partisipan telah diberikan informasi secara lisan mengenai kerahasiaan, perlindungan dan manfaat dari penelitian ini, yang kemudian oleh para partisipan menyatakan bersedia untuk menjadi narasumber dalam penelitian ini. Dalam penelitian kualitatif, pemilihan partisipan tidak ditujukan untuk mewakili populasi secara statistik, melainkan untuk memperoleh informasi yang kaya (*information-rich cases*) mengenai fenomena yang diteliti. Oleh karena itu, temuan penelitian dipahami sebagai gambaran pengalaman dan pemaknaan partisipan dalam konteks tertentu, bukan sebagai representasi seluruh masyarakat Kota Kupang.

2.3 Strategi Pengumpulan Data

Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam (*in-depth interview*) dengan panduan semi-terstruktur. Proses wawancara dilakukan secara *online* melalui panggilan telepon *WhatsApp*, mengingat keterbatasan jarak dan situasi yang tidak memungkinkan tatap muka langsung. Wawancara *online* tetap memungkinkan partisipan untuk menceritakan pengalaman mereka secara bebas, sekaligus menjaga kenyamanan dan privasi. Pertanyaan wawancara dirancang untuk menggali persepsi, pengalaman, dan pandangan partisipan mengenai stigma kesehatan mental, dengan fleksibilitas untuk menyesuaikan alur sesuai respons partisipan. Proses wawancara dilakukan secara bergantian kepada partisipan, yang dimulai dari tanggal 15-17 Oktober 2024. Durasi waktu wawancara tiap partisipan berbeda-beda, dimulai dari partisipan AN (15 Oktober 2024) waktu wawancara berlangsung selama 37 menit, kemudian partisipan E wawancara berlangsung pada tanggal 16 Oktober 2024 dengan durasi 57 menit dan partisipan M diwawancarai pada tanggal 17 Oktober 2024, dengan jenjang waktunya 42 menit.

Contoh pertanyaan dalam penelitian ini antarlain: “menurut anda apakah kesehatan mental itu penting khususnya dimasyarakat kota kupang?, menurut anda, kenapa orang bisa mengalami masalah kesehatan mental?, apakah ada stigma-stigma tertentu dimasyarakat kota kupang kepada orang-orang yang mengalami masalah kesehatan mental?, bagaimana dampak yang dapat ditimbulkan?, apakah anda sendiri pernah mengalami stigma terkait masalah kesehatan mental, baik secara langsung atau menyaksikan orang lain mengalaminya?, bagaimana tanggapan keluarga ataupun masyarakat ketika mendengar atau menemukan orang dengan masalah kesehatan mental? Apakah masyarakat mendapatkan sumber dukungan dan informasi terkait kesehatan mental dan penanggannya dari media, pemerintah, gereja, sekolah, tempat kerja atau tempat-tempat ibadah lainnya? Dan apa yang anda harapkan, yang dapat dilakukan oleh masyarakat atau pemerintah untuk dapat mengurangi stigma terhadap kesehatan mental?

2.4 Analisis Data

Analisis dilakukan menggunakan model Miles, Huberman, dan Saldana [19], yang terdiri dari tiga tahap utama:

1. Data *condensation* – reduksi data melalui proses coding tematik untuk menyaring informasi yang relevan.
2. Data *display* – penyajian data dalam bentuk tabel tematik dan kutipan narasumber untuk memperlihatkan pola yang muncul.

3. *Conclusion drawing/verification* – penarikan kesimpulan berdasarkan pola tematik yang konsisten, disertai verifikasi melalui triangulasi sumber.

Untuk memperkuat transparansi proses analisis, peneliti menyusun *coding tree* yang menunjukkan alur dari kutipan *verbatim* partisipan menuju kode, tema, dan konsep. *Coding tree* ini berfungsi sebagai *audit trail* yang memperlihatkan bagaimana data mentah diolah secara sistematis hingga menghasilkan tema utama penelitian.

Tabel 1. Coding Tree Visual: Alur Kutipan → Kode → Tema → Konsep

Kutipan Verbatim	Kode	Tema	Konsep
“Disitu saya pernah mendapat stigma... mereka bilang saya tidak bisa santai...” (AN)	S1 – Stigma karakter	Labeling perilaku sebagai “nakal” atau “tidak mampu mengendalikan diri”	Stigma karakter → internalisasi label negatif → penurunan harga diri
“Mungkin bawah juga yah bawah bapa punya suku, ‘ooo ini orang Alor...’” (E)	S2 – Stigma suku & agama	Persepsi berbasis identitas sosial	Budaya & agama memperkuat stereotipe → diskriminasi sosial
“Ada yang sampai minta ‘jangan bawa ambulans yah...’” (M)	S3 – Malu mencari bantuan	Hambatan psikologis & sosial	Rasa malu → keluarga menutup diri → hambatan akses layanan
“Perlu sosialisasi, program HIMPSI, kolaborasi instansi.” (AN/M)	S4 – Upaya mengurangi stigma	Harapan program sosialisasi	Edukasi & intervensi komunitas → strategi pengurangan stigma
“... keluarga mendukung penuh saya...” (AN)	S5 – Peran keluarga	Dukungan emosional & spiritual	Keluarga sebagai <i>support system</i> protektif → coping adaptif

2.5 Refleksi Peneliti

Salah satu peneliti merupakan seorang warga yang pernah tinggal di Kota Kupang serta pernah menjadi aktifis kesehatan mental, sedangkan peneliti lainnya adalah seorang akademisi dibidang psikologi sosial dan juga aktif dalam penelitian, pengajaran maupun pengabdian terkait kesehatan mental. Kami menyadari bahwa penelitian kualitatif, khususnya dengan pendekatan *qualitative descriptive study* [18],

sangat rentan terhadap bias interpretasi karena bergantung pada pengalaman subjektif partisipan dan sensitivitas peneliti dalam membaca data. Oleh karena itu, beberapa langkah reflektif dilakukan untuk meminimalkan bias:

1. Kesadaran Posisi Peneliti (*Reflexivity*): Kami menyadari bahwa latar belakang akademik dan pengalaman pribadi dapat memengaruhi cara kami memahami stigma kesehatan mental. Untuk itu, kami berusaha menjaga jarak kritis dengan tidak memasukkan asumsi pribadi ke dalam analisis, melainkan fokus pada narasi partisipan sebagaimana adanya.
2. Keterbatasan Partisipan: Kami menyadari bahwa jumlah partisipan yang terbatas (tiga orang) tidak dapat mewakili seluruh masyarakat Kupang. Oleh karena itu, hasil penelitian ini diposisikan sebagai eksplorasi awal, bukan generalisasi. Refleksi ini penting agar pembaca memahami ruang lingkup penelitian secara proporsional.
3. Teknik Wawancara *Online*: Penggunaan wawancara *via WhatsApp* memiliki kelebihan (privasi, fleksibilitas) sekaligus keterbatasan (minim ekspresi *non-verbal*). Kami mencatat keterbatasan ini sebagai bagian dari refleksi metodologis, agar pembaca memahami konteks pengumpulan data.
4. Integrasi Teori dan Data: Untuk menghindari bias konfirmasi, kami tidak memaksakan teori tertentu sebagai kerangka utama. Sebaliknya, kami menggunakan teori labeling sosial Goffman [20] dan konsep stigma Link & Phelan [1], sebagai lensa interpretatif untuk memperkaya pemahaman terhadap data. Dengan demikian, teori berfungsi sebagai pendukung, bukan pengarah tunggal.
5. Bahasa dan Representasi Data: Sesuai dengan prinsip *qualitative description* [18], peneliti berusaha menyajikan data dalam bahasa sehari-hari partisipan, tanpa mengubah makna atau memaksakan abstraksi filosofis. Hal ini dilakukan agar hasil penelitian tetap pada pengalaman nyata partisipan.

3 HASIL DAN DISKUSI

3.1 Gambaran Umum Partisipan

Partisipan AN adalah seorang perempuan berusia 24 tahun, mahasiswa magister yang sedang berada pada tahap akhir studi. Ia memiliki pengalaman langsung terkait stigma kesehatan mental di lingkungan akademik maupun sosial. AN merefleksikan bagaimana pelabelan negatif terhadap perilaku individu dapat memengaruhi harga diri dan keberanian untuk mencari bantuan profesional.

Partisipan E adalah seorang laki-laki berusia 31 tahun, bekerja sebagai pegawai negeri sipil di Kantor Imigrasi TP 1 Kupang, yang juga sedang melanjutkan studi magister. Pengalaman E memperlihatkan bagaimana stigma kesehatan mental muncul dalam konteks birokrasi dan kehidupan sosial masyarakat. Ia menyoroti adanya *stereotype* berbasis suku yang memengaruhi cara masyarakat menilai perilaku individu, serta dampaknya terhadap interaksi sosial di lingkungan kerja maupun pendidikan.

Partisipan M adalah seorang laki-laki berusia 29 tahun, praktisi psikolog yang bekerja di Kota Kupang. Sebagai tenaga profesional, M berhadapan langsung dengan klien dan masyarakat yang masih memandang kesehatan mental dengan stigma. Ia menekankan bagaimana keluarga dan komunitas sering kali menutup diri karena rasa malu, serta bagaimana nilai agama dan budaya memperkuat *stereotype*. Namun, M juga menyoroti peran keluarga sebagai *support system* yang dapat memberikan dukungan emosional dan spiritual.

3.1.1 Analisis Tematik

Proses analisis dilakukan melalui tiga tahap: data *condensation* (reduksi data dengan coding tematik), data *display* (penyajian dalam tabel tematik), dan *conclusion drawing/verification* (penarikan kesimpulan berdasarkan pola tematik). Analisis tematik dari wawancara mendalam menghasilkan lima tema utama yang merepresentasikan persepsi partisipan terhadap stigma kesehatan mental. Tema-tema ini mencakup stigma karakter, stigma berbasis suku dan agama, perasaan malu mencari bantuan, upaya mengurangi stigma, serta peran keluarga.

Tabel 2. Analisis Tematik Final

Tema Utama	Sub-Tema	Kutipan Narasumber (Ringkas)	Interpretasi
Stigma Karakter	Labeling perilaku sebagai “nakal” atau “tidak mampu mengendalikan diri”	AN: “Saya dianggap tidak bisa santai.” E: “Anak nakal akhirnya percaya dirinya nakal.” M: “Lingkungan bilang anaknya gila.”	Stigma berbasis karakter memperkuat <i>self-labeling</i> dan menurunkan harga diri.
Stigma Suku & Agama	Persepsi berbasis identitas sosial	E: “Karena darah suku Alor, saya dicap nakal.” M: “Masih	Budaya dan agama memperkuat <i>stereotype</i> dan diskriminasi.

		ada istilah disihir, keturunan, pendekatan agama.”	
Perasaan Malu	Hambatan psikologis dan sosial	AN: “Takut dibilang gila ke psikolog.” M: “Keluarga minta jangan pakai ambulans.”	Rasa malu membuat keluarga menutup diri dan menghambat akses layanan.
Upaya Mengurangi Stigma	Harapan program sosialisasi	M: “Perlu sosialisasi, program HIMPSI, kolaborasi instansi.”	Edukasi dan intervensi komunitas dipandang sebagai solusi.
Peran Keluarga	Dukungan emosional dan spiritual	AN: “Keluarga mendukung penuh.” M: “Keluarga aktif di gereja memberi nasihat.”	Keluarga berfungsi sebagai <i>support system</i> protektif.

3.2 Pendalaman Hasil

3.2.1 Stigma Karakter

Partisipan AN mengungkapkan pengalaman pribadi ketika dirinya dianggap sebagai individu yang tidak mampu mengendalikan diri:

“Disitu saya pernah mendapat stigma kalo misalnya saya adalah orang yang... mereka bilang kalo saya tidak bisa santai dalam menanggapi segala sesuatu, saya juga adalah orang yang memberikan dampak negatif terhadap lain.” (AN)

Partisipan E menambahkan bahwa pelabelan negatif sering kali diinternalisasi oleh remaja:

“Anak yang nakal, akhirnya dia mempercayai itu... orang Kupang bilang ‘ooo saya ni nakal yah...’ tanpa sadar dia mempercayai itu.” (E)

Kutipan tersebut menunjukkan bahwa partisipan mengalami pengalaman pelabelan negatif terhadap karakter dan perilaku yang ditampilkan.

3.2.2 Stigma Suku dan Agama

Stigma berbasis identitas sosial muncul dalam bentuk *stereotype* terhadap suku tertentu. Partisipan E menyampaikan:

“Mungkin bawah juga yah bawah bapa punya suku, ‘ooo ini orang Alor, ini begini-begini’... itu juga pernah saya rasakan.” (E)

Sementara itu, partisipan M menyoroti pengaruh budaya dan agama:

"Masih ada istilah-istilah kalo karena 'disihir', 'keturunan', ... budaya dan pendekatan agama sangat memengaruhi." (M)

Berdasarkan pengalaman partisipan, persepsi mengenai gangguan mental juga dikaitkan dengan identitas suku, keyakinan agama, dan penjelasan supranatural yang berkembang dalam lingkungan sosial mereka.

3.2.3 Perasaan Malu Mencari Bantuan

Rasa malu menjadi hambatan utama dalam mengakses layanan kesehatan mental. Partisipan AN menyatakan:

"Belum terlalu memberanikan diri ke psikolog atau psikiater... mungkin karena faktor takut dibilang gila atau apa... itu juga masih mengambang." (AN)

Partisipan M menambahkan:

"Ada yang sampai minta 'jangan bawa ambulans yah, datang saja pake mobil pribadi...' karena takut stigma lingkungan jadi makin kuat." (M)

Partisipan menggambarkan adanya kekhawatiran terhadap penilaian sosial yang membuat individu maupun keluarga cenderung menunda atau menyembunyikan upaya pencarian bantuan.

3.2.4 Upaya Mengurangi Stigma

Partisipan menekankan pentingnya sosialisasi dan kolaborasi lintas lembaga:

"Perlu sosialisasi, program HIMPSI, asosiasi psikologi klinis, dan berkolaborasi dengan berbagai instansi." (M)

Menurut partisipan, perlu adanya intervensi dan sosialisasi untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang kesehatan mental.

3.2.5 Peran Keluarga

Keluarga berperan sebagai *support system* utama. Partisipan AN menyampaikan:

"... keluarga mendukung penuh saya untuk bagaimana saya bisa keluar dari situasi tersebut. Mereka mendengarkan, mereka menemani, mereka mendukung." (AN)

Partisipan M menambahkan:

"Kami kan keluarga yang cukup aktif pelayanan di gereja... kadang yang kenakalan itu lebih butuh telinga bukan butuh mulut." (M)

Partisipan menggambarkan bahwa dukungan emosional dan spiritual dari keluarga berperan penting.

3.3 Diskusi

Temuan penelitian menunjukkan bahwa stigma kesehatan mental sering kali diwujudkan melalui pelabelan terhadap karakter individu. Berdasarkan pengalaman partisipan, individu yang mengalami gangguan mental kerap dipersepsikan sebagai pribadi yang lemah, tidak mampu mengendalikan diri, berperilaku menyimpang, atau memiliki karakter yang buruk. Bentuk pelabelan tersebut menunjukkan bahwa gangguan mental belum sepenuhnya dipahami sebagai kondisi kesehatan yang dipengaruhi oleh faktor biologis, psikologis, dan sosial, melainkan masih sering dimaknai sebagai cerminan karakter individu. Temuan ini sejalan dengan konsep stigma yang dikemukakan oleh Goffman [20] yang menjelaskan bahwa stigma merupakan atribut sosial yang menyebabkan seseorang mengalami penurunan status sosial dalam masyarakat. Perspektif tersebut diperkuat oleh Link dan Phelan [1] yang menjelaskan bahwa stigma berkembang melalui proses pelabelan, *stereotype*, pemisahan sosial, kehilangan status, dan diskriminasi. Dalam penelitian ini, proses tersebut tampak ketika individu dengan gangguan mental tidak hanya memperoleh label negatif, tetapi juga diposisikan sebagai kelompok yang berbeda dari masyarakat pada umumnya. Lebih jauh, penelitian ini menunjukkan bahwa stigma karakter tidak berhenti pada level persepsi sosial, tetapi berpotensi memengaruhi pembentukan identitas diri individu yang menjadi sasaran stigma. Ketika label negatif terus-menerus diterima dalam interaksi sosial, individu dapat mulai menginternalisasi penilaian tersebut sebagai bagian dari identitas dirinya. Fenomena ini dikenal sebagai *internalized stigma* atau *self-labeling*. Caspi et al. [3] menjelaskan bahwa internalisasi stigma berkaitan dengan meningkatnya *distress* psikologis, rendahnya harga diri, serta menurunnya kesejahteraan psikologis. Individu tidak sekadar dianggap mengalami masalah kesehatan, tetapi juga dinilai gagal memenuhi standar perilaku yang dianggap ideal oleh komunitas. Namun demikian, pelabelan negatif tersebut tidak muncul dalam ruang sosial yang kosong. Cara masyarakat memaknai gangguan mental dipengaruhi oleh nilai, keyakinan, dan norma sosial yang berkembang dalam komunitas. Oleh karena itu, penting untuk memahami konteks budaya dan religius yang melatarbelakangi terbentuknya stigma kesehatan mental dalam masyarakat Kota Kupang.

Penelitian ini menunjukkan bahwa persepsi terhadap gangguan mental tidak hanya dibentuk oleh pengetahuan mengenai kesehatan mental, tetapi juga

oleh nilai budaya, keyakinan religius, dan identitas sosial yang berkembang dalam komunitas. Jika tema sebelumnya menunjukkan bagaimana stigma diwujudkan melalui pelabelan terhadap karakter individu, maka tema ini memberikan gambaran mengenai konteks sosial-budaya yang memungkinkan pelabelan tersebut terus dipertahankan dalam kehidupan masyarakat. Partisipan menggambarkan bahwa gangguan mental masih sering dikaitkan dengan kurangnya keimanan, atau pengaruh supranatural tertentu. Temuan ini mendukung penelitian Ran et al. [4] yang menunjukkan bahwa budaya dan spiritualitas berperan penting dalam membentuk stigma kesehatan mental pada masyarakat yang memiliki orientasi kolektivistik yang kuat. Meskipun temuan ini konsisten dengan penelitian Ran et al. [4], penelitian ini menunjukkan bahwa stigma tidak hanya berkaitan dengan persepsi terhadap individu yang mengalami gangguan mental, tetapi juga berkaitan dengan reputasi sosial keluarga. Temuan ini mengindikasikan bahwa mekanisme stigma pada masyarakat yang memiliki relasi komunal yang kuat dapat bekerja melalui perlindungan identitas sosial keluarga, bukan semata-mata melalui penilaian terhadap individu. Menurut Triandis [7] masyarakat kolektivistik menempatkan keharmonisan sosial, identitas kelompok, dan penerimaan komunitas sebagai nilai yang penting dalam kehidupan sehari-hari. Dalam konteks tersebut, kondisi yang dianggap berbeda dari norma sosial berpotensi memperoleh respons negatif dari lingkungan sosial. Namun demikian, penelitian ini memberikan pemahaman yang lebih kontekstual mengenai bagaimana proses tersebut berlangsung di Kota Kupang. Temuan menunjukkan bahwa stigma tidak hanya diarahkan kepada individu yang mengalami gangguan mental, tetapi juga berpotensi memengaruhi citra keluarga dan posisi sosial mereka dalam komunitas. Dengan kata lain, kesehatan mental tidak dipahami sebagai persoalan individual semata, melainkan sebagai bagian dari identitas sosial keluarga dan kelompok. Temuan ini memperkuat argumentasi Yang et al. [9] bahwa pada masyarakat yang memiliki keterikatan sosial yang kuat, stigma sering kali berkembang sebagai mekanisme sosial untuk menjaga norma dan keteraturan kelompok. Ketika gangguan mental dimaknai sebagai persoalan moral maupun identitas sosial keluarga, konsekuensinya tidak berhenti pada terbentuknya stereotip. Individu yang mengalami masalah kesehatan mental juga berisiko menghadapi hambatan dalam mengakses dukungan dan layanan profesional karena kekhawatiran terhadap penilaian sosial yang mungkin diterima.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa stigma berperan sebagai hambatan penting dalam proses pencarian bantuan kesehatan mental. Stigma yang

dibentuk melalui pelabelan sosial dan diperkuat oleh nilai budaya tidak hanya memengaruhi cara masyarakat memandang gangguan mental, tetapi juga memengaruhi keputusan individu dalam mencari bantuan ketika mengalami masalah psikologis. Temuan ini sejalan dengan penelitian Campo-Arias et al. [2] dan Gulliver et al. [21] yang menunjukkan bahwa stigma merupakan salah satu hambatan paling konsisten dalam perilaku pencarian bantuan kesehatan mental. Jorm [5] juga menjelaskan bahwa rendahnya literasi kesehatan mental dapat memperkuat munculnya kesalahpahaman terhadap gangguan mental sehingga individu cenderung menghindari bantuan profesional. Hasil penelitian juga memperlihatkan bahwa keputusan mencari bantuan profesional tidak sepenuhnya bersifat individual. Keputusan tersebut sering kali dipertimbangkan dalam kerangka hubungan sosial yang lebih luas, termasuk bagaimana kondisi kesehatan mental dipersepsikan oleh keluarga dan komunitas. Dengan demikian, stigma tidak hanya beroperasi pada level psikologis, tetapi juga pada level sosial-komunal. Kekhawatiran terhadap penilaian sosial tampak menjadi faktor yang sama pentingnya dengan kondisi psikologis individu itu sendiri. Temuan ini memberikan kontribusi penting terhadap pemahaman stigma kesehatan mental di Indonesia karena menunjukkan bahwa keputusan mencari bantuan profesional tidak selalu ditentukan oleh kebutuhan psikologis individu, tetapi juga dipengaruhi oleh dinamika sosial yang lebih luas. Oleh karena itu, upaya meningkatkan akses layanan kesehatan mental di Kota Kupang perlu mempertimbangkan peran keluarga, tokoh agama, dan tokoh masyarakat sebagai aktor yang dapat memengaruhi penerimaan masyarakat terhadap layanan kesehatan mental.

Meskipun stigma muncul sebagai tantangan yang signifikan, penelitian ini juga menunjukkan bahwa keluarga memiliki peran penting sebagai sumber dukungan dan faktor protektif bagi individu yang mengalami masalah kesehatan mental. Dukungan emosional, penerimaan, serta keterlibatan keluarga dipersepsikan mampu membantu individu menghadapi tekanan sosial yang muncul akibat stigma. Temuan ini sejalan dengan penelitian Topkaya et al. [22] yang menunjukkan bahwa dukungan keluarga berkontribusi terhadap keberhasilan pencarian bantuan dan proses pemulihan kesehatan mental. Dalam perspektif psikologi komunitas, keluarga merupakan sistem dukungan sosial terdekat yang berfungsi memperkuat kapasitas individu dalam menghadapi berbagai tekanan sosial. Menariknya, penelitian ini menunjukkan bahwa keluarga memiliki posisi yang bersifat ambivalen. Di satu sisi, keluarga dapat menjadi sumber perlindungan dan dukungan. Namun di sisi lain, keluarga juga dapat menjadi pihak yang

terdampak oleh stigma sosial karena adanya kekhawatiran terhadap reputasi keluarga dalam komunitas. Keluarga tidak hanya berfungsi sebagai *support system*, tetapi juga sebagai bagian dari sistem sosial yang turut bernegosiasi dengan norma dan nilai yang berkembang dalam masyarakat. Posisi keluarga yang demikian strategis menunjukkan bahwa upaya pengurangan stigma tidak dapat hanya berfokus pada individu. Temuan penelitian ini mengindikasikan perlunya pendekatan yang melibatkan berbagai elemen sosial yang hidup dalam komunitas.

Studi-studi sebelumnya menunjukkan bahwa stigma kesehatan mental merupakan fenomena yang terbentuk melalui interaksi antara pelabelan sosial, nilai budaya, religiusitas, dan relasi keluarga. Oleh karena itu, strategi pengurangan stigma perlu dirancang dengan mempertimbangkan keseluruhan ekosistem sosial tempat stigma tersebut berkembang. Hasil penelitian ini didukung oleh temuan Clay et al. [23] yang menekankan pentingnya pendekatan berbasis komunitas dalam upaya pengurangan stigma kesehatan mental. Namun demikian, penelitian ini menunjukkan bahwa intervensi yang mungkin akan diterapkan di Kota Kupang perlu dirancang secara sensitif terhadap konteks sosial-budaya lokal. Program literasi kesehatan mental yang hanya berfokus pada penyampaian informasi kemungkinan belum cukup untuk mengubah stigma yang telah terintegrasi dalam nilai sosial dan budaya masyarakat. Oleh karena itu, pengembangan program anti-stigma perlu melibatkan keluarga, tokoh agama, tokoh masyarakat, institusi pendidikan, dan layanan kesehatan sebagai bagian dari ekosistem komunitas. Pendekatan tersebut berpotensi lebih efektif karena selaras dengan karakteristik masyarakat yang menempatkan relasi sosial dan identitas kolektif sebagai bagian penting dalam kehidupan sehari-hari. Dengan demikian, kontribusi utama penelitian ini adalah menunjukkan bahwa stigma kesehatan mental perlu dipahami sebagai fenomena sosial-budaya yang memerlukan strategi intervensi berbasis komunitas dan sensitif terhadap budaya lokal.

Secara keseluruhan, penelitian ini menunjukkan bahwa stigma kesehatan mental dalam konteks partisipan yang berdomisili di Kota Kupang terbentuk melalui proses yang saling berkaitan. Pelabelan terhadap karakter individu menjadi bentuk stigma yang paling tampak dalam kehidupan sehari-hari, sementara nilai budaya, religiusitas, dan identitas sosial berperan dalam mempertahankan keberlangsungan stigma tersebut. Konsekuensinya tidak hanya terlihat pada munculnya stereotip dan penilaian negatif, tetapi juga pada hambatan pencarian bantuan profesional yang dipengaruhi oleh pertimbangan reputasi sosial keluarga dan penerimaan komunitas. Dalam situasi tersebut, keluarga

menempati posisi yang unik sebagai sumber dukungan sekaligus bagian dari sistem sosial yang turut terdampak oleh stigma. Temuan ini mengindikasikan bahwa stigma kesehatan mental lebih tepat dipahami sebagai fenomena sosial-budaya yang beroperasi pada tingkat komunitas, sehingga upaya pengurangannya memerlukan pendekatan yang sensitif terhadap nilai budaya, religiusitas, dan relasi sosial yang hidup dalam masyarakat.

4 KESIMPULAN

Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi bentuk stigma kesehatan mental, faktor-faktor yang memengaruhinya, serta harapan masyarakat terhadap upaya pengurangan stigma kesehatan mental di Kota Kupang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa stigma kesehatan mental dalam konteks partisipan penelitian diwujudkan melalui pelabelan negatif terhadap karakter individu, dipengaruhi oleh nilai budaya, religiusitas, dan identitas sosial yang berkembang dalam komunitas, serta berkontribusi terhadap munculnya hambatan dalam pencarian bantuan kesehatan mental. Di sisi lain, keluarga dipersepsikan memiliki peran penting sebagai sumber dukungan yang membantu individu menghadapi dampak stigma.

Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa stigma kesehatan mental tidak hanya berkaitan dengan persepsi individu terhadap gangguan mental, tetapi juga berhubungan dengan dinamika sosial-budaya yang hidup dalam komunitas. Stigma tampak dipengaruhi oleh relasi sosial yang kuat, nilai religius, dan pertimbangan terhadap reputasi sosial keluarga. Oleh karena itu, upaya pengurangan stigma kesehatan mental perlu mempertimbangkan karakteristik sosial-budaya masyarakat melalui pendekatan berbasis komunitas yang melibatkan keluarga, tokoh agama, tokoh masyarakat, serta layanan kesehatan.

Meskipun temuan penelitian ini bersifat kontekstual dan tidak dimaksudkan untuk mewakili seluruh masyarakat Kota Kupang, hasil penelitian memberikan gambaran awal mengenai bagaimana stigma kesehatan mental dimaknai dalam kehidupan sosial masyarakat setempat serta dapat menjadi dasar bagi pengembangan penelitian dan intervensi kesehatan mental berbasis komunitas pada masa mendatang.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] B. G. Link and J. C. Phelan, "Conceptualizing Stigma," *Annu. Rev. Sociol.*, vol. 27, no. 1, pp. 363–385, Aug. 2001, doi: 10.1146/annurev.soc.27.1.363.
- [2] A. Campo-Arias, H. C. Oviedo, and E. Herazo, "Estigma: barrera de acceso a servicios en salud

- mental,” *Rev. Colomb. Psiquiatr.*, vol. 43, no. 3, pp. 162–167, Jul. 2014, doi: 10.1016/j.rcp.2014.07.001.
- [3] A. Caspi *et al.*, “Longitudinal Assessment of Mental Health Disorders and Comorbidities Across 4 Decades Among Participants in the Dunedin Birth Cohort Study,” *JAMA Netw. Open*, vol. 3, no. 4, p. e203221, Apr. 2020, doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3221.
- [4] M.-S. Ran *et al.*, “Stigma of mental illness and cultural factors in Pacific Rim region: a systematic review,” *BMC Psychiatry*, vol. 21, no. 1, p. 8, Dec. 2021, doi: 10.1186/s12888-020-02991-5.
- [5] A. Jorm, “We need to move from ‘mental health literacy’ to ‘mental health action,’” *Ment. Health Prev.*, vol. 18, p. 200179, Jun. 2020, doi: 10.1016/j.mhp.2020.200179.
- [6] Badan Pusat Statistik Kota Kupang, “Kota Kupang dalam angka 2024,” 2024.
- [7] H. Charalambos. Triandis, *Individualism & collectivism*. Routledge, 2018.
- [8] T. Abdullah and T. L. Brown, “Mental illness stigma and ethnocultural beliefs, values, and norms: An integrative review,” *Clin. Psychol. Rev.*, vol. 31, no. 6, pp. 934–948, Aug. 2011, doi: 10.1016/j.cpr.2011.05.003.
- [9] L. H. Yang, A. Kleinman, B. G. Link, J. C. Phelan, S. Lee, and B. Good, “Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory,” *Soc. Sci. Med.*, vol. 64, no. 7, pp. 1524–1535, Apr. 2007, doi: 10.1016/j.socscimed.2006.11.013.
- [10] F. Mascayano, J. E. Armijo, and L. H. Yang, “Addressing Stigma Relating to Mental Illness in Low- and Middle-Income Countries,” *Front. Psychiatry*, vol. 6, Mar. 2015, doi: 10.3389/fpsy.2015.00038.
- [11] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, “Laporan nasional Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018,” 2018.
- [12] Y. Bataona, “Jelang HKJS 2023, Dinkesdukcapil Provinsi NTT peduli kesehatan jiwa masyarakat Kota Kupang,” Fakta Hukum NTT.
- [13] R. H. Mone, R. W. Batilmurik, and A. R. Bire, “Peran Komitmen Organisasional Terhadap Kinerja Tenaga Keperawatan Pada Rumah Sakit Jiwa Naimata Kupang,” *Jurnal Pendidikan Ilmu Pengetahuan Sosial (JPIPS)*, vol. 12, no. 2, pp. 79–86, Dec. 2020.
- [14] A. Nenobais, Ah. Yusuf, and S. R. D. Andayani, “Beban pengasuhan Caregiver keluarga klien dengan Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Naimata Kupang,” *Jurnal Penelitian Kesehatan “SUARA FORIKES” (Journal of Health Research “Forikes Voice”)*, vol. 11, no. 2, p. 183, Apr. 2020, doi: 10.33846/sf11218.
- [15] T. L. C. Soan, H. I. Ndoen, and S. Landi, “Overview of Depression, Anxiety and Stress Levels of PLWHA,” *Journal of Health and Behavioral Science*, vol. 4, no. 4, pp. 610–618, Jan. 2023, doi: 10.35508/jhbs.v4i4.7448.
- [16] M. A. Subu *et al.*, “Types of stigma experienced by patients with mental illness and mental health nurses in Indonesia: a qualitative content analysis,” *Int. J. Ment. Health Syst.*, vol. 15, no. 1, p. 77, Dec. 2021, doi: 10.1186/s13033-021-00502-x.
- [17] M. A. Subu *et al.*, “Exploring mental health stigma among Indonesian healthcare students towards individuals with mental illnesses: a qualitative study,” *Int. J. Qual. Stud. Health Well-being*, vol. 19, no. 1, Dec. 2024, doi: 10.1080/17482631.2024.2327103.
- [18] M. Sandelowski, “Whatever happened to qualitative description?,” *Res. Nurs. Health*, vol. 23, no. 4, pp. 334–340, Aug. 2000, doi: 10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G.
- [19] M. B. . Miles, A. M. . Huberman, and Johnny. Saldaña, *Qualitative data analysis : a methods sourcebook*. SAGE Publications, Inc., 2014.
- [20] Erving. Goffman, *Stigma*. 2009.
- [21] A. Gulliver, K. M. Griffiths, and H. Christensen, “Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review,” *BMC Psychiatry*, vol. 10, no. 1, p. 113, Dec. 2010, doi: 10.1186/1471-244X-10-113.
- [22] N. Topkaya, “Predictors of attitudes toward seeking professional psychological help among Turkish college students,” *Child. Youth Serv. Rev.*, vol. 120, p. 105782, Jan. 2021, doi: 10.1016/j.childyouth.2020.105782.
- [23] J. Clay, J. Eaton, P. C. Gronholm, M. Semrau, and N. Votruba, “Core components of mental health stigma reduction interventions in low- and middle-income countries: a systematic review,” *Epidemiol. Psychiatr. Sci.*, vol. 29, p. e164, Sep. 2020, doi: 10.1017/S2045796020000797.