

MENGAPA SANTRI ENGGAN MENCARI BANTUAN? MODEL LITERASI KESEHATAN MENTAL, STIGMA, DAN DUKUNGAN PENGASUH

Abdul Karim¹, Ahmad Syamsul Muarif², Nur Hafifah³

^{1,2,3} Universitas KH. Mukhtar Syafaat Blokagung Banyuwangi

Email: ¹abdulkarim@iaida.ac.id, ²ahmadsyamsulm@iaida.ac.id,

³nurhafifah@iaida.ac.id

Abstrak

Santri dapat mengalami tekanan psikologis, tetapi menunda atau menghindari bantuan formal. Kajian integratif ini mengembangkan model kontekstual yang menjelaskan peran literasi kesehatan mental, stigma, dan dukungan pengasuh terhadap pencarian bantuan di pesantren Indonesia. Sebanyak 30 publikasi inti, terutama terbitan 2016–2026, disintesis secara purposif melalui perbandingan tematik dan pemetaan mekanisme. Hasil kajian menunjukkan bahwa literasi meningkatkan pengenalan masalah dan pengetahuan layanan, tetapi tidak otomatis menghasilkan tindakan. Stigma publik dan stigma diri memutus perubahan pengetahuan menjadi pencarian bantuan, terutama ketika masalah dimaknai sebagai kelemahan pribadi atau religius. Dukungan pengasuh menghadirkan legitimasi, kerahasiaan, keamanan emosional, akses, dan rujukan sehingga menekan stigma sekaligus memperkuat pengaruh literasi. Temuan menghasilkan Model LSP-Santri yang menempatkan dukungan pengasuh sebagai jembatan kontekstual dan mekanisme penyangga. Model ini menjadi dasar pengujian empiris dan pengembangan layanan kesehatan mental pesantren yang bertingkat serta terintegrasi nilai Islam.

Kata Kunci: Dukungan Pengasuh, Literasi Kesehatan Mental, Pencarian Bantuan, Santri, Stigma

Abstract

Santri may experience psychological distress but delay or avoid formal help. This integrative review develops a contextual model explaining how mental health literacy, stigma, and caregiver support shape help-seeking in Indonesian Islamic boarding schools. Thirty core publications published mainly between 2016 and 2026 were purposively synthesized through thematic comparison and mechanism mapping. The review shows that literacy improves problem recognition and knowledge of services, but knowledge alone does not ensure action. Public and self-stigma interrupt the translation of recognition into help-seeking, particularly when distress is interpreted as personal or religious weakness. Caregiver support provides legitimacy, confidentiality, emotional safety, access, and referral, thereby reducing stigma and strengthening the conversion of literacy into action. These findings generate the LSP-Santri Model, which positions caregiver support as a contextual bridge and buffering mechanism. The model offers a basis for future empirical testing and for designing pesantren-based, Islamic-integrated, tiered mental health services.

Keywords: Caregiver Support, Help-Seeking, Mental Health Literacy, Santri, Stigma

A. PENDAHULUAN

Kesehatan mental remaja di Indonesia menunjukkan kesenjangan yang lebar antara kebutuhan dan pemanfaatan layanan. Survei nasional kesehatan mental remaja Indonesia memperlihatkan bahwa masalah psikologis dialami oleh proporsi remaja yang besar, sedangkan akses terhadap bantuan profesional tetap terbatas. Kesenjangan ini tidak cukup dijelaskan oleh ketersediaan layanan. Banyak remaja mengenali adanya tekanan, tetapi memilih diam, mengandalkan diri sendiri, atau hanya berbicara kepada teman dan keluarga. Pola tersebut menegaskan bahwa perilaku mencari bantuan merupakan keputusan sosial dan psikologis yang terbentuk dari pengetahuan, persepsi terhadap risiko sosial, kepercayaan kepada pemberi bantuan, serta peluang nyata untuk mengakses layanan.¹

Persoalan tersebut menjadi lebih kompleks pada santri yang hidup dalam sistem pendidikan berasrama. Pesantren bukan sekadar satuan pendidikan, melainkan lingkungan hidup yang mengintegrasikan pembelajaran, ibadah, relasi sebaya, disiplin, pengasuhan, dan pembentukan identitas keagamaan. Intensitas kehidupan komunal dapat menjadi sumber dukungan, tetapi juga menimbulkan tekanan adaptasi, konflik antarteman, kerinduan kepada keluarga, tuntutan akademik-keagamaan, keterbatasan privasi, serta kekhawatiran terhadap penilaian sosial. Penelitian mengenai kesejahteraan santri menunjukkan bahwa praktik spiritual dan pembelajaran sosial-emosional berpotensi melindungi kesehatan mental, tetapi kerentanan tetap muncul pada kelompok tertentu

1 Center for Reproductive Health, University of Queensland, dan Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Indonesia—National Adolescent Mental Health Survey (I-NAMHS) Report (Brisbane: Center for Reproductive Health, 2022); A. Kartiani, "Bridging the Gap: Help Seeking Behavior and Mental Health Service

Utilization among Indonesian Adolescents," *Medicor: Journal of Health Informatics and Health Policy* 2, no. 2 (2024): 101–112, doi:10.61978/medicor.v2i2.747. F. Kaligis et al., "Mental Health Problems and Needs among Transitional-Age Youth in Indonesia," *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18, no. 8 (2021): 4046, doi:10.3390/ijerph18084046.

dan tidak selalu tertangani melalui praktik spiritual saja.²

Keengganan mencari bantuan pada santri sering disederhanakan sebagai kurangnya pengetahuan mengenai kesehatan mental. Penjelasan ini hanya menangkap satu bagian masalah. Literasi kesehatan mental memang membantu individu mengenali gejala, memahami pilihan bantuan, dan menilai kapan masalah membutuhkan intervensi profesional. Namun, seseorang yang telah memahami gejala belum tentu bersedia mengungkapkannya. Pengetahuan dapat berhenti pada tahap pengenalan ketika santri memperkirakan bahwa pengungkapan masalah akan menimbulkan rasa malu, label negatif, dianggap lemah, dinilai kurang bersyukur, atau dipersepsikan memiliki kualitas keimanan yang rendah. Dengan demikian, literasi bekerja di dalam

ruang sosial yang dipengaruhi oleh stigma dan norma komunitas.³

Stigma memiliki daya hambat karena mengubah masalah psikologis menjadi ancaman terhadap identitas. Stigma publik merujuk pada stereotip dan reaksi negatif yang diyakini berkembang di lingkungan sosial, sedangkan stigma diri muncul ketika individu menginternalisasi penilaian tersebut dan menurunkan penghargaan terhadap dirinya. Pada remaja, kedua bentuk stigma berkaitan dengan sikap dan intensi mencari bantuan yang lebih rendah. Di Indonesia, stigma terhadap gangguan mental masih ditandai oleh pelabelan, jarak sosial, dan atribusi yang menyalahkan individu. Dalam lingkungan yang memiliki relasi dekat dan berulang seperti pesantren, kekhawatiran terhadap bocornya informasi dapat membuat

2 Suryadi Nasution et al., "Empowering Santri Well-Being: Integrating Spiritual Practices and SEL in Pesantren Mental Health," *Cendekia: Jurnal Kependidikan dan Kemasyarakatan* 23, no. 1 (2025): 121-141, doi:10.21154/cendekia.v23i1.10526.

3 Anthony F. Jorm et al., "Mental Health Literacy: A Survey of the Public's Ability to Recognise Mental Disorders and Beliefs about Treatment," *Medical Journal of Australia* 166, no. 4 (1997): 182-186, doi:10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x; H.-L. Cheng et al., "Self-Stigma, Mental Health Literacy, and Attitudes toward Seeking Psychological Help," *Journal of Counseling & Development* 96, no. 1 (2018): 64-74, doi:10.1002/jcad.12178.

konsekuensi stigma terasa lebih permanen.⁴

Di sisi lain, struktur pengasuhan pesantren memberikan sumber daya yang tidak ditemukan secara identik dalam sekolah nonasrama. Kiai, nyai, ustaz, ustazah, musyrif, musyrifah, wali asrama, dan pembina berperan sebagai figur otoritas, teladan, pengawas, sekaligus rujukan personal. Posisi ini memungkinkan pengasuh berfungsi sebagai penghubung antara kebutuhan santri dan bantuan yang tersedia. Akan tetapi, pengaruh pengasuh tidak otomatis positif. Pola komunikasi yang dominan satu arah, respons yang menghakimi, kerahasiaan yang tidak terjamin, atau kecenderungan mereduksi semua persoalan menjadi lemahnya ibadah dapat memperkuat keengganan santri. Sebaliknya, komunikasi empatik, legitimasi terhadap bantuan psikologis, dan prosedur rujukan yang jelas dapat

mengubah persepsi bahwa mencari bantuan merupakan tindakan memalukan menjadi bentuk ikhtiar yang bertanggung jawab.⁵

Kajian terdahulu telah menunjukkan hubungan literasi kesehatan mental dan stigma diri dengan intensi mencari bantuan pada remaja maupun dewasa awal. Penelitian pada santri laki-laki juga menemukan bahwa literasi dan stigma diri menjelaskan sebagian variasi intensi pencarian bantuan. Penelitian lain memperlihatkan bahwa iklim sekolah yang positif berkaitan dengan perilaku mencari bantuan melalui penurunan stigma dan peningkatan literasi. Meskipun penting, penelitian tersebut belum memadai untuk menjelaskan mekanisme dalam pesantren karena posisi pengasuh sebagai penjaga akses, sumber legitimasi, dan pengelola kerahasiaan belum ditempatkan secara eksplisit dalam

4 Patrick W. Corrigan, "How Stigma Interferes with Mental Health Care," *American Psychologist* 59, no. 7 (2004): 614-625, doi:10.1037/0003-066X.59.7.614; N. Hartini et al., "Stigma toward People with Mental Health Problems in Indonesia," *Psychology Research and Behavior Management* 11 (2018): 535-541, doi:10.2147/PRBM.S175251.

5 C. Hastasari, B. Setiawan, dan S. Aw, "Students' Communication Patterns of Islamic Boarding Schools: The Case of Students in Muallimin Muhammadiyah Yogyakarta," *Heliyon* 8, no. 1 (2022): e08824, doi:10.1016/j.heliyon.2022.e08824; A. Tanhan dan J. S. Young, "Muslims and Mental Health Services: A Concept Map and a Theoretical Framework," *Journal of Religion and Health* 61 (2022): 23-63, doi: 10.1007/s10943-021-01324-4.

model. Dukungan sosial sering diperlakukan sebagai variabel umum, padahal dukungan pengasuh memiliki karakter hierarkis, religius, dan institusional yang berbeda dari dukungan teman sebaya atau keluarga.⁶

Berdasarkan kesenjangan tersebut, artikel ini bertujuan merumuskan model konseptual yang menjelaskan mengapa santri enggan mencari bantuan dengan mengintegrasikan literasi kesehatan mental, stigma, dan dukungan pengasuh. Kajian diarahkan untuk menjawab tiga pertanyaan: bagaimana literasi memengaruhi pengenalan masalah dan niat mencari bantuan; bagaimana stigma menghambat perubahan pengetahuan menjadi tindakan; serta bagaimana dukungan pengasuh memperkuat atau

memperlemah kedua proses tersebut. Kontribusi utama artikel adalah Model Literasi-Stigma-Pengasuh bagi Santri atau Model LSP-Santri, yang menempatkan dukungan pengasuh bukan hanya sebagai prediktor langsung, melainkan sebagai jembatan kontekstual yang memberi legitimasi, rasa aman, akses, dan rujukan. Model ini diharapkan menjadi dasar penelitian empiris dan perancangan layanan konseling Islam berbasis pesantren.

B. METODE PENELITIAN

Desain Kajian

Penelitian ini menggunakan kajian literatur integratif. Desain tersebut dipilih karena tujuan penelitian bukan menghitung efek gabungan secara statistik, melainkan mengintegrasikan temuan empiris, teori pencarian bantuan, dan karakteristik pengasuhan pesantren untuk membangun penjelasan konseptual yang dapat diuji. Kajian integratif memungkinkan penggabungan penelitian kuantitatif, kualitatif, campuran, laporan survei, dan

6 A. El-Mukhayyarah, Hubungan antara Literasi Kesehatan Mental dan Stigma Diri terhadap Intensi Mencari Bantuan pada Santri Laki-Laki di Pondok Pesantren X Kota Pekanbaru (Skripsi tidak dipublikasikan, UIN Sultan Syarif Kasim Riau, 2024); M. H. S. Lesmana dan M.-H. Chung, "Mediating Roles of Perceived Stigma and Mental Health Literacy in the Relationship between School Climate and Help-Seeking Behavior in Indonesian Adolescents," *PLoS ONE* 19, no. 5 (2024): e0298017, doi:10.1371/journal.pone.0298017.

artikel teoretis selama setiap sumber memberi informasi terhadap mekanisme yang dianalisis. Fokus sintesis bukan sekadar merangkum hasil, tetapi mengidentifikasi kondisi ketika literasi, stigma, dan dukungan pengasuh saling berinteraksi dalam pembentukan intensi serta perilaku mencari bantuan.

Sumber Data dan Strategi Penelusuran

Penelusuran dilakukan terhadap publikasi yang tersedia sampai 10 Juli 2026 melalui PubMed, Google Scholar, Garuda, serta portal jurnal perguruan tinggi. Istilah pencarian berbahasa Indonesia dan Inggris dikombinasikan menggunakan kata kunci: “*mental health literacy*”, “*help-seeking*”, “*help-seeking intention*”, “*self-stigma*”, “*public stigma*”, “*caregiver support*”, “*school climate*”, “*religious coping*”, “*santri*”, “*pesantren*”, “*Islamic boarding school*”, “*kesehatan mental*”, “*mencari bantuan*”, “*stigma diri*”, dan “*dukungan pengasuh*”. Penelusuran rujukan berantai dilakukan melalui daftar pustaka artikel utama untuk menemukan studi seminal dan penelitian

kontekstual yang mungkin tidak muncul pada pencarian awal.

Sumber diprioritaskan pada terbitan 2016–2026 agar sintesis merepresentasikan perkembangan mutakhir, sedangkan publikasi sebelum 2016 dipertahankan secara terbatas apabila menjadi dasar konseptual penting, seperti definisi literasi kesehatan mental dan teori stigma. Dari hasil penelusuran, 30 publikasi inti dipilih secara purposif berdasarkan relevansi langsung, kejelasan metode, kesesuaian populasi, dan kontribusinya terhadap salah satu komponen model. Unit analisis mencakup penelitian remaja Indonesia, studi pada santri atau pesantren, penelitian lintas negara mengenai pencarian bantuan remaja, intervensi literasi dan antistigma, serta teori pemanfaatan layanan kesehatan mental.

Kriteria Seleksi

Publikasi dimasukkan apabila membahas sekurang-kurangnya satu dari empat unsur: literasi kesehatan mental, stigma, pencarian bantuan, atau dukungan sosial dan institusional; melibatkan remaja,

mahasiswa muda, santri, atau komunitas yang memiliki karakter kolektif; menggunakan prosedur penelitian yang dapat ditelusuri; serta menyediakan temuan yang dapat diterjemahkan menjadi hubungan antarkonstruksi. Publikasi dikeluarkan apabila hanya membahas prevalensi tanpa implikasi pencarian bantuan, berfokus pada terapi klinis tanpa konteks akses, atau menyajikan opini tanpa landasan teoretis maupun empiris. Studi pada populasi nonpesantren tetap

digunakan secara hati-hati untuk menjelaskan mekanisme umum, kemudian dibandingkan dengan bukti kontekstual pesantren.

Analisis Data

Analisis dilakukan melalui empat tahap. Pertama, setiap sumber dicatat dalam matriks yang memuat populasi, desain, variabel, arah hubungan, dan konteks sosial. Kedua, temuan dikodekan ke dalam tema pengenalan masalah, atribusi penyebab, pengetahuan layanan, stigma publik, stigma diri, kepercayaan, kerahasiaan, akses, dukungan emosional, legitimasi

religius, dan rujukan. Ketiga, hasil yang konsisten dan berlawanan dibandingkan untuk menemukan kondisi batas. Keempat, mekanisme yang berulang dirumuskan menjadi hubungan langsung, mediasi, dan moderasi dalam Model LSP-Santri. Kredibilitas sintesis dijaga dengan memprioritaskan sumber primer, membedakan bukti langsung pada santri dari bukti inferensial pada remaja umum, serta tidak menarik kesimpulan kausal dari studi korelasional.

Tabel 1. Kerangka Analisis Kajian Integratif

Tahap	Fokus Analisis	Keluaran
Pemetaan sumber	Populasi, desain, konteks, variabel, dan kualitas informasi	Matriks 30 publikasi inti
Pengodean mekanisme	Pengenalan masalah, stigma, kepercayaan, kerahasiaan, akses, legitimasi, dan rujukan	Tema penghambat dan pendorong
Perbandingan bukti	Konsistensi, perbedaan konteks, dan kondisi batas	Penjelasan hubungan antarkonstruksi
Formulasi model	Hubungan langsung, mediasi, moderasi, dan implikasi layanan	Model LSP-Santri dan proposisi penelitian

C. HASIL

Pencarian Bantuan sebagai Proses Bertahap

Sintesis menunjukkan bahwa keengganan santri mencari bantuan tidak dapat dipahami sebagai satu keputusan tunggal. Pencarian bantuan berlangsung melalui rangkaian tahap: menyadari perubahan emosi atau perilaku, menamai kondisi sebagai masalah, menilai tingkat keseriusan, memperkirakan manfaat dan risiko pengungkapan, memilih sumber bantuan, memperoleh izin atau akses, kemudian mempertahankan keterlibatan dalam layanan. Kegagalan dapat terjadi pada setiap tahap. Santri yang tidak mampu mengenali gejala berhenti pada tahap pertama, sedangkan santri yang telah memahami masalah dapat berhenti karena takut dinilai atau tidak mengetahui jalur layanan. Dengan demikian, rendahnya penggunaan layanan dapat muncul sekalipun kebutuhan psikologis dan pengetahuan awal telah tersedia.⁷

Bukti pada remaja Indonesia memperlihatkan kecenderungan mencari bantuan informal lebih tinggi daripada layanan profesional. Keluarga, teman, guru, dan konselor sekolah sering menjadi titik awal, sedangkan psikolog atau psikiater digunakan oleh proporsi yang lebih kecil. Pola ini relevan dengan pesantren karena santri hidup jauh dari keluarga dan berinteraksi setiap hari dengan pengasuh serta teman sebaya. Pengasuh kemudian memiliki posisi sebagai pintu pertama yang dapat menormalisasi masalah, melakukan dukungan awal, atau membuka rujukan. Apabila pintu pertama tidak dipercaya, santri lebih mungkin menyembunyikan masalah, menunda bantuan, atau mencari

7J. Radez et al., "Why Do Children and Adolescents (Not) Seek and Access Professional Help for Their Mental Health Problems? A Systematic Review," *European Child & Adolescent Psychiatry* 30, no. 2

(2021): 183–211, doi:10.1007/s00787-019-01469-4; A. A. Velasco et al., "What Are the Barriers, Facilitators and Interventions Targeting Help-Seeking Behaviours for Common Mental Health Problems in Adolescents? A Systematic Review," *BMC Psychiatry* 20 (2020): 293, doi:10.1186/s12888-020-02659-0. D. I. Lubman et al., "Australian Adolescents' Beliefs and Help-Seeking Intentions towards Peers Experiencing Symptoms of Depression and Alcohol Misuse," *BMC Public Health* 17 (2017): 658, doi:10.1186/s12889-017-4655-3.

dukungan secara diam-diam melalui kanal yang belum tentu aman.⁸

Literasi Kesehatan Mental: Perlu tetapi Tidak Cukup

Literasi kesehatan mental mencakup kemampuan mengenali gangguan atau tekanan psikologis, memahami faktor risiko dan penyebab, mengetahui bentuk pertolongan yang tersedia, memiliki sikap yang mendukung pencarian bantuan, dan mampu memperoleh informasi yang dapat dipercaya. Dalam konteks santri, literasi juga menuntut kemampuan membedakan antara problem spiritual, problem penyesuaian, dan kondisi psikologis yang membutuhkan bantuan khusus tanpa mempertentangkan ketiganya. Literasi yang rendah membuat santri menormalisasi gejala berat, menganggap masalah akan hilang dengan sendirinya, atau memilih strategi yang tidak sesuai. Literasi yang memadai memperpendek jarak antara

munculnya gejala dan pengenalan kebutuhan.⁹

Hubungan literasi dengan pencarian bantuan bersifat positif, tetapi kekuatannya tidak selalu besar. Studi pada remaja dan dewasa awal menunjukkan bahwa pengetahuan yang lebih baik berkaitan dengan sikap atau intensi yang lebih positif. Penelitian pada santri laki-laki juga mengarah pada pola serupa. Namun, efek literasi tidak berdiri sendiri. Seseorang dapat memahami bahwa konseling bermanfaat sambil tetap menilai bahwa datang ke konselor akan merusak citra dirinya. Hasil intervensi di sekolah menunjukkan bahwa peningkatan pengetahuan dapat menurunkan stigma, tetapi perubahan perilaku mencari bantuan tidak selalu berlangsung secepat perubahan pengetahuan. Temuan ini menunjukkan adanya

8 Kartiani, "Bridging the Gap," 101-112; D. A. S. Corry dan G. Leavey, "Adolescent Trust and Primary Care: Help-Seeking for Emotional and Psychological Difficulties," *Journal of Adolescence* 54 (2017): 1-8, doi:10.1016/j.adolescence.2016.11.003.

9 Jorm et al., "Mental Health Literacy," 182-186; S. Singh et al., "The Determinants of Mental Health Literacy among Young Adolescents in Malaysia," *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19, no. 6 (2022): 3242, doi:10.3390/ijerph19063242.

kesenjangan pengetahuan-tindakan.¹⁰

Pada pesantren, kesenjangan tersebut dapat diperkuat oleh cara materi kesehatan mental disampaikan. Program yang menggunakan istilah klinis tanpa menghubungkannya dengan pengalaman santri dan nilai keagamaan berisiko dipandang sebagai wacana luar. Sebaliknya, program yang mengintegrasikan pengetahuan psikologis dengan refleksi Islam dapat meningkatkan penerimaan tanpa meniadakan standar ilmiah. Kajian pada pesantren menunjukkan bahwa integrasi kandungan spiritual dan kesadaran kesehatan mental berpotensi meningkatkan literasi. Meski demikian, integrasi tidak

boleh berhenti pada penambahan kutipan keagamaan; materi perlu menjelaskan batas dukungan spiritual, tanda bahaya, prinsip kerahasiaan, dan kapan rujukan profesional dibutuhkan.¹¹

Stigma sebagai Pemutus Pengetahuan dan Tindakan

Stigma merupakan mekanisme terdekat yang menjelaskan mengapa literasi tidak otomatis menjadi perilaku. Stigma publik membentuk perkiraan bahwa orang lain akan memberi label, menjauh, mengejek, atau menganggap individu tidak mampu. Stigma diri muncul ketika perkiraan tersebut diterima sebagai penilaian terhadap diri, sehingga mencari bantuan dipersepsikan sebagai bukti kelemahan. Pada remaja, stigma pribadi dan persepsi terhadap stigma publik memprediksi intensi mencari bantuan yang lebih rendah. Kajian sistematis juga menempatkan rasa malu, kekhawatiran terhadap

10 M. I. Pakerti dan A. D. Ariana, "Hubungan Literasi Kesehatan Mental dan Stigma Diri dengan Intensi Mencari Bantuan pada Remaja," *Jurnal Ilmu Psikologi dan Kesehatan (SIKONTAN)* 2, no. 4 (2024): 309–322, doi:10.47353/sikontan.v2i4.758; G. Rafal, A. Gatto, dan R. DeBate, "Mental Health Literacy, Stigma, and Help-Seeking Behaviors among Male College Students," *Journal of American College Health* 66, no. 4 (2018): 284–291, doi:10.1080/07448481.2018.1434780. N. Kartikasari dan A. D. Ariana, "Hubungan antara Literasi Kesehatan Mental, Stigma Diri terhadap Intensi Mencari Bantuan pada Dewasa Awal," *INSAN Jurnal Psikologi dan Kesehatan Mental* 4, no. 2 (2019): 64–75, doi:10.20473/jpkm.V4I22019.64-75.

11 D. Izfanna et al., "Islamic-Integrated Mental Health Awareness Program and Students' Mental Health Literacy in Pondok Pesantren Darunnajah: A Mixed-Method Study," *Psikis: Jurnal Psikologi Islami* 12, no. 1 (2026): 121–134, doi:10.19109/psikis.v12i1.32831; Nasution et al., "Empowering Santri Well-Being," 121–141.

kerahasiaan, preferensi menyelesaikan sendiri, dan ketidakpercayaan terhadap layanan sebagai hambatan yang berulang.¹²

Pada santri, stigma dapat memiliki bentuk tambahan berupa moralitas dan religiusitas. Distres mungkin ditafsirkan secara sempit sebagai kurang sabar, kurang bersyukur, lemah iman, atau gagal mengendalikan diri. Penafsiran tersebut tidak selalu berasal dari ajaran Islam, tetapi dapat berkembang dari komunikasi komunitas yang menyederhanakan masalah. Ketika label religius melekat, santri menghadapi ancaman ganda: dianggap bermasalah secara psikologis sekaligus kurang baik secara spiritual. Ancaman ini menjelaskan mengapa sebagian santri memilih menampilkan kepatuhan dan

ketenangan di ruang publik meskipun mengalami kesulitan. Pengungkapan kemudian baru terjadi ketika masalah telah mengganggu fungsi atau diketahui melalui perilaku yang tampak.

Stigma juga berinteraksi dengan karakter kehidupan berasrama. Kedekatan fisik memperbesar manfaat dukungan, tetapi mempersempit privasi. Santri dapat menghindari ruang konseling yang mudah terlihat, enggan meminta izin keluar tanpa alasan yang dapat diterima, atau takut isi percakapan beredar melalui teman maupun pembina. Dalam keadaan ini, jaminan kerahasiaan bukan hanya prinsip etik, melainkan prasyarat perilaku mencari bantuan. Program antistigma yang hanya menyampaikan bahwa gangguan mental “bukan aib” tidak cukup apabila prosedur layanan tetap memungkinkan identitas pengguna diketahui oleh komunitas.

Dukungan Pengasuh sebagai Jembatan Kontekstual

Dukungan pengasuh muncul sebagai unsur pembeda yang paling penting bagi konteks pesantren.

12 F. A. Nearchou et al., “Personal and Perceived Public Mental-Health Stigma as Predictors of Help-Seeking Intentions in Adolescents,” *Journal of Adolescence* 66 (2018): 83–90, doi:10.1016/j.adolescence.2018.05.003; Radez et al., “Why Do Children and Adolescents,” 183–211. A. Memon et al., “Perceived Barriers to Accessing Mental Health Services among Black and Minority Ethnic Communities: A Qualitative Study in Southeast England,” *BMJ Open* 6 (2016): e012337, doi:10.1136/bmjopen-2016-012337.

Dukungan ini tidak identik dengan keramahan umum, tetapi terdiri atas lima fungsi. Pertama, fungsi emosional berupa respons empatik dan tidak menghakimi. Kedua, fungsi informasional berupa penjelasan mengenai gejala, pilihan bantuan, dan batas peran pengasuh. Ketiga, fungsi legitimasi, yaitu pesan eksplisit bahwa mencari bantuan dibenarkan secara sosial dan agama. Keempat, fungsi instrumental berupa waktu, ruang aman, izin, pembiayaan, dan akses terhadap tenaga profesional. Kelima, fungsi rujukan dan tindak lanjut untuk memastikan santri tidak berhenti setelah mengungkapkan masalah.

Temuan tentang iklim sekolah memperkuat penjelasan tersebut. Lingkungan yang aman dan suportif berkaitan dengan pencarian bantuan yang lebih tinggi melalui stigma yang lebih rendah dan literasi yang lebih baik. Dalam pesantren, iklim tersebut diwujudkan secara konkret melalui perilaku pengasuh. Komunikasi pengasuh yang terbuka dapat membangun kepercayaan,

sedangkan pola yang terlalu hierarkis dan satu arah dapat membatasi keterbukaan santri. Karena pengasuh memiliki otoritas normatif, satu respons yang menerima dapat memiliki efek lebih kuat daripada pesan edukasi umum; sebaliknya, satu respons yang menyalahkan dapat memperkuat stigma dan menyebar sebagai norma tidak tertulis.¹³

Dukungan pengasuh juga menjembatani kesenjangan struktural. Santri yang telah memiliki literasi dan niat belum tentu dapat menghubungi psikolog, memahami prosedur, memperoleh izin, atau membayar layanan. Pengasuh dapat mengubah niat menjadi tindakan melalui alur layanan bertingkat: dukungan awal di asrama, konseling oleh petugas terlatih, asesmen risiko, komunikasi terbatas dengan keluarga, dan rujukan ke layanan profesional. Fungsi ini menjadikan dukungan pengasuh sebagai faktor pemungkin, bukan sekadar sikap positif. Kerangka pemanfaatan

¹³ Lesmana dan Chung, "Mediating Roles," e0298017; Hastasari, Setiawan, dan Aw, "Students' Communication Patterns," e08824.

layanan kesehatan mental menegaskan bahwa intensi harus didukung kondisi yang memungkinkan agar menghasilkan perilaku aktual.¹⁴

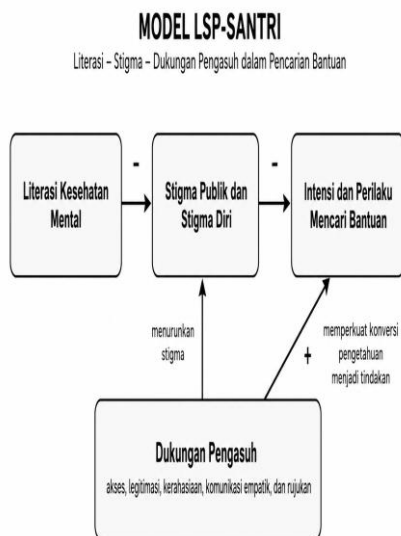
Formulasi Model LSP-Santri

Model LSP-Santri merumuskan empat jalur utama. Pertama, literasi kesehatan mental meningkatkan intensi mencari bantuan melalui pengenalan masalah, pengetahuan sumber bantuan, dan ekspektasi manfaat. Kedua, stigma publik dan stigma diri menurunkan intensi dengan meningkatkan biaya sosial dan psikologis pengungkapan. Ketiga, stigma memediasi secara parsial hubungan literasi dan pencarian bantuan: literasi yang benar dapat mengoreksi mitos serta menurunkan stigma, tetapi sebagian efek literasi tetap bekerja melalui pengetahuan layanan. Keempat, dukungan pengasuh memiliki pengaruh langsung sekaligus bersifat memoderasi. Dukungan pengasuh memperkuat perubahan

literasi menjadi tindakan dan memperlemah efek negatif stigma melalui legitimasi, kerahasiaan, akses, serta rujukan.

Model ini membedakan intensi dari perilaku aktual. Intensi mencerminkan kesiapan dan rencana untuk mencari bantuan, sedangkan perilaku mencakup tindakan menghubungi, hadir, mengungkapkan masalah, dan mengikuti rekomendasi. Perbedaan ini penting karena santri dapat memiliki niat positif tetapi tidak bertindak akibat hambatan institusional. Model juga membedakan sumber bantuan informal, semi-formal, dan formal. Teman atau keluarga merupakan bantuan informal; pengasuh terlatih dan unit konseling pesantren berada pada tingkat semi-formal; psikolog, psikiater, dokter, dan konselor profesional berada pada tingkat formal. Jalur bertingkat memungkinkan santri memulai dari sumber yang dipercaya tanpa kehilangan akses ke layanan yang kompeten.

14 J. H. Hammer et al., "The Integrated Behavioral Model of Mental Health Help Seeking (IBM-HS): A Health Services Utilization Theory of Planned Behavior for Accessing Care," *Journal of Counseling Psychology* 71, no. 5 (2024): 315–327, doi:10.1037/cou0000754.



Tabel 2. Sintesis Komponen dan Mekanisme Model LSP-Santri

Komponen	Mekanisme Utama	Bukti Representatif	Implikasi Pesantren
Literasi kesehatan mental	Mengenali gejala, memahami kebutuhan, mengetahui sumber bantuan, dan menilai manfaat layanan.	Hubungan positif dengan sikap atau intensi; program edukasi meningkatkan pengetahuan, tetapi perubahan perilaku dapat tertinggal.	Materi harus kontekstual, terintegrasi nilai Islam, menjelaskan tanda bahaya dan jalur bantuan.
Stigma publik dan stigma diri	Meningkatkan rasa malu, ancaman identitas, kekhawatiran terhadap penilaian, dan preferensi menyelesaikan sendiri.	Stigma konsisten berkaitan dengan intensi yang lebih rendah dan menjadi mediator dalam	Antistigma harus disertai perubahan bahasa, norma, kerahasiaan, dan respons pengasuh.

Komponen	Mekanisme Utama	Bukti Representatif	Implikasi Pesantren
		lingkungan pendidikan.	
Dukungan pengasuh	Memberi rasa aman, legitimasi, informasi, akses, izin, rujukan, dan tindak lanjut.	Iklim suportif, kepercayaan, dan dukungan sosial memfasilitasi pencarian bantuan.	Pengasuh perlu pelatihan gatekeeper, batas kompetensi, komunikasi empatik, dan protokol rujukan.
Intensi dan perilaku mencari bantuan	Menilai kebutuhan, memilih sumber, menghubungkan layanan, hadir, mengungkapkan masalah, dan mengikuti bantuan.	Intensi dipengaruhi sikap, norma, stigma, dukungan, dan kondisi pemungkin; perilaku memerlukan akses nyata.	Evaluasi layanan harus mengukur bukan hanya niat, tetapi penggunaan, keterlibatan, dan keberlanjutan bantuan.

Proposisi Penelitian

Berdasarkan sintesis, Model LSP-Santri menghasilkan lima proposisi yang dapat diuji. Pertama, literasi kesehatan mental berhubungan positif dengan intensi dan perilaku mencari bantuan. Kedua, stigma publik dan stigma diri berhubungan negatif dengan intensi serta perilaku. Ketiga, stigma diri memediasi sebagian hubungan literasi dan intensi, karena

peningkatan pengetahuan mengurangi penerimaan terhadap stereotip sekaligus memperbaiki sikap. Keempat, dukungan pengasuh berhubungan positif dengan pencarian bantuan melalui kepercayaan, legitimasi, dan akses. Kelima, dukungan pengasuh memoderasi hubungan literasi dan stigma dengan pencarian bantuan: pada dukungan tinggi, pengaruh positif literasi menjadi lebih kuat dan pengaruh negatif stigma menjadi lebih lemah.

Tabel 3. Operasionalisasi Awal untuk Pengujian Empiris

Konstruk	Dimensi yang Disarankan	Indikator Operasional	Arah Hubungan
Literasi kesehatan mental	Pengenalan gejala; pengetahuan penyebab; pengetahuan bantuan; sikap terhadap bantuan; literasi informasi	Ketepatan mengenali vignette, pengetahuan layanan, kemampuan menemukan informasi, keyakinan terhadap efektivitas bantuan	Positif
Stigma	Stigma publik; stigma diri; stigma religius-moral; kekhawatiran kerahasiaan	Prediksi penilaian negatif, rasa malu, penurunan harga diri, anggapan kurang iman, ketakutan informasi tersebar	Negatif

Konstruk	Dimensi yang Disarankan	Indikator Operasional	Arah Hubungan
Dukungan pengasuh	Emosional; informasi; legitimasi; instrumental; rujukan dan tindak lanjut	Respons empatik, penjelasan pilihan, persetujuan mencari bantuan, ruang dan izin, hubungan dengan profesional	Positif; moderator
Pencarian bantuan	Intensi; pemilihan sumber; kontak; pengungkapan; keterlibatan	Rencana meminta bantuan, sumber yang dipilih, tindakan menghubungi, keterbukaan masalah, keberlanjutan sesi	Variabel hasil

D. DISKUSI

Dari Defisit Pengetahuan menuju Kegagalan Konversi

Temuan utama artikel ini menggeser penjelasan dari “santri tidak tahu” menuju “pengetahuan tidak berhasil dikonversi menjadi tindakan”. Pergeseran tersebut penting secara teoritis dan praktis. Apabila masalah hanya dianggap sebagai defisit literasi, intervensi akan berhenti pada seminar, poster, atau penyampaian definisi. Sintesis justru menunjukkan bahwa literasi

bekerja melalui sistem penilaian sosial. Santri harus percaya bahwa pengungkapan tidak akan merusak martabat, hubungan, dan identitas keagamaannya. Karena itu, peningkatan literasi yang tidak diikuti perubahan norma dan sistem layanan berpotensi menghasilkan paradoks: santri semakin mampu mengenali masalahnya, tetapi tetap tidak berani mencari bantuan.

Penjelasan ini selaras dengan penelitian pada remaja Indonesia yang menemukan bahwa iklim sekolah berhubungan dengan pencarian bantuan melalui stigma dan literasi. Model LSP-Santri memperluas temuan tersebut dengan mengurai siapa yang mewujudkan iklim suportif dan bagaimana dukungan bekerja di lingkungan pesantren. Pengasuh tidak hanya menciptakan suasana umum, melainkan memiliki kapasitas memberikan izin, menjamin kerahasiaan, menilai risiko, menghubungi keluarga, serta merujuk ke profesional. Dengan kata lain, iklim dikonkretkan

sebagai tindakan kelembagaan yang dapat diamati dan diukur.¹⁵

Model juga mengembangkan hasil penelitian pada santri laki-laki yang menemukan kontribusi literasi dan stigma diri terhadap intensi mencari bantuan. Variasi intensi yang tidak dijelaskan oleh kedua variabel membuka ruang bagi faktor lain, termasuk dukungan dan akses. Penambahan dukungan pengasuh bukan sekadar memasukkan prediktor ketiga, tetapi memperkenalkan mekanisme kondisi batas. Santri dengan literasi tinggi mungkin tetap enggan ketika pengasuh tidak dipercaya, sedangkan santri dengan literasi sedang dapat mencari bantuan ketika pengasuh secara aktif menormalisasi dan memfasilitasi layanan. Hipotesis interaksi ini memerlukan pengujian pada pesantren dengan pola pengasuhan yang berbeda.¹⁶

¹⁵ Lesmana dan Chung, "Mediating Roles," e0298017.

¹⁶ El-Mukhayyarah, Hubungan antara Literasi Kesehatan Mental dan Stigma Diri.

Stigma dalam Ruang Sosial dan Keagamaan

Stigma di pesantren perlu dianalisis tanpa menggeneralisasi bahwa agama menjadi penyebab keengganan. Keyakinan religius dapat menjadi sumber makna, harapan, disiplin, dan dukungan sosial. Masalah muncul ketika kesulitan psikologis direduksi menjadi kegagalan moral atau spiritual, atau ketika bantuan profesional dianggap bertentangan dengan tawakal. Kerangka layanan yang peka agama justru dapat membingkai pencarian bantuan sebagai ikhtiar, menjaga jiwa dan akal, serta menggunakan sumber spiritual sebagai pelengkap, bukan pengganti mutlak, terhadap pertolongan berbasis kompetensi. Literatur mengenai Muslim dan layanan kesehatan mental menunjukkan pentingnya mengintegrasikan keyakinan, bahasa, keluarga, komunitas, dan penyedia layanan dalam kerangka yang tidak dikotomis.¹⁷

Implikasinya, program antistigma tidak cukup memakai slogan. Perubahan harus menyentuh kosakata sehari-hari, respons terhadap pengungkapan, cerita teladan, prosedur kerahasiaan, dan pesan dari figur yang memiliki otoritas. Pengasuh perlu menghindari respons awal seperti “kurang ibadah” atau “jangan dipikirkan” karena pernyataan tersebut dapat menutup komunikasi. Respons yang lebih tepat ialah mengakui pengalaman, menilai keselamatan, mengeksplorasi dukungan spiritual yang bermakna bagi santri, dan menjelaskan pilihan pertolongan. Pendekatan ini tidak menafikan agama, tetapi mencegah spiritualisasi berlebihan terhadap kondisi yang memerlukan asesmen psikologis atau medis.

Stigma teman sebaya juga perlu diperhatikan. Kehidupan komunal membuat opini teman berpengaruh terhadap reputasi dan rasa aman. Penelitian kualitatif pada remaja dengan gangguan mental

17 Tanhan dan Young, “Muslims and Mental Health Services,” 23–63; G. T. H. Tan et al., “Causal Beliefs of Mental Illness and Its Impact on Help-Seeking Attitudes,” *BMJ Open*

10, no. 7 (2020): e035818, doi:10.1136/bmjopen-2019-035818.

menunjukkan bahwa stigma sebaya menghasilkan pengucilan dan konsekuensi sosial, sedangkan strategi antistigma yang melibatkan informasi serta kontak yang aman dapat mengurangi prasangka. Pesantren dapat mengembangkan duta kesehatan mental atau pendamping sebaya, tetapi peran tersebut harus memiliki batas jelas agar teman tidak berubah menjadi konselor tanpa kompetensi. Pendamping sebaya berfungsi mendengar, mengenali tanda bahaya, dan menghubungkan santri kepada pengasuh atau profesional.¹⁸

Pengasuh sebagai Gatekeeper dan Penjaga Etik

Posisi pengasuh sebagai gatekeeper membawa peluang sekaligus risiko. Peluang muncul karena pengasuh mengetahui perubahan perilaku, kedisiplinan, pola tidur, interaksi, dan fungsi

belajar santri. Pengasuh dapat mendeteksi masalah lebih awal serta menyediakan bantuan pada lokasi yang mudah dijangkau. Risiko muncul ketika otoritas pengasuh bercampur dengan fungsi disipliner. Santri mungkin menghindari bantuan apabila orang yang menerima pengungkapan juga menentukan sanksi, penilaian kepatuhan, atau komunikasi kepada orang tua. Oleh sebab itu, pesantren perlu memisahkan sejauh mungkin fungsi konseling dari penghukuman dan menetapkan aturan kapan informasi dapat dibagikan.

Kerahasiaan perlu dijelaskan secara operasional. Santri berhak mengetahui siapa yang dapat mengakses catatan, apakah pengasuh asrama menerima rincian masalah, kapan keluarga dihubungi, dan situasi apa yang mengharuskan pembukaan informasi demi keselamatan. Kerahasiaan tidak berarti merahasiakan risiko bunuh diri, kekerasan, atau kondisi medis yang membutuhkan penanganan segera. Sebaliknya, prinsip tersebut berarti membatasi informasi pada pihak yang benar-benar perlu

18 I. Aiyub et al., "Peer Stigma, Consequences, and Anti-Stigma Strategies in Adolescents with Mental Disorders: A Qualitative Investigation," *Journal of Public Mental Health* 22, no. 2 (2023): 60–72, doi:10.1108/JPMH-09-2022-0095; C. Berry et al., "Views of Young People in Malaysia on Mental Health, Help-Seeking and Unusual Psychological Experiences," *Early Intervention in Psychiatry* 14, no. 1 (2020): 115–123, doi:10.1111/eip.12832.

mengetahui dan menjelaskan prosesnya kepada santri. Kejelasan ini membangun kontrol dan mengurangi ketakutan bahwa seluruh komunitas akan mengetahui masalahnya.

Pelatihan gatekeeper bagi pengasuh perlu mencakup lima kompetensi: pengenalan tanda bahaya; komunikasi empatik; asesmen awal risiko; batas kompetensi; dan rujukan. Program tidak bertujuan menjadikan semua pengasuh sebagai psikolog. Tujuannya ialah memastikan respons pertama tidak memperburuk kondisi dan bantuan lanjutan dapat diakses. Penelitian intervensi literasi pada remaja menunjukkan bahwa program terstruktur mampu meningkatkan pengetahuan dan menurunkan stigma, terutama ketika dilaksanakan secara berkelanjutan dan melibatkan konteks sosial peserta.¹⁹

Desain Layanan Bertingkat Berbasis Model LSP-Santri

Model LSP-Santri dapat diterjemahkan menjadi layanan bertingkat. Tingkat universal ditujukan kepada seluruh warga pesantren melalui pendidikan kesehatan mental, komunikasi antistigma, penguatan keterampilan sosial-emosional, dan informasi jalur bantuan. Tingkat selektif ditujukan kepada kelompok berisiko, misalnya santri baru, santri yang mengalami perundungan, kehilangan, konflik keluarga, penurunan fungsi, atau kesulitan adaptasi. Tingkat terindikasi diberikan kepada santri yang menunjukkan gejala bermakna atau risiko keselamatan melalui konseling, asesmen profesional, dan rujukan. Sistem bertingkat mencegah dua ekstrem: semua masalah dirujuk keluar atau semua masalah ditangani internal tanpa memperhatikan kompetensi.

Pada tingkat universal, literasi harus menggunakan contoh yang

19 R. Milin et al., "Impact of a Mental Health Curriculum on Knowledge and Stigma among High School Students: A Randomized Controlled Trial," *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 55, no. 5 (2016): 383–391.e1, doi:10.1016/j.jaac.2016.02.018; N. Ibrahim et al., "The Effectiveness of a Depression Literacy

Program on Stigma and Mental Help-Seeking among Adolescents in Malaysia," *Inquiry* 57 (2020): 1–10, doi:10.1177/0046958020902332; J. C. Lindow et al., "The Youth Aware of Mental Health Intervention," *Journal of Adolescent Health* 67, no. 1 (2020): 101–107, doi:10.1016/j.jadohealth.2020.01.006.

dekat dengan kehidupan pesantren, seperti kesulitan tidur karena tekanan, serangan panik saat menghadapi evaluasi, kesedihan berkepanjangan, perundungan, atau keinginan menyakiti diri. Materi perlu menjelaskan bahwa emosi negatif tidak selalu merupakan gangguan, tetapi perubahan yang intens, menetap, berisiko, atau mengganggu fungsi memerlukan bantuan. Pada tingkat selektif, kelompok dukungan, konseling sebaya terstruktur, dan pemantauan adaptasi dapat digunakan. Pada tingkat terindikasi, pesantren harus memiliki jejaring dengan puskesmas, rumah sakit, psikolog, psikiater, konselor, dan layanan perlindungan anak.

Akses digital dapat digunakan sebagai pelengkap, bukan pengganti hubungan manusia. Formulir permintaan bantuan yang privat, jadwal konseling yang tidak mudah ditebak, dan informasi layanan melalui kanal resmi dapat mengurangi hambatan visibilitas. Namun, sistem digital harus memperhatikan keamanan data, persetujuan, dan respons terhadap

keadaan darurat. Pesantren juga perlu menghindari asesmen daring yang memberikan label otomatis tanpa tindak lanjut. Teknologi bernilai ketika memperpendek jalan menuju bantuan yang kompeten dan terpercaya.

Implikasi bagi Penelitian Empiris

Model dapat diuji melalui survei kuantitatif pada santri dengan analisis persamaan struktural. Literasi kesehatan mental ditempatkan sebagai prediktor, stigma diri sebagai mediator, dukungan pengasuh sebagai prediktor dan moderator, serta intensi mencari bantuan sebagai hasil proksimal. Perilaku aktual dapat diukur melalui kontak dengan layanan dalam periode tertentu, bukan hanya niat hipotetik. Analisis multikelompok dapat membandingkan jenis kelamin, jenjang pendidikan, lama tinggal, tipe pesantren, dan ketersediaan unit konseling. Karena data santri berada dalam pesantren yang berbeda, penelitian berskala besar sebaiknya mempertimbangkan pemodelan multilevel.

Pengembangan instrumen dukungan pengasuh memerlukan perhatian khusus. Skala perlu menangkap dukungan emosional, informasi, legitimasi religius, kerahasiaan, akses, rujukan, dan tindak lanjut. Validitas isi sebaiknya melibatkan ahli konseling, kesehatan mental, pendidikan pesantren, dan praktisi pengasuhan. Uji keterbacaan diperlukan karena usia serta latar pendidikan santri beragam. Validitas konstruk dapat diuji melalui analisis faktor, sedangkan validitas kriterium dapat dilihat dari hubungan dengan kepercayaan, keterbukaan diri, penggunaan layanan, dan pengalaman diskriminasi.

Desain campuran akan memberi penjelasan yang lebih utuh. Survei dapat menguji arah dan kekuatan hubungan, sementara wawancara dapat mengungkap bahasa lokal yang digunakan untuk menyebut tekanan, pengalaman menerima atau menolak bantuan, batas kerahasiaan, serta peran otoritas. Wawancara sebaiknya tidak hanya melibatkan santri yang pernah memakai layanan, tetapi juga santri

yang membutuhkan namun tidak mencari bantuan, pengasuh, orang tua, dan tenaga profesional rujukan. Perbandingan perspektif dapat menemukan titik putus dalam alur bantuan yang tidak terlihat melalui skor skala.

Keterbatasan Kajian

Artikel ini memiliki beberapa keterbatasan. Pertama, kajian bersifat integratif dan tidak menggunakan prosedur tinjauan sistematis untuk menghitung seluruh publikasi yang tersedia, sehingga model merupakan sintesis teoretis, bukan estimasi efek. Kedua, jumlah penelitian langsung mengenai literasi, stigma, dukungan pengasuh, dan pencarian bantuan pada santri masih terbatas; sebagian mekanisme ditarik dari penelitian remaja dan lingkungan sekolah. Ketiga, variasi pesantren sangat luas dalam tradisi, tata kelola, jenis kelamin, jenjang pendidikan, dan akses layanan, sehingga dukungan pengasuh dapat bekerja secara berbeda. Keempat, sebagian besar bukti bersifat potong lintang dan belum memastikan urutan kausal. Oleh sebab itu, model perlu diuji

melalui penelitian longitudinal, eksperimen intervensi, dan studi multipesantren sebelum digunakan sebagai penjelasan final.

E. KESIMPULAN

Keengganan santri mencari bantuan bukan semata-mata akibat rendahnya pengetahuan, melainkan kegagalan mengubah pengenalan masalah menjadi tindakan di dalam lingkungan yang sarat norma, relasi hierarkis, dan pertimbangan identitas. Literasi kesehatan mental membantu santri mengenali gejala dan memahami pilihan pertolongan, tetapi pengaruhnya dapat terputus oleh stigma publik, stigma diri, ketakutan terhadap kebocoran informasi, serta anggapan bahwa masalah psikologis menandakan kelemahan pribadi atau religius. Dukungan pengasuh menjadi unsur kontekstual yang menentukan karena mampu memberi legitimasi, rasa aman, informasi, akses, izin, rujukan, dan tindak lanjut. Model LSP-Santri menempatkan dukungan pengasuh sebagai pengaruh langsung sekaligus mekanisme penyangga yang memperkuat

perubahan literasi menjadi pencarian bantuan dan memperlemah hambatan stigma. Kebaruan model terletak pada pengintegrasian mekanisme psikologis dan struktur pengasuhan pesantren dalam satu kerangka yang membedakan intensi dari perilaku aktual.

Pesantren disarankan tidak berhenti pada sosialisasi kesehatan mental, tetapi membangun layanan bertingkat yang terintegrasi nilai Islam, memiliki jaminan kerahasiaan, memisahkan fungsi konseling dari penghukuman, melatih pengasuh sebagai gatekeeper, dan membangun jejaring rujukan profesional. Penelitian lanjutan perlu menguji validitas Model LSP-Santri pada beragam tipe pesantren dengan desain kuantitatif, campuran, longitudinal, dan multilevel. Pengujian tersebut penting untuk menentukan apakah dukungan pengasuh benar-benar memoderasi pengaruh literasi dan stigma serta untuk menghasilkan intervensi yang efektif, etis, dan sesuai dengan kultur pesantren.

DAFTAR PUSTAKA

- Aiyub, I., Jannah, S. R., Marthoenis, M., Abdullah, A., & Sofyan, H. (2023). Peer stigma, consequences, and anti-stigma strategies in adolescents with mental disorders: A qualitative investigation. *Journal of Public Mental Health*, 22(2), 60–72. doi: 10.1108/JPMH-09-2022-0095
- Berry, C., Michelson, D., Othman, E., Tan, J. C., Gee, B., Hodgekins, J., Byrne, R. E., Ng, A. L. O., Marsh, N. V., Coker, S., & Fowler, D. (2020). Views of young people in Malaysia on mental health, help-seeking and unusual psychological experiences. *Early Intervention in Psychiatry*, 14(1), 115–123. doi: 10.1111/eip.12832
- Center for Reproductive Health, University of Queensland, & Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. (2022). *Indonesia—National Adolescent Mental Health Survey (I-NAMHS) Report*. Brisbane: Center for Reproductive Health.
- Cheng, H.-L., Wang, C., McDermott, R. C., Kridel, M., & Rislin, J. L. (2018). Self-stigma, mental health literacy, and attitudes toward seeking psychological help. *Journal of Counseling & Development*, 96(1), 64–74. doi: 10.1002/jcad.12178
- Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625. doi: 10.1037/0003-066X.59.7.614
- Corry, D. A. S., & Leavey, G. (2017). Adolescent trust and primary care: Help-seeking for emotional and psychological difficulties. *Journal of Adolescence*, 54, 1–8. doi: 10.1016/j.adolescence.2016.11.003
- El-Mukhayyarah, A. (2024). Hubungan antara literasi kesehatan mental dan stigma diri terhadap intensi mencari bantuan pada santri laki-laki di Pondok Pesantren X Kota Pekanbaru. Skripsi tidak dipublikasikan. Universitas Islam Negeri Sultan Syarif Kasim Riau, Pekanbaru.
- Hammer, J. H., Vogel, D. L., Grzanka, P. R., Kim, N., Keum, B. T., Adams, C., & Wilson, S. A. (2024). The integrated behavioral model of mental health help seeking (IBM-HS): A health services utilization theory of planned behavior for accessing care. *Journal of Counseling Psychology*, 71(5), 315–327. doi: 10.1037/cou0000754
- Hartini, N., Fardana, N. A., Ariana, A. D., & Wardana, N. D. (2018). Stigma toward people with mental health problems in Indonesia. *Psychology Research and Behavior Management*, 11, 535–541. doi: 10.2147/PRBM.S175251
- Hastasari, C., Setiawan, B., & Aw, S. (2022). Students' communication patterns of Islamic boarding schools: The case of students in Muallimin Muhammadiyah Yogyakarta. *Heliyon*, 8(1), e08824. doi: 10.1016/j.heliyon.2022.e08824
- Ibrahim, N., Mohd Safien, A., Siau, C. S., & Shahr, S. (2020). The effectiveness of a depression literacy program on stigma and mental help-seeking among adolescents in Malaysia: A control group study with 3-month follow-up. *Inquiry*, 57, 1–

10. doi: 10.1177/0046958020902332 doi: 10.20473/jpkm.V4I22019.64-75
- Izfanna, D., Darojat, M. H., Kamalie, H. S., & Fitriana, M. (2026). Islamic-integrated mental health awareness program and students' mental health literacy in Pondok Pesantren Darunnajah: A mixed-method study. *Psikis: Jurnal Psikologi Islami*, 12(1), 121-134. doi: 10.19109/psikis.v12i1.32831
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: A survey of the public's ability to recognise mental disorders and beliefs about treatment. *Medical Journal of Australia*, 166(4), 182-186. doi: 10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x
- Kaligis, F., Ismail, R. I., Wiguna, T., Prasetyo, S., Indriatmi, W., Gunardi, H., Pandia, V., & Magdalena, C. C. (2021). Mental health problems and needs among transitional-age youth in Indonesia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8), 4046. doi: 10.3390/ijerph18084046
- Kartiani, A. (2024). Bridging the gap: Help seeking behavior and mental health service utilization among Indonesian adolescents. *Medicor: Journal of Health Informatics and Health Policy*, 2(2), 101-112. doi: 10.61978/medicor.v2i2.747
- Kartikasari, N., & Ariana, A. D. (2019). Hubungan antara literasi kesehatan mental, stigma diri terhadap intensi mencari bantuan pada dewasa awal. *INSAN Jurnal Psikologi dan Kesehatan Mental*, 4(2), 64-75.
- Lesmana, M. H. S., & Chung, M.-H. (2024). Mediating roles of perceived stigma and mental health literacy in the relationship between school climate and help-seeking behavior in Indonesian adolescents. *PLoS ONE*, 19(5), e0298017. doi: 10.1371/journal.pone.0298017
- Lindow, J. C., Hughes, J. L., South, C., Minhajuddin, A., Gutierrez, L., Bannister, E., Trivedi, M. H., & Byerly, M. J. (2020). The Youth Aware of Mental Health intervention: Impact on help seeking, mental health knowledge, and stigma in U.S. adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 67(1), 101-107. doi: 10.1016/j.jadohealth.2020.01.006
- Lubman, D. I., Cheetham, A., Jorm, A. F., Berridge, B. J., Wilson, C., Blee, F., McKay-Brown, L., Allen, N., & Proimos, J. (2017). Australian adolescents' beliefs and help-seeking intentions towards peers experiencing symptoms of depression and alcohol misuse. *BMC Public Health*, 17, 658. doi: 10.1186/s12889-017-4655-3
- Memon, A., Taylor, K., Mohebbati, L. M., Sundin, J., Cooper, M., Scanlon, T., & de Visser, R. (2016). Perceived barriers to accessing mental health services among Black and minority ethnic communities: A qualitative study in Southeast England. *BMJ Open*, 6, e012337. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012337
- Milin, R., Kutcher, S., Lewis, S. P., Walker, S., Wei, Y., Ferrill, N., &

- Armstrong, M. A. (2016). Impact of a mental health curriculum on knowledge and stigma among high school students: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(5), 383–391. doi: 10.1016/j.jaac.2016.02.018
- Nasution, S., Pohan, A. J., Khairurrijal, Nur, K., & Putriani, Z. (2025). Empowering santri well-being: Integrating spiritual practices and SEL in pesantren mental health. *Cendekia: Jurnal Kependidikan dan Kemasyarakatan*, 23(1), 121–141. doi: 10.21154/cendekia.v23i1.10526
- Nearchou, F. A., Bird, N., Costello, A., Duggan, S., Gilroy, J., Long, R., McHugh, L., & Hennessy, E. (2018). Personal and perceived public mental-health stigma as predictors of help-seeking intentions in adolescents. *Journal of Adolescence*, 66, 83–90. doi: 10.1016/j.adolescence.2018.05.003
- Pakerti, M. I., & Ariana, A. D. (2024). Hubungan literasi kesehatan mental dan stigma diri dengan intensi mencari bantuan pada remaja. *Jurnal Ilmu Psikologi dan Kesehatan (SIKONTAN)*, 2(4), 309–322. doi: 10.47353/sikontan.v2i4.758
- Radez, J., Reardon, T., Creswell, C., Lawrence, P. J., Evdoka-Burton, G., & Waite, P. (2021). Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(2), 183–211. doi: 10.1007/s00787-019-01469-4
- Rafal, G., Gatto, A., & DeBate, R. (2018). Mental health literacy, stigma, and help-seeking behaviors among male college students. *Journal of American College Health*, 66(4), 284–291. doi: 10.1080/07448481.2018.1434780
- Singh, S., Zaki, R. A., Farid, N. D. N., & Kaur, K. (2022). The determinants of mental health literacy among young adolescents in Malaysia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 3242. doi: 10.3390/ijerph19063242
- Tan, G. T. H., Shahwan, S., Goh, C. M. J., Ong, W. J., Samari, E., Abdin, E., Kwok, K. W., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2020). Causal beliefs of mental illness and its impact on help-seeking attitudes: A cross-sectional study among university students in Singapore. *BMJ Open*, 10(7), e035818. doi: 10.1136/bmjopen-2019-035818
- Tanhan, A., & Young, J. S. (2022). Muslims and mental health services: A concept map and a theoretical framework. *Journal of Religion and Health*, 61, 23–63. doi: 10.1007/s10943-021-01324-4
- Velasco, A. A., Cruz, I. S. S., Billings, J., Jimenez, M., & Rowe, S. (2020). What are the barriers, facilitators and interventions targeting help-seeking behaviours for common mental health problems in adolescents? A systematic review. *BMC Psychiatry*, 20, 293. doi: 10.1186/s12888-020-02659-0