JURNAL ILMU KOMUNIKASI

Jurnal Ilmu Komunikasi | Vol. 15, No. 2, Sept 2026: Hal. 155-170
P-ISSN: 2252-665x| e-ISSN: 2176-1889

STRATEGI KOMUNIKASI KESEHATAN MENTAL DI LINGKUNGAN KERJA: MENCEGAH *SELF-DIAGNOSIS*, MEMPERKUAT AKSES BANTUAN PROFESIONAL

Sry Ade Muhtya Gobel[1], Siti Maryam L. Ngabito[2], Sitti Rahmatia Bau[3], Ratih Arifin[4], Regi Mokodongan[5]

[1-3]Program Studi Sarjana Terapan Promosi Kesehatan, Universitas Bina Taruna Gorontalo
[4]Program Studi Ilmu Administrasi Publik, Universitas Bina Taruna Gorontalo
[5]Program Pascasarjana Ilmu Administrasi Publik, Universitas Negeri Gorontalo
Email: sryabel.gobel@gmail.com, maryamngabito09@gmail.com, rahmatiaabau94@gmail.com, araarifin89@gmail.com, regimokodongan@gmail.com

Diterima: 23 Agustus 2026 Direvisi: 30 Agustus 2026 Disetujui: 01 September 2026

Abstrak

Self-diagnosis kesehatan mental melalui media digital semakin marak di kalangan pekerja, sementara komunikasi kesehatan mental di organisasi kerja cenderung insidental. Penelitian ini merumuskan strategi komunikasi kesehatan mental di lingkungan kerja untuk mencegah *self-diagnosis* dan memperkuat akses bantuan profesional. Desain *mixed methods sequential exploratory* digunakan: wawancara mendalam dengan dua pimpinan unit BPJS Ketenagakerjaan Gorontalo dan kuesioner daring pada 26 pekerja (13 BPJS Ketenagakerjaan dan 13 dari 12 instansi lain), dianalisis dengan model Miles-Huberman dan statistik deskriptif. Hasil menunjukkan kecenderungan self-diagnosis sedang-tinggi (M=3,54), komunikasi kesehatan mental kantor yang insidental (M=3,38), serta stigma tersamar di samping penerimaan eksplisit tinggi terhadap rekan terbuka. Triangulasi menegaskan keterkaitan hambatan struktural dan kultural. Temuan merumuskan lima pilar strategi komunikasi yang terstruktur, partisipatif, dan berorientasi keamanan psikologis. Karena sampel kecil dan perspektif kualitatif hanya berasal dari satu organisasi, temuan bersifat eksploratif.

Kata Kunci: komunikasi kesehatan mental; lingkungan kerja; literasi kesehatan mental; self-diagnosis; stigma tempat kerja

Abstract

Mental health self-diagnosis through digital media is increasingly prevalent among workers, while workplace mental health communication tends to remain incidental and unsystematic. This study formulates a workplace mental health communication strategy aimed at preventing self-diagnosis and strengthening access to professional support. A sequential exploratory mixed-methods design was employed, involving in-depth interviews with two unit leaders at BPJS Ketenagakerjaan Gorontalo and an online questionnaire administered to 26 workers, comprising 13 employees of BPJS Ketenagakerjaan and 13 employees from 12 other institutions. Qualitative data were analyzed using the Miles and Huberman model, while quantitative data were examined using descriptive statistics. The findings indicate a moderate-to-high tendency toward self-diagnosis (M = 3.54), incidental workplace mental health communication (M = 3.38), and the persistence of subtle stigma alongside a high level of explicit acceptance toward colleagues who openly discuss their mental health. Triangulation confirms the interrelationship between structural and cultural barriers to workplace mental health communication. Based on these findings, the study proposes five pillars of a structured, participatory, and psychologically safe mental health communication strategy. Given the small sample size and the fact that the qualitative perspective was derived from a single organization, the findings should be interpreted as exploratory.

Keywords: mental health communication; workplace; mental health literacy; self-diagnosis; workplace stigma

PENDAHULUAN

Transformasi lanskap informasi keseh Transformasi lanskap informasi kesehatan mental pada dekade terakhir tidak dapat dilepaskan dari peran media digital dan platform media sosial. Ketersediaan informasi kesehatan mental yang melimpah, mudah diakses, dan dikemas secara ringkas melalui video pendek maupun unggahan bermuatan tagar tertentu telah mengubah cara individu memahami, menafsirkan, bahkan mendiagnosis kondisi psikologisnya sendiri (Naslund et al., 2020). Fenomena ini dikenal luas sebagai self-diagnosis, yaitu kecenderungan individu menyimpulkan kondisi kesehatan mentalnya secara mandiri berdasarkan konten daring tanpa melalui asesmen profesional. Kajian terkini menunjukkan bahwa perubahan pola pencarian informasi kesehatan mental meningkat tajam pada masa krisis global (Jacobson et al., 2020), sementara platform seperti TikTok menjadi ruang dominan penyebaran konten kesehatan mental yang sebagiannya menyesatkan (Yeung et al., 2022) dan berpotensi memicu kesalahan interpretasi gejala psikologis di kalangan remaja maupun dewasa muda (Foster & Ellis, 2024; Schiros et al., 2025). Di Indonesia, terpaan konten media sosial terbukti membentuk persepsi generasi muda secara kuat, sebagaimana ditunjukkan pada isu persepsi terhadap pernikahan usia muda (Umala & Amali, 2026). Temuan ini mengindikasikan bahwa konten viral dapat pula memengaruhi cara individu menilai kondisi psikologisnya sendiri.

Fenomena self-diagnosis tidak berhenti pada ranah personal, tetapi merembes ke lingkungan kerja, tempat individu menghabiskan sebagian besar waktu produktifnya. Kesehatan mental di tempat kerja kini menjadi perhatian kebijakan global, sebagaimana ditegaskan oleh *World Health Organization* (2025) dan *Organisation for Economic Co-operation and Development* (2025) yang menempatkan kesejahteraan psikologis pekerja sebagai determinan penting produktivitas dan keberlanjutan organisasi. Sejumlah kajian menunjukkan bahwa literasi kesehatan mental pekerja serta iklim komunikasi organisasi berperan signifikan dalam membentuk perilaku pencarian bantuan *(help-seeking)* dan perilaku menghindar dari bantuan di tempat kerja (Wulf, 2022), sementara kondisi kerja jarak jauh maupun hibrida turut memengaruhi kesejahteraan psikologis pekerja melalui perubahan pola literasi kesehatan (Kleist et al., 2025).

Pada saat yang sama, organisasi kerja di berbagai konteks, termasuk Indonesia, masih menghadapi kesenjangan mendasar dalam mengelola isu kesehatan mental secara terstruktur. Kajian sistematis menunjukkan bahwa hambatan dan fasilitator implementasi intervensi kesehatan mental di tempat kerja sangat beragam, mulai dari keterbatasan sumber daya, dukungan kepemimpinan yang tidak konsisten, hingga ketiadaan kerangka komunikasi internal yang baku (Paterson et al., 2024). Kerangka *mentally healthy workplace* yang dikembangkan untuk memandu pemberi kerja dan pembuat kebijakan menegaskan bahwa strategi kesehatan mental organisasi idealnya bersifat preventif, partisipatif, dan terintegrasi dengan tata kelola sumber daya manusia (Deady et al., 2024), namun praktik di berbagai negara cenderung parsial, episodik, dan bergantung pada inisiatif individual pimpinan (Ballard et al., 2025; Goetzel et al., 2018).

Bukti dari konteks Indonesia mengarah pada pola serupa, meskipun jumlahnya masih terbatas. Survei pada pekerja sektor jasa keuangan Indonesia menemukan lebih dari seperlima responden melaporkan kelelahan dan penurunan semangat kerja, dan penelitinya

menekankan perlunya kebijakan organisasi yang lebih terarah (Rokhim et al., 2025). Partisipan studi kualitatif di Indonesia, yakni pasien dan perawat jiwa, melaporkan bahwa banyak pemberi kerja masih bersikap negatif terhadap orang dengan gangguan mental (Subu et al., 2021). Pada level komunikasi, penelitian di lingkungan kerja sebuah perguruan tinggi di Jawa Barat menunjukkan bahwa ketika komunikasi formal dipersepsikan kaku dan tertutup, pegawai beralih ke kanal informal seperti grup WhatsApp yang justru memicu kecemasan dan ketidakpastian (Nursanti & Nurhanan, 2024). Aplikasi pesan instan sendiri telah menjadi kanal kerja sehari-hari di perusahaan Indonesia (Putri & Rumyeni, 2022), tetapi kajian tersebut menilai pengaruhnya terhadap kinerja, bukan terhadap pesan kesehatan mental. Rangkaian bukti ini belum secara langsung memotret pola komunikasi kesehatan mental organisasi. Oleh karena itu, sifat parsial dan episodik pada konteks Indonesia diperlakukan dalam penelitian ini sebagai indikasi awal yang diuji melalui data lapangan.

Masalah penelitian utama yang melatari studi ini terletak pada dua isu yang saling terkait: pertama, meningkatnya kecenderungan self-diagnosis pekerja akibat paparan konten kesehatan mental digital yang tidak terverifikasi; kedua, lemahnya pola komunikasi kesehatan mental organisasi yang seharusnya menjadi kanal preventif sekaligus jalur deteksi dini. Solusi umum yang ditawarkan literatur internasional mencakup penguatan kerangka kesehatan mental berbasis pemberi kerja yang mengintegrasikan kebijakan, komunikasi, dan dukungan struktural (Ballard et al., 2025), serta pembangunan sistem rujukan yang menghubungkan pekerja dengan layanan profesional secara sistematis, misalnya melalui skema Employee Assistance Program (Firdhayanti & Djoekardi, 2022).

Selain solusi struktural, literatur juga menekankan pentingnya pendekatan berlapis yang menyasar akar budaya persoalan. Stigma kesehatan mental di tempat kerja, misalnya, terbukti bersifat multidimensional, muncul secara kultural, struktural, dan sosial, serta diperkuat oleh ketidakjelasan alur rujukan dan kekhawatiran terhadap konsekuensi karier (Fernández-Jiménez & Acquadro Maran, 2024; Schuller et al., 2024). Studi kualitatif terhadap pekerja dengan kondisi kesehatan mental yang tidak terungkap menunjukkan bahwa mereka cenderung mengembangkan strategi manajemen stigma tersendiri, seperti memisahkan ranah personal dan profesional atau membangun relasi selektif dengan pihak yang dianggap suportif (Mukherjee et al., 2025), sebuah pola yang mengindikasikan bahwa ketiadaan rasa aman psikologis di tempat kerja mendorong penyembunyian, bukan keterbukaan.

Solusi spesifik lain yang relevan dengan konteks penelitian ini adalah penguatan peran kepemimpinan lini pertama sebagai kanal komunikasi dan deteksi dini yang dipercaya pekerja, mengingat atasan langsung secara empiris terbukti berperan penting dalam membentuk praktik organisasi yang mendukung kesehatan mental (Wu et al., 2021). Di sisi lain, pada level individu dan komunitas, penguatan literasi kesehatan digital serta kapasitas verifikasi informasi kesehatan mental menjadi pilar krusial untuk membendung penyebaran self-diagnosis yang keliru, sebagaimana ditunjukkan pada kajian promosi kesehatan mental berbasis media sosial dan literasi kesehatan digital remaja (S. A. M. Gobel et al., 2023; Humawa et al., 2025; Katili et al., 2024).

Meninjau keseluruhan literatur di atas, tampak bahwa kajian mengenai self-diagnosis digital, stigma tempat kerja, dan

komunikasi kesehatan organisasi selama ini cenderung dibahas secara terpisah: penelitian tentang self-diagnosis media sosial lebih banyak berfokus pada populasi remaja dan konten platform tertentu (Foster & Ellis, 2024; Yeung et al., 2022), sementara kajian komunikasi kesehatan mental organisasi lebih banyak mengambil konteks negara maju dengan sistem dukungan kerja yang mapan (Ballard et al., 2025; Wu et al., 2021). Di Indonesia, kajian komunikasi di tempat kerja yang menyentuh kesehatan mental masih terbatas pada komunikasi informal (Nursanti & Nurhanan, 2024) dan penggunaan media pesan untuk kinerja (Putri & Rumyeni, 2022), belum pada strategi pencegahan self-diagnosis. Kesenjangan penelitian muncul pada titik pertemuan keduanya, yaitu belum tersedianya rumusan strategi komunikasi kesehatan mental berbasis organisasi yang secara eksplisit dirancang untuk mencegah self-diagnosis sekaligus memperkuat akses bantuan profesional pada konteks lembaga jaminan sosial ketenagakerjaan dan sektor kerja campuran di Indonesia, sebuah konteks dengan karakteristik budaya organisasi kekeluargaan yang khas namun belum banyak diteliti secara empiris.

Berdasarkan kesenjangan tersebut, penelitian ini bertujuan merumuskan strategi komunikasi kesehatan mental di lingkungan kerja yang efektif, aplikatif, dan sesuai konteks organisasi di Indonesia, dengan menjawab empat rumusan masalah, yaitu bentuk self-diagnosis kesehatan mental pada pekerja, pola komunikasi kesehatan mental organisasi yang berjalan saat ini, strategi komunikasi yang dibutuhkan untuk mencegah self-diagnosis dan memperkuat akses bantuan profesional, serta rumusan strategi komunikasi kesehatan mental yang aplikatif bagi organisasi. Kebaruan penelitian ini terletak pada pendekatan mixed-methods sequential exploratory yang mempertemukan data kualitatif dari pimpinan unit kerja dengan data kuantitatif deskriptif pekerja lintas-instansi, sehingga menghasilkan kerangka strategi yang berakar pada bukti empiris lapangan, bukan sekadar adaptasi kerangka teoretis dari konteks lain. Penelitian ini juga sejalan dengan arah kebijakan riset nasional yang menempatkan penguatan sistem kelembagaan dan kesehatan sebagai prioritas pengembangan sumber daya manusia (Kementerian Pendidikan Tinggi, Sains, dan Teknologi, 2026; Kementerian Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi, 2017).

Ruang lingkup penelitian mencakup pekerja BPJS Ketenagakerjaan Cabang Gorontalo sebagai lokus utama dan pekerja dari dua belas instansi lain di Gorontalo sebagai kelompok pembanding kontekstual. Penggabungan kedua kelompok didasarkan pada tiga pertimbangan. Pertama, populasi pegawai pada lokus utama kecil (15 pegawai target survei), sehingga data satu unit saja tidak memadai untuk memotret pola pengalaman pekerja. Kedua, self-diagnosis dan stigma merupakan pengalaman individual yang dibentuk oleh paparan media digital dan norma sosial yang sama-sama dihadapi pekerja lintas organisasi di wilayah yang sama, sehingga polanya lebih utuh terbaca dari data lintas-instansi. Ketiga, keberagaman sektor (jasa keuangan, telekomunikasi, ritel, pariwisata, dan pendidikan tinggi) memungkinkan penilaian apakah pola yang muncul di BPJS Ketenagakerjaan bersifat khas lembaga atau juga ditemukan di organisasi lain. Konsekuensinya, penelitian ini membedakan tingkat analisis: praktik komunikasi organisasi dibaca dari perspektif dua pimpinan unit BPJS Ketenagakerjaan, sedangkan pengalaman individual pekerja dibaca dari data kuantitatif gabungan. Perspektif kualitatif yang hanya merepresentasikan

satu organisasi, sementara separuh data kuantitatif berasal dari organisasi lain, diakui sebagai keterbatasan desain dan dibahas pada bagian metode serta pembahasan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain mixed methods sequential exploratory, yaitu pendekatan yang mendahulukan tahap kualitatif untuk mengeksplorasi pola dan makna, kemudian dilanjutkan dengan tahap kuantitatif deskriptif untuk memvalidasi dan memperkuat temuan kualitatif tersebut, bukan untuk pengujian hipotesis inferensial (Creswell & Plano Clark, 2017). Pemilihan desain ini didasarkan pada karakteristik masalah penelitian yang bersifat eksploratif pada tahap awal, yaitu memahami bentuk self-diagnosis dan pola komunikasi kesehatan mental organisasi yang belum banyak dipetakan secara empiris pada konteks lembaga jaminan sosial ketenagakerjaan di Indonesia.

Populasi penelitian mencakup pekerja BPJS Ketenagakerjaan Cabang Gorontalo sebagai lokus utama dan pekerja dari berbagai instansi/perusahaan lain di wilayah Gorontalo sebagai kelompok pembanding kontekstual. Alasan penggabungan kedua kelompok telah diuraikan pada Pendahuluan: terbatasnya jumlah pegawai pada lokus utama, sifat self-diagnosis dan stigma sebagai pengalaman individual yang dibentuk paparan media digital dan norma sosial lintas organisasi, serta kebutuhan menilai apakah pola di BPJS Ketenagakerjaan juga muncul di organisasi lain. Data kuantitatif dikumpulkan melalui kuesioner daring yang diisi oleh 26 responden gabungan, terdiri atas 13 responden BPJS Ketenagakerjaan Cabang Gorontalo dan 13 responden dari dua belas instansi, termasuk sektor jasa keuangan, telekomunikasi, ritel, pariwisata, dan pendidikan tinggi. Teknik sampling yang digunakan bersifat non-probabilitas dengan pendekatan purposive-convenience, mengingat keterbatasan populasi pegawai pada unit yang menjadi lokus utama penelitian. Tingkat partisipasi pada kelompok BPJS Ketenagakerjaan mencapai 86,7% (13 dari 15 pegawai target survei), yang mengindikasikan representativitas relatif tinggi terhadap populasi unit tersebut meskipun ukuran sampel absolut tetap kecil sehingga tidak ditujukan untuk generalisasi populasi yang lebih luas (Glanz et al., 2024). Data kualitatif diperoleh melalui wawancara mendalam dengan dua informan kunci yang dipilih secara purposif berdasarkan posisi manajerial, yaitu Kepala Unit Kepesertaan dan Kepala Unit Operasional BPJS Ketenagakerjaan Gorontalo, dengan pertimbangan bahwa posisi keduanya memberikan perspektif langsung mengenai kebijakan dan praktik komunikasi kesehatan mental di unit kerja masing-masing. Dengan demikian, data kualitatif hanya merepresentasikan satu organisasi, sedangkan 13 dari 26 responden kuantitatif berasal dari dua belas organisasi lain. Perbedaan sumber ini menjadi dasar pembatasan interpretasi triangulasi sebagaimana dijelaskan pada bagian analisis.

Instrumen pengumpulan data kuantitatif berupa kuesioner berskala Likert 1-5 (1 = Sangat Tidak Setuju, 5 = Sangat Setuju) yang mengukur lima dimensi, yaitu iklim komunikasi organisasi, literasi kesehatan mental, kecenderungan self-diagnosis, stigma kesehatan mental di tempat kerja, serta efektivitas komunikasi kesehatan mental kantor, dilengkapi item tertutup mengenai intensi mencari bantuan, ketersediaan saluran resmi, dan hambatan mencari bantuan profesional. Instrumen kualitatif berupa pedoman wawancara semi-terstruktur yang menggali pengalaman kepemimpinan, mekanisme deteksi dini

informal, serta persepsi mengenai pemanfaatan layanan konsultasi psikologis.

Prosedur pengumpulan data dilaksanakan dalam dua tahap utama sesuai kerangka sequential exploratory, yaitu tahap identifikasi masalah dan pengumpulan data awal, dilanjutkan tahap analisis data dan perumusan strategi. Wawancara mendalam dilaksanakan lebih dahulu untuk memetakan tema-tema kunci, yang kemudian menjadi rujukan penyusunan dan penyebaran kuesioner daring kepada pekerja gabungan. Kedua sumber data primer diperlakukan sebagai data yang saling melengkapi dalam triangulasi sumber, bukan sebagai dua kelompok independen yang diperbandingkan secara statistik.

Analisis data kualitatif mengacu pada model analisis interaktif Miles, Huberman, dan Saldaña, yang meliputi tiga komponen yang berlangsung secara simultan dan siklikal, yaitu kondensasi data melalui open coding dan axial coding, penyajian data melalui matriks lintas-sumber, serta penarikan kesimpulan dan verifikasi melalui perbandingan pola antarsumber (Miles et al., 2014). Analisis data kuantitatif menggunakan statistik deskriptif berupa mean dan standar deviasi per item dan per dimensi, dihitung dari data gabungan 26 responden dan, untuk menjaga ketepatan interpretasi, dilaporkan pula per subkelompok (BPJS Ketenagakerjaan dan instansi lain), konsisten dengan fungsi tahap kuantitatif pada desain sequential exploratory sebagai alat validasi pola kualitatif, bukan uji hipotesis inferensial (Glanz et al., 2024). Triangulasi dilakukan pada dua tingkat. Pada dimensi organisasi (komunikasi kesehatan mental kantor, ketersediaan saluran resmi), temuan kualitatif hanya dibandingkan dengan data subkelompok BPJS Ketenagakerjaan karena hanya unit ini yang diwakili data kualitatif. Pada dimensi pengalaman individual (self-diagnosis, stigma, intensi mencari bantuan), data gabungan dibaca sebagai gambaran lintas-instansi, dengan memeriksa apakah pola subkelompok BPJS sejalan dengan subkelompok lain. Hasil kedua tahap analisis selanjutnya menjadi dasar perumusan strategi komunikasi kesehatan mental di lingkungan kerja.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Bagian ini menyajikan hasil pelaksanaan penelitian yang disusun ke dalam empat subbagian, yaitu profil sumber data, analisis kualitatif berdasarkan model Miles dan Huberman, analisis kuantitatif deskriptif atas 26 responden gabungan, serta triangulasi temuan lintas-metode.

Data penelitian berasal dari penggabungan dua kelompok responden kuesioner, yaitu 13 responden BPJS Ketenagakerjaan Cabang Gorontalo dan 13 responden dari dua belas instansi/perusahaan lain di wilayah Gorontalo, sehingga total sampel kuantitatif berjumlah N = 26. Sebaran demografis menunjukkan mayoritas responden laki-laki (65%) dibandingkan perempuan (35%), dengan rentang usia terbanyak pada kelompok 25-30 tahun dan 30-35 tahun, serta masa kerja yang tersebar merata dari kurang dari satu tahun hingga lebih dari lima belas tahun (Gambar 1, Gambar 2, dan Gambar 3).

Tingkat partisipasi pada kelompok BPJS Ketenagakerjaan mencapai 86,7% (13 dari 15 pegawai target survei), tergolong sangat tinggi untuk survei organisasi, meskipun ukuran sampel absolut tetap kecil sehingga seluruh angka pada penelitian ini bersifat deskriptif-eksploratif, bukan generalisasi populasi yang lebih luas. Data kualitatif diperoleh dari wawancara mendalam dengan Kepala Unit Kepesertaan dan Kepala Unit Operasional BPJS Ketenagakerjaan

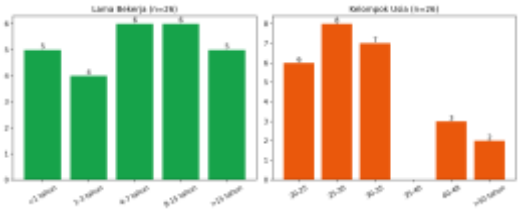
Gorontalo, yang diperlakukan sebagai satu kesatuan dengan data kuesioner dalam proses triangulasi sumber.



Gambar 1. Sebaran responden berdasarkan kelompok instansi (n=26)
Sumber: Analisis Peneliti (2026)



Gambar 2. Sebaran responden berdasarkan jenis kelamin (n=26)
Sumber: Analisis Peneliti (2026)



Gambar 3. Sebaran responden berdasarkan lama bekerja dan kelompok usia (n=26)
Sumber: Analisis Peneliti (2026)

Analisis kualitatif melalui tahap kondensasi data menghasilkan enam belas kode awal yang selanjutnya dikelompokkan melalui axial coding menjadi lima kategori tematik utama (Tabel 1), yaitu beban kerja dan kapasitas sumber daya organisasi, kepemimpinan dan pola komunikasi berjenjang, mekanisme deteksi dini yang bersifat informal, hambatan pemanfaatan layanan kesehatan mental formal, serta kebutuhan kesejahteraan pegawai yang belum sepenuhnya terakomodasi.

Penyajian data melalui matriks lintas-sumber menunjukkan bahwa tema hambatan pemanfaatan layanan formal memperoleh konvergensi paling kuat, muncul konsisten pada kedua wawancara pimpinan unit serta diperkuat jawaban terbuka kuesioner, sementara tema beban kerja dan kekurangan SDM lebih bersifat kontekstual karena dominan pada satu sumber data saja.

Proses penarikan kesimpulan dan verifikasi menghasilkan empat proposisi kualitatif: iklim komunikasi vertikal yang suportif secara interpersonal namun belum sepenuhnya memberi rasa aman psikologis institusional; mekanisme deteksi dini yang telah berjalan namun masih informal dan bergantung pada subjektivitas pimpinan; layanan konsultasi psikologis formal yang tersedia namun belum sepenuhnya dipercaya dan diakses; serta kebutuhan pegawai yang mencakup dimensi struktural *(work-life balance,* kedekatan keluarga) dan dimensi psikologis (privasi, keberlanjutan konseling).

Tabel 1. Kategori Tematik Hasil Analisis Kualitatif (Axial Coding)

Kategori Tema	Temuan Utama	Implikasi Analitis
Beban kerja dan kapasitas organisasi	Kekurangan SDM, kekosongan rekrutmen jangka panjang, distribusi beban kerja tidak proporsional	Tekanan psikologis berkaitan dengan kapasitas struktural, bukan semata ketahanan individu
Kepemimpinan dan komunikasi berjenjang	Kepemimpinan humanis-kekeluargaan, coaching sebagai sarana	Modal komunikasi interpersonal ada, tetapi masih

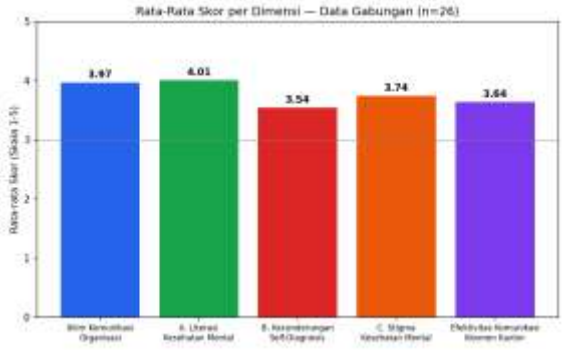
	pembinaan	bergantung gaya personal pimpinan
Deteksi dini informal	Observasi harian, morning briefing, pemantauan kedisiplinan	Kapasitas deteksi dini ada tetapi belum terstandar dan rentan subjektivitas
Hambatan pemanfaatan layanan formal	Keraguan kerahasiaan, kekhawatiran dampak karier, minimnya privasi konsultasi	Kesenjangan antara ketersediaan layanan dan akses aktual (trust gap)
Kebutuhan kesejahteraan pegawai	Work-life balance, kedekatan keluarga, konseling privat dan rutin	Kesehatan mental perlu pendekatan kesejahteraan yang holistik

Sumber: Analisis Peneliti, 2026

Analisis kuantitatif deskriptif atas seluruh item berskala Likert 1-5 menunjukkan bahwa dimensi Literasi Kesehatan Mental memperoleh skor rata-rata tertinggi (M = 4,01), diikuti Iklim Komunikasi Organisasi (M = 3,97), Stigma Kesehatan Mental (M = 3,74), Efektivitas Komunikasi Kesmen Kantor (M = 3,64), dan Kecenderungan Self-Diagnosis (M = 3,54) (Gambar 4). Pada dimensi Iklim Komunikasi Organisasi (Tabel 2), item "merasa nyaman menyampaikan masalah pribadi/psikologis kepada atasan" mencatat skor terendah sekaligus variasi jawaban terlebar (M = 3,38; SD = 1,39), berbeda dari item-item komunikasi umum lain yang relatif tinggi (M > 4,0). Pada dimensi Literasi Kesehatan Mental, pemahaman konseptual mengenai penyebab gangguan kesehatan mental mencatat skor tertinggi (M = 4,35), sementara pengetahuan prosedural mengenai jenis bantuan profesional dan sumber informasi tepercaya menjadi item terendah (M = 3,69), menunjukkan kesenjangan antara pemahaman konseptual dan pengetahuan praktis.

Pada dimensi Kecenderungan Self-Diagnosis dan Stigma Kesehatan Mental (Tabel 3), seluruh item dimensi Self-Diagnosis bermuatan risiko dengan skor rata-rata keseluruhan 3,54 yang tergolong sedang-cenderung tinggi; item reassurance-seeking, yaitu kebutuhan memvalidasi ulang kesimpulan dengan mencari lebih banyak sumber daring, mencatat skor tertinggi (M = 3,81). Pada dimensi Stigma Kesehatan Mental, ditemukan pola item campuran: penerimaan eksplisit terhadap rekan kerja yang terbuka mengenai kondisi psikologisnya mencatat skor tinggi (M = 4,23), namun stereotip implisit seperti anggapan rekan kerja dengan gangguan kesehatan mental "tidak dapat diprediksi" juga tetap tinggi (M = 3,88), mengindikasikan stigma yang bersifat tersamar.

Pada dimensi Efektivitas Komunikasi Kesmen Kantor, item mengenai keteraturan penyampaian informasi kesehatan mental mencatat skor terendah (M = 3,38), menegaskan sifat insidental komunikasi kesehatan mental organisasi.



Gambar 4. Rata-rata skor per dimensi kuantitatif (skala 1-5, n=26)
Sumber: Analisis Peneliti (2026)

Tabel 2. Skor Di
mensi Iklim Komunikasi Organisasi (item terpilih)

Pernyataan	Mean	SD
Atasan saya terbuka terhadap ide dan masukan dari pegawai	4.23	1.07
Saya merasa dipercaya oleh atasan saya	4.23	0.82
Komunikasi antar rekan kerja (horizontal) berjalan akurat dan lancar	4.15	1.01

Sikap organisasi terhadap komunikasi secara umum sehat dan terbuka	3.77	1.18
Saya merasa nyaman menyampaikan masalah pribadi/psikologis kepada atasan	3.38	1.39

Sumber: Analisis Peneliti, 2026

Perbandingan deskriptif antara kelompok BPJS Ketenagakerjaan (n=13) dan kelompok instansi lain (n=13) menunjukkan bahwa pada hampir seluruh dimensi, kelompok instansi lain mencatat skor rata-rata sedikit lebih tinggi, dengan selisih terbesar pada dimensi Literasi Kesehatan Mental (3,82 berbanding 4,20) dan Kecenderungan *Self-Diagnosis* (3,33 berbanding 3,76) (Gambar 5); mengingat ukuran sampel tiap kelompok kecil, perbedaan ini dibaca sebagai kecenderungan deskriptif, bukan perbedaan yang teruji signifikansinya. Dari sisi intensi mencari bantuan (Gambar 6), sumber dukungan informal seperti pasangan/keluarga (81%) dan teman/sahabat (73%) menempati posisi tertinggi, sementara jalur formal internal organisasi berada di posisi terendah, yaitu atasan langsung (35%) dan HR/bagian SDM (27%).

Psikolog/psikiater/konselor profesional dan tokoh agama/rohaniwan sama-sama dipilih oleh 65% responden, menunjukkan keterbukaan terhadap bantuan eksternal meski bukan pada jalur internal organisasi.

Tabel 3. Skor Dimensi Stigma dan Kecenderungan Self-Diagnosis (item terpilih)

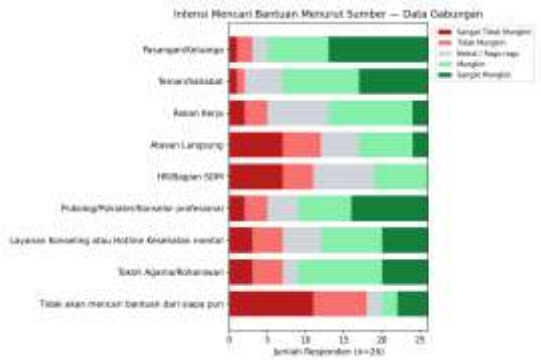
Pernyataan	Dimensi	Mean	SD
Setelah mencari informasi daring, saya perlu memvalidasi ulang kesimpulan	Self-Diagnosis	3.81	0.98
Membaca gejala gangguan mental daring membuat saya cemas	Self-Diagnosis	3.58	1.30
Tetap bekerja sama profesional dengan rekan yang terbuka soal kondisi psikologisnya	Stigma	4.23	0.82
Menilai rekan kerja dengan gangguan kesehatan mental tidak dapat diprediksi	Stigma	3.88	0.91
Lingkungan kerja cenderung menghakimi pegawai yang terbuka soal kondisi psikologis	Stigma	3.38	1.17

Sumber: Analisis Peneliti, 2026

Terkait ketersediaan saluran resmi dan jalur rujukan (Gambar 7), hanya 38% responden yakin kantornya memiliki saluran resmi informasi kesehatan mental dan 35% menjawab jalur rujukan resmi bantuan psikologis tersedia, sementara proporsi jawaban "tidak tahu" pada kedua pertanyaan tersebut mencapai 35%, mengindikasikan persoalan visibilitas kebijakan, bukan semata ketiadaan kebijakan. Hambatan utama mencari bantuan profesional (Gambar 8) yang paling banyak dipilih adalah "merasa bisa mengatasi sendiri" (50%), diikuti "stigma sosial dari rekan kerja" (46%), "biaya" dan "keterbatasan waktu" (masing-masing 38%), "tidak tahu harus ke mana" (35%), serta "takut diketahui atasan" (31%).

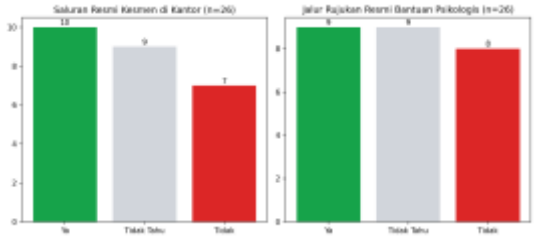


Gambar 5. Perbandingan rata-rata skor per dimensi: BPJS Ketenagakerjaan (n=13) vs. Instansi Lain (n=13)
Sumber: Analisis Peneliti (2026)

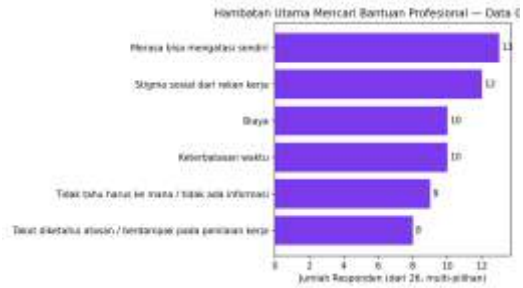


Gambar 6. Intensi mencari bantuan menurut sumber/pihak (n=26)
Sumber: Analisis Peneliti (2026)

Hasil triangulasi (Tabel 4) menunjukkan bahwa empat dari lima proposisi kualitatif memperoleh dukungan kuat dari data kuantitatif: keterbatasan kenyamanan menyampaikan masalah pribadi ke atasan (didukung skor terendah dimensi iklim komunikasi), jalur internal yang jarang dipilih untuk mencari bantuan (didukung data intensi mencari bantuan), hambatan pemanfaatan layanan formal akibat keraguan kerahasiaan dan dampak karier (didukung data hambatan mencari bantuan), serta sifat insidental komunikasi kesmen kantor (didukung skor terendah dimensi efektivitas komunikasi). Satu proposisi mengenai kebutuhan work-life balance dan kedekatan keluarga hanya didukung data kualitatif, karena belum terwakili oleh item kuantitatif tertutup pada instrumen tahap ini.



Gambar 7. Ketersediaan saluran resmi informasi kesmen dan jalur rujukan bantuan psikologis (n=26)
Sumber: Analisis Peneliti (2026)



Gambar 8. Hambatan utama mencari bantuan profesional, multi-pilihan (n=26)
Sumber: Analisis Peneliti (2026)

Tabel 4. Triangulasi Temuan Kualitatif dan Kuantitatif

Temuan Kualitatif	Data Kuantitatif Pendukung	Konsistensi
Komunikasi personal-psikologis ke atasan dibatasi kehati-hatian struktural	Item "nyaman menyampaikan masalah pribadi ke atasan" = 3,38 (terendah)	Konsisten kuat
Jalur internal (atasan/HR) jarang dipilih sebagai tempat mencari bantuan	Intensi mencari bantuan: Atasan Langsung 35%, HR/SDM 27%	Konsisten kuat
Layanan konsultasi psikolog resmi jarang dimanfaatkan karena keraguan kerahasiaan	Stigma sosial 46%, takut diketahui atasan 31%, jalur rujukan "tidak tahu" 35%	Konsisten kuat
Komunikasi kesmen kantor bersifat insidental, bukan program rutin	Item "informasi disampaikan rutin/berkala" = 3,38 (terendah)	Konsisten
Kebutuhan work-life balance dan kedekatan keluarga	Belum terukur oleh item kuantitatif tertutup	Hanya didukung data kualitatif

Sumber: Analisis Peneliti, 2026

4. Discussion

Dalil teoretis pertama yang menjadi rujukan pembahasan ini menyatakan bahwa perkembangan media digital meningkatkan akses terhadap informasi kesehatan mental sekaligus mendorong praktik self-diagnosis akibat paparan konten yang disajikan secara ringkas dan mudah diasosiasikan dengan pengalaman personal (Naslund et al., 2020; Yeung et al., 2022; Foster & Ellis, 2024; Schiros et al., 2025). Temuan lapangan penelitian ini mengonfirmasi kuat dalil tersebut. Skor rata-rata dimensi Kecenderungan Self-Diagnosis sebesar 3,54 tergolong sedang-cenderung tinggi, dengan item reassurance-seeking, yaitu kebutuhan memvalidasi ulang kesimpulan dengan mencari lebih banyak sumber daring, sebagai item tertinggi (3,81).

Pola ini konsisten dengan temuan penelitian terdahulu mengenai promosi kesehatan mental untuk menghentikan self-diagnosis melalui media sosial dan literasi kesehatan digital remaja dalam menghadapi misinformasi kesehatan (S. A. M. Gobel et al., 2023; Humawa et al., 2025), yang menjadi salah satu dasar keilmuan bagi penelitian ini. Implikasi

dari konfirmasi kuat ini adalah bahwa komponen literasi digital dan verifikasi informasi kesehatan mental harus menjadi salah satu pilar utama strategi komunikasi organisasi, mengingat kecenderungan self-diagnosis terbukti nyata pada populasi pekerja yang diteliti, bukan sekadar asumsi normatif dari tinjauan literatur semata.

Kerangka teoretis kedua menyatakan bahwa praktik komunikasi kesehatan mental di lingkungan organisasi, khususnya di Indonesia, masih menunjukkan keterbatasan dalam perencanaan, keberlanjutan, dan integrasi sistem, cenderung bersifat parsial dan episodik tanpa didukung kerangka komunikasi internal yang terstruktur (Deady et al., 2024; Firdhayanti & Djoekardi, 2022; Ballard et al., 2025; Goetzel et al., 2018). Temuan lapangan mengonfirmasi dalil ini secara kuat. Item mengenai keteraturan penyampaian informasi kesehatan mental memperoleh skor terendah pada dimensi Efektivitas Komunikasi Kesmen Kantor (3,38), dan temuan kualitatif dari kedua pimpinan unit menegaskan bahwa layanan konsultasi psikologis pusat pernah diselenggarakan hanya sesekali, bahkan diselipkan pada sesi pelatihan lain tanpa privasi memadai. Konvergensi antara skor kuantitatif terendah dan narasi kualitatif tersebut menjadi salah satu temuan paling kokoh dalam penelitian ini, sekaligus menegaskan secara empiris bahwa kesenjangan antara kebutuhan pekerja akan informasi kesehatan mental yang kredibel dan berkelanjutan dengan kapasitas organisasi dalam menyediakannya benar-benar terjadi pada konteks lembaga jaminan sosial ketenagakerjaan dan instansi pembanding di wilayah Gorontalo (World Health Organization, 2025; OECD, 2025).

Pandangan teoretis ketiga menyatakan bahwa stigma kesehatan mental di lingkungan kerja muncul secara kultural, struktural, dan sosial, diperkuat oleh keterbatasan kebijakan internal, ketidakjelasan alur rujukan, serta kekhawatiran terhadap citra profesional pekerja (Mukherjee et al., 2025; Schuller et al., 2024; Barnett, 2020; Fernández-Jiménez & Acquadro Maran, 2024; Wu et al., 2021). Data kuantitatif penelitian ini menunjukkan pola stigma yang bersifat tersamar, bukan terbuka: responden menyatakan sikap penerimaan eksplisit yang tinggi terhadap rekan kerja yang terbuka mengenai kondisi psikologisnya (M = 4,23), namun tetap menyimpan keyakinan stereotip implisit bahwa rekan kerja dengan gangguan kesehatan mental "tidak dapat diprediksi" (M = 3,88). Pola berdampingan antara penerimaan normatif dan stereotip implisit ini konsisten dengan literatur stigma kesehatan mental di tempat kerja yang menekankan bahwa stigma sering kali tidak tampak secara eksplisit dalam sikap yang dilaporkan, tetapi tetap memengaruhi perilaku pencarian bantuan secara nyata (Schuller et al., 2024). Konfirmasi ini semakin kuat ketika dipertemukan dengan data hambatan mencari bantuan, di mana stigma sosial dari rekan kerja (46%) dan kekhawatiran diketahui atasan (31%) menjadi dua hambatan teratas setelah kecenderungan menangani masalah secara mandiri (50%). Kombinasi hambatan struktural, tercermin dari 35% responden yang tidak mengetahui jalur rujukan resmi, dan hambatan kultural berupa stigma serta kekhawatiran karier, menegaskan bahwa strategi komunikasi kesehatan mental yang dirumuskan perlu menjangkau kedua dimensi tersebut secara simultan, bukan hanya salah satunya.

Pandangan teoretis keempat menekankan bahwa penguatan literasi kesehatan mental serta akses terhadap layanan profesional menjadi elemen penting dalam menjaga keberlanjutan kesehatan dan keselamatan kerja (Wulf, 2022; Kleist et al., 2025). Temuan

penelitian ini menunjukkan pola yang menarik untuk dicermati: skor literasi kesehatan mental tertinggi di antara seluruh dimensi (4,01), namun item-item yang berkaitan dengan pengetahuan prosedural, yaitu mengetahui jenis-jenis bantuan profesional yang tersedia dan mengetahui ke mana mencari informasi tepercaya, justru menjadi item terendah pada dimensi ini (3,69).

Kesenjangan antara pemahaman konseptual yang baik dan pengetahuan praktis-prosedural yang tertinggal ini merupakan temuan penting yang belum banyak dibahas secara eksplisit dalam kerangka teoretis sebelumnya, sehingga menjadi salah satu kontribusi baru penelitian ini terhadap pengembangan strategi komunikasi kesehatan mental: program literasi kesehatan mental di tempat kerja tidak cukup hanya membangun pemahaman konseptual mengenai apa itu gangguan kesehatan mental, tetapi juga wajib disertai informasi prosedural yang jelas dan mudah diakses mengenai ke mana dan bagaimana mencari bantuan, sejalan dengan urgensi penguatan Employee Assistance Program sebagai kanal rujukan formal yang terstandardisasi (Firdhayanti & Djoekardi, 2022).

Keempat temuan di atas, yang membahas self-diagnosis era digital, komunikasi organisasi yang insidental, stigma tersamar dan hambatan struktural-kultural, serta kesenjangan literasi praktis, dapat disintesiskan ke dalam satu kerangka konseptual yang menghubungkan pemicu digital, kondisi iklim organisasi, hambatan konkret pencarian bantuan, dan komponen strategi komunikasi sebagai empat lapisan yang saling berkaitan (Gambar 9). Paparan konten kesehatan mental populer di media digital menjadi pemicu awal kecenderungan *self-diagnosis,* yang kemudian berlangsung dalam konteks kondisi organisasi berupa iklim komunikasi, literasi kesehatan mental, stigma tersamar, dan efektivitas komunikasi kantor.

Kondisi-kondisi tersebut menghasilkan tiga jenis hambatan konkret terhadap pencarian bantuan, yaitu hambatan struktural, kultural, dan individual, yang pada gilirannya perlu dijawab melalui penguatan saluran internal yang rutin, penguatan peran atasan langsung sebagai kanal deteksi dini yang terpercaya, jaminan kerahasiaan dan privasi layanan konsultasi, serta sosialisasi jalur rujukan resmi ke bantuan profesional.



Gambar 9. Kerangka Konseptual Strategi Komunikasi Kesehatan Mental dalam Mencegah Self-Diagnosis di Lingkungan Kerja
Sumber: Analisis Peneliti, 2026

Sintesis ini konsisten dengan proposisi bahwa penguatan komunikasi kesehatan mental tidak cukup dilakukan melalui penambahan layanan konseling semata, tetapi memerlukan perubahan mendasar dari pola komunikasi yang sporadis dan bergantung pada inisiatif pimpinan menuju sistem komunikasi organisasi yang terstruktur, preventif, partisipatif, dan berorientasi pada rasa aman psikologis pekerja, sejalan dengan kerangka mentally healthy workplace yang menekankan keterpaduan kebijakan, kepemimpinan, dan komunikasi sebagai satu kesatuan intervensi organisasi (Deady et al., 2024; Ballard et al., 2025). Temuan penelitian ini juga memperkaya diskursus akademik mengenai kesehatan mental di

tempat kerja dengan menunjukkan bahwa konteks organisasi berbudaya kekeluargaan, sebagaimana ditemukan pada lembaga jaminan sosial ketenagakerjaan yang diteliti, memiliki modal komunikasi interpersonal yang positif namun belum sepenuhnya terlembagakan menjadi sistem yang menjamin keberlanjutan dukungan psikologis, sebuah pola yang berbeda dari temuan pada organisasi di negara maju dengan sistem dukungan kerja yang lebih formal dan mapan (Wu et al., 2021; Paterson et al., 2024). Perbedaan konteks ini menegaskan pentingnya strategi komunikasi kesehatan mental yang tidak sekadar mengadopsi kerangka dari literatur internasional, melainkan diadaptasi secara kontekstual terhadap karakteristik budaya organisasi dan relasi kerja di Indonesia, termasuk pola kepemimpinan humanis-kekeluargaan yang ditemukan pada penelitian ini namun masih sangat bergantung pada gaya personal pimpinan, bukan pada prosedur organisasi yang baku.



Gambar 10. Kerangka Model Strategi Komunikasi Kesehatan Mental di Lingkungan Kerja

Sumber: Analisis Peneliti (2026)

PENUTUP

Penelitian ini menunjukkan bahwa kecenderungan self-diagnosis kesehatan mental pada pekerja berada pada taraf sedang-cenderung tinggi, didorong oleh pola reassurance-seeking melalui pencarian informasi daring berulang, sementara komunikasi kesehatan mental organisasi masih bersifat insidental dan belum terstruktur secara sistematis. Stigma kesehatan mental di tempat kerja ditemukan bersifat tersamar, berdampingan dengan sikap penerimaan eksplisit yang tinggi, dan berinteraksi dengan hambatan struktural berupa ketidakjelasan jalur rujukan formal. Temuan-temuan ini, yang dikonfirmasi melalui triangulasi data kualitatif dan kuantitatif, menegaskan bahwa strategi komunikasi kesehatan mental di lingkungan kerja perlu dibangun sebagai sistem terpadu yang mencakup literasi digital, institusionalisasi komunikasi rutin, destigmatisasi berlapis, penguatan pengetahuan prosedural jalur rujukan, dan optimalisasi peran atasan langsung sebagai kanal komunikasi terpercaya.

Implikasi utama penelitian ini adalah bahwa intervensi kesehatan mental di tempat kerja tidak dapat berhenti pada penyediaan layanan konsultasi psikologis semata, melainkan harus menjangkau akar persoalan komunikasi organisasi dan kepercayaan pekerja terhadap kerahasiaan layanan. Penelitian ini berkontribusi pada body of knowledge komunikasi kesehatan organisasi dengan menunjukkan pola stigma tersamar dan kesenjangan literasi konseptual-prosedural pada konteks organisasi berbudaya kekeluargaan di Indonesia, sebuah pola yang belum banyak diungkap pada literatur internasional. Mengingat cakupan data yang masih terbatas pada N = 26 responden dan dua informan pimpinan unit, penelitian lanjutan disarankan memperluas sampel lintas-sektor dan menguji efektivitas implementasi kelima pilar strategi yang dirumuskan secara longitudinal.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis menyampaikan terima kasih kepada Direktorat Penelitian dan

Pengabdian kepada Masyarakat (DPPM) Kementerian Pendidikan Tinggi, Sains, dan Teknologi melalui pendanaan Hibah BIMA Tahun 2026 pada skema Penelitian Dosen Pemula (PDP), Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat (LPPM) Universitas Bina Taruna Gorontalo, serta BPJS Ketenagakerjaan yang telah memberikan dukungan dalam pelaksanaan penelitian ini. Penelitian ini dilaksanakan berdasarkan Kontrak Nomor **027/M/DST/LL16/AL.04/2026** dan **136/UNBITA/LLDIKTI.XVI/V-2026.**

REFERENSI

Ballard, D. W., Lodge, G. C., & Pike, K. M. (2025). Mental health at work: A practical framework for employers. Frontiers in Public Health, 13, 1552981.

Barnett, B. (2020). Addressing sexual violence in psychiatric facilities. Psychiatric Services, 71(9), 959–961.

Braun, V., & Clarke, V. (2022). Thematic analysis: A practical guide. SAGE Publications.

Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2017). Designing and conducting mixed methods research (3rd ed.). SAGE Publications.

Deady, M., Glozier, N., Calvo, R., Johnston, D., Mackinnon, A., Milne, D., Choi, I., Gayed, A., Bryant, R., Christensen, H., & Harvey, S. B. (2024). A mentally healthy framework to guide employers and policy makers. Frontiers in Public Health, 12, 1430540.

Fernández-Jiménez, E., & Acquadro Maran, D. (2024). Editorial: Break the mental health stigma: Mental health in the workplace. Frontiers in Psychiatry, 15, 1427097.

Firdhayanti, K., & Djoekardi, D. (2022). Pelaksanaan Employee Assistance Programs (EAP) oleh Iradat Konsultan sebagai penyedia jasa layanan EAP dalam menangani permasalahan pekerja. Jurnal Pembangunan Manusia, 3(2).

Foster, A., & Ellis, N. (2024). TikTok-inspired self-diagnosis and its implications for educational psychology practice. Educational Psychology in Practice, 40(4), 491–508.

Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). (2024). Health behavior: Theory, research, and practice (6th ed.). Jossey-Bass.

Gobel, S. A. M., Lusiana, E., & Dida, S. (2023). Mental health promotion: Stop self-diagnosing through social media. Jurnal Promkes, 11(1), 71–81. https://doi.org/10.20473/jpk.V11.I1.2023.71-81

Goetzel, R. Z., Fabius, R., Fabius, D., Roemer, E. C., Thornton, N., Kelly, R. K., & Pelletier, K. R. (2018). Mental health in the workplace: A call to action proceedings from the mental health

Hesse, M., Vallentin-Holbech, L., & Thomsen, K. R. (2020). Which youth are at risk for cannabis use disorders? Boys and girls are not the same! Journal of Adolescent Health, 67(1), 7–8.

Humawa, A., Gobel, S. A. M., Ngabito, S. M. L. Z., & Baeda, S. W. (2025). Literasi kesehatan digital remaja dalam menghadapi misinformasi kesehatan di media sosial: Analisis literatur. Jurnal Promosi Kesehatan dan Komunikasi, 1(1), 1–11.

Jacobson, N. C., Lekkas, D., Price, G., Heinz, M. V., Song, M., O'Malley, A. J., & Barr, P. J. (2020). Flattening the mental health curve: COVID-19 stay-at-home orders are associated with alterations in mental health search behavior in

the United States. JMIR Mental Health, 7(6).

Katili, A. Y., Gobel, S. A. M., & Akhirun, L. (2024). Pencegahan depresi dan kesehatan mental generasi-Z, dalam menjawab kecemasan di era digital. Awara: Jurnal Pengabdian Masyarakat, 1(2), 35–50.

Kementerian Pendidikan Tinggi, Sains, dan Teknologi. (2026). Panduan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat 2026. Kemendiktisaintek.

Kementerian Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi. (2017). Rencana induk riset nasional tahun 2017–2045. Kemenristekdikti.

Kleist, L., Kühn, L., Wengemuth, E., & Choi, K.-E. A. (2025). Health literacy and psychological wellbeing of employees working from home in Germany—online survey results. Health Promotion International, 40(1), daae202.

Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). Qualitative data analysis: A methods sourcebook (3rd ed.). SAGE Publications.

Mukherjee, S., VanHeuvelen, J. S., & Thomas, C. D. (2025). Professional in practice: Stigma management strategies of workers with concealed mental health conditions. Work and Occupations, 52(2).

Naslund, J. A., Bondre, A., Torous, J., & Aschbrenner, K. A. (2020). Social media and mental health: Benefits, risks, and opportunities for research and practice. Journal of Technology in Behavioral Science, 5, 245–257.

Nursanti, S., & Nurhanan, H. (2024). Mendengarkan grapevine communication: Studi tentang penyebaran informasi informal dan dampaknya terhadap kesehatan mental. Jurnal Ilmu Komunikasi (JKMS), 12(2), 131–143. https://jkms.ejournal.unri.ac.id/index.php/JKMS/article/view/7612

OECD. (2025). Mental health and work. Organisation for Economic Co-operation and Development. https://www.oecd.org/en/publications/mental-health-and-work_22257985.html

Paterson, C., Leeming, M., Beard, F., Bourke, M., & Chambers, S. (2024). Barriers and facilitators to implementing workplace interventions to promote mental health: Qualitative evidence synthesis. Systematic Reviews, 13(1), 152.

Putri, S. N. E., & Rumyeni, R. (2022). Penggunaan aplikasi pesan WhatsApp dan pengaruhnya terhadap kinerja karyawan PT. Gelatik Supra Pekanbaru. Jurnal Ilmu Komunikasi (JKMS), 11(1). https://jkms.ejournal.unri.ac.id/index.php/JKMS/article/view/7489

Rokhim, R., Takwin, B., Basrowi, R. W., Soemarko, D. S., Rahadian, A., Ekowati, M., Samah, K., & Moeloek, N. D. F. (2025). Fatigue and lack of vigor's as a frequent work stress among financial workers in Indonesia. Frontiers in Public Health, 13, 1563563. https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1563563

Schiros, A., Bowman, N., & Antshel, K. (2025). Misinformation mayhem: The effects of TikTok content on ADHD knowledge, stigma, and treatment-seeking intentions. European Child & Adolescent Psychiatry.

Schuller, S., De Rijk, A., Corin, L., & Bertilsson, M. (2024). Mental health stigma in the workplace and its association with possible actions of managers to prevent sickness absence of employees

with mental health problems in the Swedish private sector: A video vignette study. Journal of Occupational Rehabilitation.

Subu, M. A., Wati, D. F., Netrida, N., Priscilla, V., Dias, J. M., Abraham, M. S., Slewa-Younan, S., & Al-Yateem, N. (2021). Types of stigma experienced by patients with mental illness and mental health nurses in Indonesia: A qualitative content analysis. International Journal of Mental Health Systems, 15(1), 77. https://doi.org/10.1186/s13033-021-00502-x

Umala, A., & Amali, M. T. (2026). Pengaruh terpaan konten Marriage Is Scary di media sosial terhadap persepsi negatif nikah muda. Jurnal Ilmu Komunikasi (JKMS), 15(1), 94–106. https://jkms.ejournal.unri.ac.id/index.php/JKMS/article/view/7788

World Health Organization. (2025). Mental health at work. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work

Wu, A., Roemer, E. C., Kent, K. B., Ballard, D. W., & Goetzel, R. Z. (2021). Organizational best practices supporting mental health in the workplace. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 63(12), e925–e931.

Wulf, I. C. (2022). Help-seeking and help-outreach intentions of healthcare workers—The role of mental health literacy and stigma in the workplace. Frontiers in Education, 7, 856458.

Yeung, A., Ng, E., & Abi-Jaoude, E. (2022). TikTok and attention-deficit/hyperactivity disorder: A cross-sectional study of social media content quality. The Canadian Journal of Psychiatry, 67(12), 899–906