e-ISSN 2721-2440
p-ISSN 2722-7464

Tenaga Kesehatan sebagai Sumber Stigma dalam Pelayanan Kesehatan: Perspektif Antropologi Kesehatan

Eddy Siswanto [a,1,*]

[a] Balai Besar Pelatihan Kesehatan (BBPK) Ciloto, Jl. Raya Puncak Km. 90 Cipanas, Cianjur
[1] siswantoeddy2012@gmail.com
* *corresponding author*

ARTICLE INFO

Article history
Received:
4 September 2026
Revised:
4 November 2026
Accepted:
5 November 2026

ABSTRACT / ABSTRAK

Stigma dalam pelayanan kesehatan merupakan salah satu faktor yang dapat menurunkan mutu pelayanan melalui berkurangnya akses layanan, melemahnya hubungan terapeutik, serta rendahnya kepatuhan pasien terhadap pengobatan. Selama ini stigma lebih banyak dipahami sebagai sikap negatif masyarakat terhadap kelompok tertentu, sedangkan peran tenaga kesehatan sebagai sumber stigma masih relatif kurang mendapat perhatian. Artikel ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor yang menyebabkan tenaga kesehatan dapat menjadi sumber stigma dalam pelayanan kesehatan, menjelaskan dampaknya terhadap mutu pelayanan kesehatan, serta merumuskan model konseptual pengurangan stigma melalui perspektif antropologi kesehatan. Penelitian ini menggunakan pendekatan *narrative literature review* dengan menelaah berbagai artikel ilmiah, buku akademik, dan dokumen organisasi internasional yang membahas stigma kesehatan, antropologi kesehatan, psikologi sosial, budaya organisasi, dan mutu pelayanan kesehatan. Analisis dilakukan melalui sintesis konseptual terhadap berbagai teori dan hasil penelitian yang relevan. Hasil kajian menunjukkan bahwa stigma terbentuk melalui interaksi antara bias implisit tenaga kesehatan, konstruksi sosial mengenai penyakit, budaya organisasi pelayanan kesehatan, dan sistem pelayanan kesehatan. Stigma berdampak pada menurunnya akses pelayanan, melemahnya komunikasi terapeutik, rendahnya kepatuhan pasien, meningkatnya risiko keselamatan pasien, serta memperbesar kesenjangan pelayanan kesehatan. Artikel ini menawarkan Model Transformasi Multilevel Pelayanan Kesehatan Bebas Stigma yang menempatkan perubahan pada tingkat individu, organisasi, dan sistem pelayanan kesehatan sebagai strategi utama dalam mengurangi stigma. Model tersebut diharapkan menjadi dasar konseptual bagi pengembangan kebijakan, pendidikan tenaga kesehatan, dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan yang lebih inklusif serta berpusat pada pasien.

Health-related stigma has become an important determinant of healthcare quality by limiting access to healthcare services, weakening therapeutic relationships, and reducing treatment adherence. While stigma has traditionally been viewed as negative attitudes held by society toward particular groups, the role of healthcare professionals as potential sources of stigma has received comparatively less attention. This article aims to analyze the factors that lead healthcare workers to become a source of stigma within healthcare services, explain the impact of this on the quality of healthcare, and formulate a conceptual model for stigma reduction through the perspective of medical anthropology. The study employed a narrative literature review by synthesizing evidence from peer-reviewed articles, academic books, and international policy documents concerning health-related stigma, health anthropology, social psychology, organizational culture, and healthcare quality. The findings indicate that stigma emerges through the interaction of healthcare professionals' implicit bias, social constructions of illness, organizational culture, and healthcare system factors. These interactions reduce healthcare access, weaken therapeutic communication, decrease treatment adherence, increase patient safety risks, and widen health inequities. This article proposes a Multilevel Transformation Model for Stigma-Free Healthcare, emphasizing simultaneous transformation at the individual, organizational, and healthcare system levels. The proposed model provides a conceptual foundation for developing policies, health professional education, and quality improvement initiatives aimed at creating more inclusive and patient-centered healthcare services.

This is an open access article under the CC–BY-SA license.

Kata Kunci: Stigma; tenaga kesehatan; antropologi kesehatan; mutu pelayanan kesehatan; ***patient-centered care***
Keywords*: *Stigma; healthcare professionals; health anthropology; healthcare quality; patient-centered care

1. Pendahuluan

Mutu pelayanan kesehatan merupakan salah satu indikator utama keberhasilan sistem kesehatan dalam memenuhi kebutuhan masyarakat. *World Health Organization* (Beigbeder, 2023; Lambrini Kourkouta *et al.*, 2021;

e-ISSN 2722-2440
p_ISSN 2721-7464

UNAIDS, 2015) menegaskan bahwa pelayanan kesehatan yang bermutu harus aman, efektif, tepat waktu, efisien, berkeadilan, dan berpusat pada pasien (*patient-centered care*). Sejalan dengan itu, pengalaman pasien, komunikasi terapeutik, serta penghormatan terhadap martabat manusia merupakan komponen penting dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang berkualitas (Endalamaw *et al.*, 2023; *Institute of Medicine*, 2001; Lambrini Kourkouta *et al.*, 2021; *World Health Organization*, 2025). Oleh karena itu, mutu pelayanan tidak hanya ditentukan oleh kompetensi klinis tenaga kesehatan, tetapi juga oleh kualitas interaksi sosial yang terbangun antara tenaga kesehatan dan pasien.

Salah satu faktor yang semakin mendapat perhatian dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan adalah stigma (*health-related stigma*). Stigma dipahami sebagai proses pelabelan, stereotip, pemisahan, dan diskriminasi terhadap individu atau kelompok tertentu yang mengakibatkan berkurangnya kesempatan memperoleh perlakuan yang adil (Goff *et al.*, 2023; Mahpara *et al.*, 2025; Stangl *et al.*, 2019). Dalam konteks pelayanan kesehatan, stigma telah terbukti memengaruhi perilaku pencarian pelayanan (*health-seeking behavior*), kepatuhan terhadap pengobatan, kualitas komunikasi terapeutik, serta luaran kesehatan pasien (Courtwright & Turner, 2010; Falade-Fatila & Adebayo, 2020; Friedman *et al.*, 2022; Mahajan *et al.*, 2008; Nyblade *et al.*, 2019; Thornicroft *et al.*, 2016). Akibatnya, stigma tidak hanya menjadi persoalan sosial, tetapi juga menjadi determinan penting mutu pelayanan kesehatan.

Selama ini stigma lebih sering diposisikan sebagai sikap negatif masyarakat terhadap kelompok tertentu, seperti orang yang hidup dengan HIV, penderita tuberkulosis, gangguan kesehatan jiwa, obesitas, maupun penyakit kronis lainnya. Perspektif tersebut menempatkan tenaga kesehatan sebagai agen yang diharapkan mampu mengurangi stigma melalui pelayanan profesional dan edukasi kesehatan. Namun, berbagai penelitian menunjukkan bahwa stigma juga dapat muncul di dalam fasilitas pelayanan kesehatan melalui interaksi antara tenaga kesehatan dan pasien. Bentuknya meliputi penggunaan bahasa yang menghakimi, stereotip terhadap pasien, perlakuan diskriminatif, pelanggaran kerahasiaan, hingga keputusan klinis yang dipengaruhi oleh bias implisit (Fitzgerald & Hurst, 2017; Fürst, 2025; Greenwald & Krieger, 2006; Hall *et al.*, 2015; Sabin, 2022; Sorice *et al.*, 2026; Spiegel, 2025; Vela *et al.*, 2022; Warr *et al.*, 2025). Kondisi ini menunjukkan bahwa tenaga kesehatan tidak hanya berperan sebagai penyedia layanan, tetapi juga dapat menjadi bagian dari mekanisme reproduksi stigma.

Perspektif antropologi kesehatan memberikan penjelasan bahwa perilaku tenaga kesehatan tidak dapat dilepaskan dari konstruksi sosial mengenai penyakit yang berkembang di masyarakat. Kleinman menjelaskan bahwa penyakit tidak hanya dipahami sebagai gangguan biologis (*disease*), tetapi juga sebagai pengalaman subjektif pasien (*illness*) dan makna sosial yang dilekatkan masyarakat terhadap penyakit (*sickness*) (Kleinman, 2017, 2023a, 2023b). Perbedaan cara memaknai penyakit antara tenaga kesehatan dan pasien sering kali memengaruhi proses komunikasi, hubungan terapeutik, serta keputusan klinis. Di sisi lain, psikologi sosial menjelaskan bahwa bias implisit (*implicit* bias) yang terbentuk melalui pengalaman sosial dapat memengaruhi penilaian dan perilaku seseorang tanpa disadari (Fürst, 2025; Greenwald & Krieger, 2006; Sabin, 2022; Spiegel, 2025). Kombinasi faktor psikologis, budaya, dan organisasi tersebut menjadikan stigma sebagai fenomena yang kompleks dan multidimensional.

State of the art menunjukkan bahwa penelitian mengenai stigma dalam pelayanan kesehatan selama ini masih banyak berfokus pada kelompok penyakit atau kondisi kesehatan tertentu, seperti HIV/AIDS, tuberkulosis, gangguan kesehatan jiwa, dan penyakit kronis lainnya (Baltacı *et al.*, 2021; Brüggemann *et al.*, 2025; Courtwright & Turner, 2010; Ferguson *et al.*, 2022; Maulidiah Junnatul Azizah Heru *et al.*, 2024; Mgbako *et al.*, 2022; Nyblade *et al.*, 2019; Tadesse *et al.*, 2024; van der Westhuizen *et al.*, 2024). Berbagai penelitian tersebut memperlihatkan bahwa stigma merupakan persoalan multidimensional yang tidak hanya berkaitan dengan karakteristik penyakit, tetapi juga dipengaruhi oleh konstruksi sosial, norma budaya, persepsi masyarakat, dan relasi sosial yang berkembang di sekitar individu. Kajian mengenai tuberkulosis, misalnya, menunjukkan bahwa ketakutan terhadap penularan dan norma sosial dapat membentuk proses stigmatisasi serta memengaruhi perilaku pencarian pengobatan (Courtwright & Turner, 2010). Sementara itu, penelitian mengenai stigma dalam fasilitas kesehatan telah menunjukkan bahwa diskriminasi dapat berlangsung dalam interaksi antara pasien dan tenaga kesehatan maupun melalui proses dan struktur institusional (Nyblade *et al.*, 2019).

Di sisi lain, sebagian besar penelitian mengenai konsekuensi stigma masih memberikan perhatian besar pada pengalaman pasien, terutama terkait diskriminasi, tekanan psikososial, kualitas hidup, hambatan akses, dan pengalaman memperoleh pelayanan kesehatan (Alselwi, 2023; Brüggemann *et al.*, 2025; Ferguson *et al.*, 2022; Goff *et al.*, 2023; Mollaoğlu & Yilmaz, 2025; Ociskova *et al.*, 2023; Sayed *et al.*, 2021; Vitriol *et al.*, 2025). Perspektif ini penting untuk menjelaskan beban stigma yang dialami pasien, tetapi belum sepenuhnya menjawab bagaimana stigma diproduksi dan dipertahankan dalam praktik pelayanan sehari-hari. Meskipun beberapa penelitian telah mengidentifikasi peran tenaga kesehatan dan lingkungan fasilitas pelayanan dalam proses stigmatisasi, analisis mengenai tenaga kesehatan sebagai aktor sosial yang membawa konstruksi budaya, persepsi psikologis, dan nilai-nilai institusional ke dalam interaksi platanna masih memerlukan pendalaman. Dengan

e-ISSN 2722-2440
p-ISSN 2721-7464

demikian, perhatian penelitian perlu diperluas dari stigma sebagai pengalaman pasien menuju stigma sebagai proses sosial yang juga terbentuk melalui sikap, komunikasi, keputusan, dan praktik profesional tenaga kesehatan.

Lebih jauh, masih terdapat ruang pengembangan dalam mengintegrasikan perspektif antropologi kesehatan, psikologi sosial, budaya organisasi, dan manajemen mutu pelayanan kesehatan ke dalam satu kerangka konseptual. Antropologi kesehatan dapat menjelaskan bagaimana stigma dikonstruksi melalui nilai, norma, makna penyakit, dan relasi kuasa; psikologi sosial membantu memahami proses stereotip, prasangka, dan kategorisasi sosial; budaya organisasi menjelaskan bagaimana nilai dan norma institusional memengaruhi perilaku tenaga kesehatan; sedangkan manajemen mutu memberikan landasan untuk menelaah implikasi stigma terhadap keadilan, keselamatan, responsivitas, dan kualitas pelayanan. Atas dasar kesenjangan tersebut, artikel ini menawarkan pendekatan multidisipliner yang memosisikan stigma sebagai fenomena sosial-organisasional dalam pelayanan kesehatan. Perspektif ini diharapkan dapat menjelaskan hubungan antara konstruksi sosial-budaya, proses psikologis tenaga kesehatan, budaya organisasi, dan praktik pelayanan, sekaligus memberikan landasan konseptual bagi pengembangan intervensi pengurangan stigma yang tidak hanya berorientasi pada perubahan individu, tetapi juga pada transformasi lingkungan dan sistem pelayanan kesehatan.

Berdasarkan kondisi tersebut, *research gap* dalam penelitian ini terletak pada belum terintegrasinya penjelasan konseptual mengenai mekanisme terbentuk dan direproduksinya stigma dalam pelayanan kesehatan pada empat tingkatan yang saling berkaitan. Pertama, pada tingkat individu, belum cukup dijelaskan bagaimana pengetahuan, persepsi, stereotip, dan prasangka tenaga kesehatan memengaruhi sikap serta perilaku mereka terhadap pasien. Kedua, pada tingkat sosial-budaya, belum sepenuhnya dipahami bagaimana nilai, norma, kepercayaan, dan konstruksi sosial mengenai penyakit membentuk penilaian tenaga kesehatan terhadap kelompok pasien tertentu. Ketiga, pada tingkat organisasi, masih diperlukan penjelasan mengenai bagaimana budaya kerja, kepemimpinan, kebijakan internal, dan pola interaksi profesional dapat mempertahankan atau memperkuat praktik stigmatisasi. Keempat, pada tingkat sistem pelayanan kesehatan, belum terjelaskan secara memadai bagaimana stigma berkaitan dengan tata kelola dan manajemen mutu, khususnya dalam aspek keadilan, responsivitas, keselamatan, dan kualitas pelayanan. Untuk mengisi kesenjangan tersebut, penelitian ini mengintegrasikan perspektif antropologi kesehatan, psikologi sosial, budaya organisasi, dan manajemen mutu pelayanan kesehatan ke dalam suatu kerangka konseptual yang menjelaskan keterkaitan antara faktor individu, sosial-budaya, organisasi, dan sistem pelayanan dalam pembentukan serta reproduksi stigma. Kerangka ini diharapkan dapat menjadi landasan bagi pengembangan strategi pengurangan stigma yang tidak hanya berorientasi pada perubahan pengetahuan dan sikap tenaga kesehatan, tetapi juga pada transformasi budaya organisasi dan perbaikan sistem pelayanan kesehatan secara berkelanjutan.

Berangkat dari kesenjangan tersebut, artikel ini menawarkan Model Transformasi Multilevel Pelayanan Kesehatan Bebas Stigma sebagai kontribusi konseptual yang mengintegrasikan perspektif antropologi kesehatan, psikologi sosial, budaya organisasi, dan manajemen mutu pelayanan kesehatan. Model ini menempatkan pengurangan stigma sebagai bagian dari strategi peningkatan mutu pelayanan melalui transformasi pada tingkat individu, organisasi, dan sistem pelayanan kesehatan. Dengan demikian, artikel ini tidak hanya menjelaskan mengapa tenaga kesehatan dapat menjadi sumber stigma, tetapi juga menawarkan kerangka konseptual yang dapat digunakan sebagai dasar pengembangan kebijakan, pendidikan tenaga kesehatan, maupun penelitian selanjutnya.

Berdasarkan uraian tersebut, artikel ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor yang menyebabkan tenaga kesehatan dapat menjadi sumber stigma dalam pelayanan kesehatan, menjelaskan dampaknya terhadap mutu pelayanan kesehatan, serta merumuskan model konseptual pengurangan stigma melalui perspektif antropologi kesehatan.

2. Metodologi

Artikel ini menggunakan pendekatan *narrative literature review* untuk menganalisis faktor-faktor yang menyebabkan tenaga kesehatan dapat menjadi sumber stigma dalam pelayanan kesehatan serta implikasinya terhadap mutu pelayanan kesehatan. Pendekatan ini dipilih karena memungkinkan integrasi berbagai teori dan hasil penelitian dari bidang antropologi kesehatan, psikologi sosial, budaya organisasi, dan manajemen mutu pelayanan kesehatan sehingga menghasilkan sintesis konseptual yang komprehensif (Baumeister & Leary, 1997; Green *et al*., 2006; Kalnytska *et al*., 2025; Schirmer, 2021).

Penelusuran literatur dilakukan melalui basis data PubMed, Scopus, Web of Science, dan Google Scholar dengan menggunakan kata kunci *health-related stigma, healthcare professionals, health anthropology, implicit bias, organizational culture, patient-centered care*, dan *healthcare quality*. Literatur yang diseleksi meliputi artikel ilmiah, buku akademik, dan dokumen resmi organisasi internasional yang dipublikasikan terutama pada periode 2015–2025, disertai beberapa referensi klasik yang menjadi landasan teoritis, seperti karya Goffman, Kleinman, Kahneman, dan Schein.

e-ISSN 2722-2440
p_ISSN 2721-7464

Analisis dilakukan menggunakan *conceptual thematic analysis*, yaitu mengidentifikasi tema-tema utama, mengelompokkan konsep yang saling berkaitan, kemudian mensintesis berbagai perspektif untuk menjelaskan hubungan antara bias individu, konstruksi sosial penyakit, budaya organisasi, dan sistem pelayanan kesehatan dalam pembentukan stigma (Braun & Clarke, 2021a, 2021b; George Saade *et al.*, 2025; Naeem *et al.*, 2023; Wilson, 2025). Hasil sintesis tersebut selanjutnya digunakan untuk menyusun Model Transformasi Multilevel Pelayanan Kesehatan Bebas Stigma sebagai kerangka konseptual yang ditawarkan dalam artikel ini.

Tabel 1. Sintesis Teori yang Mendukung Model Konseptual

Perspektif	Konsep Utama	Kontribusi terhadap Artikel
Psikologi Sosial	*Implicit* bias*, heuristics*	Menjelaskan mekanisme kognitif pembentukan stigma
Antropologi Kesehatan	*Disease–Illness–Sickness*	Menjelaskan makna sosial penyakit
Budaya Organisasi	*Organizational culture*	Menjelaskan pengaruh lingkungan kerja
Keselamatan Pasien	*Patient-centered care*	Menjelaskan dampak stigma terhadap mutu
Manajemen Mutu	*Quality improvement*	Dasar transformasi organisasi

3. Hasil dan Pembahasan

3.1. Mengapa Tenaga Kesehatan Dapat Menjadi Sumber Stigma dalam Pelayanan Kesehatan?

Hasil sintesis berbagai literatur menunjukkan bahwa stigma dalam pelayanan kesehatan merupakan fenomena multidimensional yang tidak semata-mata disebabkan oleh sikap negatif individu, tetapi terbentuk melalui interaksi antara faktor psikologis, konstruksi sosial mengenai penyakit, budaya organisasi, dan sistem pelayanan kesehatan. Dengan demikian, perilaku diskriminatif tenaga kesehatan tidak dapat dipahami hanya sebagai persoalan etik profesi, melainkan sebagai hasil dari proses sosial yang memengaruhi cara tenaga kesehatan berpikir, mengambil keputusan, dan berinteraksi dengan pasien.

Dari perspektif psikologi sosial, tenaga kesehatan bekerja dalam lingkungan yang menuntut pengambilan keputusan secara cepat sehingga sering menggunakan *heuristics* sebagai mekanisme penyederhanaan informasi (Kahneman, 2011; Stinespring, 2023). Meskipun mekanisme ini membantu efisiensi dalam praktik klinis, penggunaannya dapat memunculkan *implicit* bias, yaitu asosiasi otomatis yang terbentuk melalui pengalaman sosial tanpa disadari (Fürst, 2025; Greenwald & Krieger, 2006; Sabin, 2022). Bias implisit tersebut dapat memengaruhi cara tenaga kesehatan berkomunikasi, menilai kondisi pasien, maupun menentukan pilihan terapi. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa bias implisit berhubungan dengan rendahnya kualitas komunikasi terapeutik dan berkurangnya kepercayaan pasien terhadap tenaga kesehatan (Friedman *et al.*, 2022; Hall *et al.*, 2015; Sorice *et al.*, 2026; Vela *et al.*, 2022).

Selain dipengaruhi oleh proses kognitif, stigma juga dibentuk oleh proses atribusi terhadap penyebab penyakit. Penyakit yang dipersepsikan sebagai akibat perilaku individu, seperti HIV, obesitas, atau gangguan penggunaan zat, lebih sering dikaitkan dengan penilaian moral dibandingkan penyakit yang dianggap berada di luar kendali individu (Muharram *et al.*, 2025; Weiner, 1985). Penilaian tersebut dapat memengaruhi tingkat empati tenaga kesehatan sehingga pasien merasa dihakimi, bukan didukung. Kondisi ini berpotensi mengurangi keterbukaan pasien dalam menyampaikan informasi penting yang diperlukan dalam proses pelayanan.

Perspektif antropologi kesehatan memberikan penjelasan yang lebih luas mengenai fenomena tersebut. Kleinman membedakan konsep *disease, illness*, dan *sickness* untuk menjelaskan bahwa penyakit tidak hanya memiliki dimensi biologis, tetapi juga dimensi pengalaman pribadi dan makna sosial (Kleinman, 2017, 2023a). Tenaga kesehatan umumnya berorientasi pada aspek *disease,* sedangkan pasien mengalami penyakit sebagai *illness* yang dipengaruhi oleh kondisi psikologis, budaya, keluarga, dan lingkungan sosial. Pada saat yang sama, masyarakat membangun makna tertentu terhadap penyakit (*sickness*) yang dapat memunculkan stereotip dan diskriminasi. Perbedaan cara memaknai penyakit tersebut sering kali menjadi sumber kesalahpahaman dalam komunikasi terapeutik dan memperkuat pengalaman stigma pasien.

Di samping faktor individu, budaya organisasi juga berperan dalam membentuk perilaku tenaga kesehatan. Schein dan Schein (2021) menjelaskan bahwa budaya organisasi menentukan nilai, norma, dan pola perilaku yang berkembang di lingkungan kerja. Organisasi yang lebih berorientasi pada produktivitas dibandingkan pengalaman

e-ISSN 2722-2440
p-ISSN 2721-7464

pasien berpotensi mempertahankan penggunaan stereotip sebagai jalan pintas dalam pelayanan (Almahasneh *et al.*, 2023; Eisenberger *et al.*, 2020). Sebaliknya, budaya organisasi yang mendukung pembelajaran, kolaborasi, dan *psychological safety* mendorong tenaga kesehatan untuk merefleksikan bias serta meningkatkan kualitas hubungan terapeutik (Edmondson, 2018).

Temuan-temuan tersebut menunjukkan bahwa stigma dalam pelayanan kesehatan tidak muncul secara terpisah, melainkan merupakan hasil interaksi antara bias individu, konstruksi sosial penyakit, budaya organisasi, dan sistem pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, strategi pengurangan stigma memerlukan pendekatan yang tidak hanya meningkatkan kompetensi individu, tetapi juga memperbaiki lingkungan organisasi dan sistem pelayanan kesehatan secara menyeluruh.

3.2. Dampak Stigma terhadap Mutu Pelayanan Kesehatan

Hasil sintesis literatur menunjukkan bahwa stigma merupakan salah satu determinan mutu pelayanan kesehatan yang memengaruhi pengalaman pasien, efektivitas pelayanan klinis, dan kinerja sistem kesehatan secara keseluruhan. Dalam kerangka mutu pelayanan, WHO dan *Institute of Medicine* menegaskan bahwa pelayanan kesehatan yang berkualitas harus berpusat pada pasien, aman, efektif, berkeadilan, dan menghormati martabat setiap individu (Beigbeder, 2023; *Institute of Medicine*, 2001; *World Health Organization*, 2015, 2020, 2025). Oleh karena itu, munculnya stigma dalam interaksi antara tenaga kesehatan dan pasien tidak hanya menimbulkan persoalan etik, tetapi juga mengurangi pencapaian indikator mutu pelayanan kesehatan.

Dampak stigma umumnya diawali oleh menurunnya kepercayaan pasien terhadap tenaga kesehatan. Pengalaman menerima perlakuan diskriminatif atau kekhawatiran akan memperoleh penilaian negatif menyebabkan pasien cenderung menunda pemeriksaan, menyembunyikan informasi penting, bahkan menghindari fasilitas pelayanan kesehatan. Fenomena tersebut banyak ditemukan pada pasien dengan HIV, tuberkulosis, gangguan kesehatan jiwa, obesitas, maupun penyakit kronis lainnya (Mahajan *et al.*, 2008; Nyblade *et al.*, 2019; Thornicroft *et al.*, 2016). Akibatnya, diagnosis sering dilakukan pada stadium yang lebih lanjut sehingga memperburuk luaran klinis dan meningkatkan beban pembiayaan kesehatan.

Stigma juga berdampak pada melemahnya hubungan terapeutik (*therapeutic relationship*). Hubungan terapeutik merupakan fondasi pelayanan yang berpusat pada pasien karena menentukan tingkat kepercayaan, komunikasi, dan keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan. Ketika tenaga kesehatan menunjukkan stereotip, bahasa yang menghakimi, atau kurang menghargai pengalaman pasien, kualitas komunikasi menjadi menurun dan pasien cenderung memberikan informasi yang tidak lengkap. Kondisi tersebut meningkatkan risiko kesalahan diagnosis, keterlambatan terapi, serta menurunkan kepatuhan terhadap pengobatan (Feldthusen *et al.*, 2022; Fukami, 2024; Hall *et al.*, 2015; Mead & Bower, 2000; Ramond-Roquin *et al.*, 2015).

Dalam perspektif keselamatan pasien, stigma dapat memengaruhi proses *clinical reasoning*. Bias implisit yang tidak disadari berpotensi mengarahkan tenaga kesehatan pada *diagnostic overshadowing*, yaitu kecenderungan mengaitkan seluruh keluhan pasien dengan penyakit yang telah distigmatisasi sehingga kemungkinan diagnosis lain kurang dipertimbangkan. FitzGerald dan Hurst menjelaskan bahwa kondisi tersebut dapat memengaruhi ketepatan pengambilan keputusan klinis meskipun tenaga kesehatan memiliki kompetensi profesional yang memadai (Fitzgerald & Hurst, 2017).

Pada tingkat organisasi, praktik pelayanan yang mengandung stigma berdampak pada menurunnya kepuasan pasien, meningkatnya keluhan, serta melemahnya kepercayaan masyarakat terhadap institusi pelayanan kesehatan. Dalam jangka panjang, kondisi tersebut menghambat upaya peningkatan mutu pelayanan karena organisasi lebih sulit membangun budaya keselamatan pasien, kolaborasi antarprofesi, dan pelayanan yang berorientasi pada kebutuhan pasien. Dengan demikian, stigma tidak lagi dapat dipandang sebagai persoalan perilaku individu semata, tetapi sebagai indikator kualitas budaya organisasi pelayanan kesehatan.

Selain memengaruhi mutu pelayanan, stigma juga memperlebar ketimpangan kesehatan (*health inequities*). Kelompok rentan, seperti penyandang disabilitas, masyarakat berpenghasilan rendah, orang yang hidup dengan HIV, maupun penderita gangguan kesehatan jiwa, sering menghadapi stigma yang berlapis sehingga memiliki hambatan lebih besar dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas (Stangl *et al.*, 2019). Oleh karena itu, upaya mengurangi stigma memiliki kontribusi penting dalam mewujudkan pelayanan kesehatan yang lebih adil, inklusif, dan berpusat pada pasien.

Secara keseluruhan, hasil kajian menunjukkan bahwa stigma memengaruhi mutu pelayanan melalui serangkaian mekanisme yang saling berkaitan, mulai dari berkurangnya akses pelayanan, melemahnya komunikasi terapeutik, menurunnya akurasi pengambilan keputusan klinis, hingga meningkatnya ketidaksetaraan pelayanan kesehatan. Temuan ini menegaskan bahwa pengurangan stigma harus menjadi bagian integral dari strategi peningkatan mutu pelayanan kesehatan.

e-ISSN 2722-2440
p_ISSN 2721-7464

3.3 Membangun Pelayanan Kesehatan Bebas Stigma: Sebuah Model Transformasi Multilevel

Berdasarkan sintesis berbagai teori dan hasil penelitian, artikel ini mengusulkan Model Transformasi Multilevel Pelayanan Kesehatan Bebas Stigma sebagai pendekatan konseptual untuk mengurangi stigma dalam pelayanan kesehatan. Model ini berangkat dari pemahaman bahwa stigma merupakan hasil interaksi antara faktor individu, organisasi, dan sistem pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, perubahan yang hanya berfokus pada peningkatan pengetahuan tenaga kesehatan tidak cukup untuk menghasilkan perubahan perilaku yang berkelanjutan.

Tabel 2. Sintesis Literatur sebagai Dasar Pengembangan Model Transformasi Multilevel Pelayanan Kesehatan Bebas Stigma

No.	Literatur yang disintesis	Fokus kajian/kontribusi literatur	Hasil sintesis konseptual	Tingkat transformasi dalam model
1	Courtwright dan Turner (2010); Brüggemann *et al*. (2025)	Stigma terkait penyakit dan pengaruh konstruksi sosial terhadap pengalaman pasien.	Stigma terbentuk melalui pelabelan, persepsi sosial, ketakutan, dan penilaian terhadap kondisi kesehatan tertentu.	Sosial-budaya
2	Nyblade *et al*. (2019); Mgbako *et al*. (2022); Ferguson *et al*. (2022)	Stigma dan diskriminasi dalam fasilitas pelayanan kesehatan serta upaya pengurangannya.	Stigma tidak hanya terjadi di masyarakat, tetapi juga dapat berlangsung dalam interaksi pelayanan dan lingkungan institusi kesehatan.	Individu dan organisasi
3	Baltacı *et al*. (2021); Tadesse *et al*. (2024); van der Westhuizen *et al*. (2024); Maulidiah Junnatul Azizah Heru *et al*. (2024)	Stigma pada kelompok pasien dengan kondisi kesehatan tertentu.	Pemahaman mengenai stigma perlu mempertimbangkan konteks sosial, budaya, karakteristik penyakit, dan pengalaman kelompok pasien.	Sosial-budaya dan individu
4	Alselwi (2023); Goff *et al*. (2023); Sayed *et al*. (2021); Ociskova *et al*. (2023); Mollaoğlu dan Yilmaz (2025); Vitriol *et al*. (2025)	Dampak stigma terhadap pasien, termasuk pengalaman diskriminasi dan konsekuensi psikososial.	Praktik stigma dapat memengaruhi martabat pasien, kepercayaan terhadap tenaga kesehatan, akses, dan pengalaman memperoleh pelayanan.	Individu dan sistem pelayanan
5	Perspektif antropologi kesehatan dan konstruksi sosial stigma	Hubungan antara makna penyakit, nilai budaya, norma sosial, dan relasi kuasa.	Stigma perlu dipahami sebagai konstruksi sosial-budaya yang dapat memengaruhi cara tenaga kesehatan memandang dan memperlakukan pasien.	Sosial-budaya
6	Perspektif psikologi sosial tentang stereotip, prasangka, dan diskriminasi	Proses pembentukan persepsi, kategorisasi sosial, sikap, dan perilaku terhadap kelompok tertentu.	Perubahan praktik stigmatisasi membutuhkan intervensi terhadap pengetahuan, persepsi, prasangka, sikap, dan perilaku tenaga kesehatan.	Individu
7	Perspektif budaya organisasi	Pengaruh norma kerja, nilai institusi, kepemimpinan, dan pola interaksi terhadap perilaku anggota organisasi.	Stigma dapat dipertahankan melalui kebiasaan dan norma organisasi apabila tidak terdapat budaya kerja yang inklusif dan nondiskriminatif.	Organisasi
8	Perspektif manajemen mutu pelayanan kesehatan	Tata kelola, standar pelayanan, keselamatan, keadilan, responsivitas, dan evaluasi mutu.	Pengurangan stigma perlu menjadi bagian dari sistem pengelolaan dan peningkatan mutu pelayanan, bukan hanya	Sistem pelayanan

e-ISSN 2722-2440
p-ISSN 2721-7464

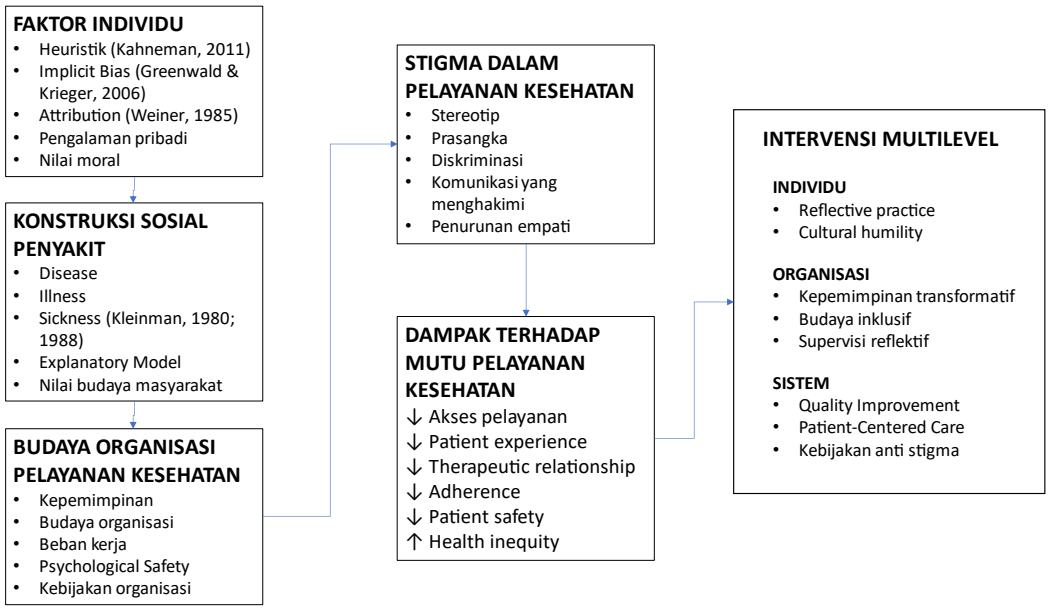
			program pendidikan individual.	
9	Sintesis keseluruhan literatur	Integrasi aspek individu, sosial-budaya, organisasi, dan sistem pelayanan.	Transformasi pelayanan kesehatan bebas stigma memerlukan perubahan yang saling terhubung pada seluruh tingkatan tersebut.	Multilevel dan terintegrasi

Pada tingkat individu, transformasi diarahkan pada pengembangan refleksi diri, pengenalan terhadap implicit bias, serta penerapan *cultural humility* dalam praktik pelayanan. Pendekatan ini mendorong tenaga kesehatan untuk memahami bahwa setiap pasien memiliki latar belakang budaya, pengalaman hidup, dan cara memaknai penyakit yang berbeda. Kemampuan mendengarkan pengalaman pasien dan membangun komunikasi empatik menjadi prasyarat utama dalam mewujudkan pelayanan yang berpusat pada pasien.

Pada tingkat organisasi, transformasi dilakukan melalui penguatan budaya organisasi yang inklusif, kepemimpinan yang mendukung pembelajaran, serta penciptaan lingkungan kerja yang memiliki *psychological safety*. Organisasi juga perlu mengintegrasikan indikator anti-stigma ke dalam program peningkatan mutu, misalnya melalui evaluasi pengalaman pasien, pelaporan perilaku diskriminatif, dan pengembangan komunikasi antarprofesi. Dengan demikian, pengurangan stigma menjadi bagian dari sistem manajemen mutu, bukan sekadar kegiatan pelatihan yang bersifat insidental.

Pada tingkat sistem pelayanan kesehatan, transformasi dilakukan melalui penguatan kebijakan yang mendukung pelayanan berpusat pada pasien, pengembangan kurikulum pendidikan tenaga kesehatan yang memasukkan kompetensi budaya dan komunikasi empatik, serta integrasi indikator pelayanan bebas stigma ke dalam standar akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan. Pendekatan ini sejalan dengan strategi WHO mengenai *people-centred health services* yang menempatkan pengalaman pasien sebagai salah satu indikator utama kualitas pelayanan kesehatan.

Model yang diusulkan menegaskan bahwa transformasi pada ketiga tingkat tersebut harus berlangsung secara terpadu. Perubahan perilaku individu akan sulit dipertahankan tanpa dukungan budaya organisasi, sedangkan perubahan organisasi memerlukan kebijakan sistem yang konsisten. Dengan demikian, pelayanan kesehatan bebas stigma hanya dapat diwujudkan melalui transformasi yang melibatkan tenaga kesehatan, organisasi pelayanan, dan sistem kesehatan secara simultan. Model konseptual ini memberikan kerangka teoritis bagi pengembangan kebijakan, pendidikan tenaga kesehatan, serta penelitian empiris mengenai strategi pengurangan stigma dalam pelayanan kesehatan.



Gambar 1. Model Transformasi Multilevel Pelayanan Kesehatan Bebas Stigma

Dibandingkan dengan *Health Stigma and Discrimination Framework* yang dikembangkan Stangl *et al*. (2019), model ini memiliki titik tekan yang berbeda. HSDF terutama menjelaskan faktor pendorong, proses stigmatisasi, manifestasi, dan konsekuensi stigma dalam berbagai kondisi kesehatan. Model Transformasi Multilevel Pelayanan Kesehatan Bebas Stigma melanjutkan perspektif tersebut dengan menempatkan transformasi organisasi dan

e-ISSN 2722-2440
p_ISSN 2721-7464

manajemen mutu sebagai bagian integral dari strategi perubahan. Dengan demikian, perhatian tidak hanya diarahkan pada bagaimana stigma terbentuk dan berdampak terhadap pasien, tetapi juga pada bagaimana fasilitas pelayanan dapat mengubah kondisi yang memungkinkan stigma dipertahankan dalam praktik sehari-hari.

Model ini juga memiliki keterkaitan dengan pendekatan intervensi multilevel yang dikaji Rao *et al*. (2019). Pendekatan tersebut menunjukkan pentingnya intervensi pada berbagai tingkatan, tetapi juga mengidentifikasi masih terbatasnya penelitian yang mengintegrasikan intervensi struktural dengan tingkatan lainnya. Dalam konteks tersebut, model yang diusulkan memberikan penekanan pada keterhubungan antara perubahan perilaku tenaga kesehatan, transformasi budaya organisasi, dan penguatan sistem mutu pelayanan. Pengembangan ini juga sejalan dengan rekomendasi Nyblade *et al*. (2019) mengenai pentingnya melibatkan berbagai kategori tenaga kesehatan serta mengatasi faktor individual dan struktural dalam pengurangan stigma di fasilitas pelayanan kesehatan.

Keunggulan konseptual model ini terletak pada integrasi empat perspektif keilmuan yang memiliki fungsi analitis berbeda. Antropologi kesehatan digunakan untuk menjelaskan konstruksi sosial-budaya, makna penyakit, dan relasi kuasa yang memengaruhi pemaknaan terhadap pasien. Psikologi sosial menjelaskan bagaimana stereotip, prasangka, dan kategorisasi sosial berkembang menjadi sikap serta perilaku diskriminatif. Perspektif budaya organisasi digunakan untuk memahami bagaimana norma kerja, kepemimpinan, kebijakan, dan praktik institusional dapat mempertahankan atau mengubah perilaku stigmatisasi. Sementara itu, manajemen mutu pelayanan kesehatan memberikan kerangka untuk mengintegrasikan prinsip nondiskriminasi ke dalam standar pelayanan, pengawasan, evaluasi, dan perbaikan berkelanjutan.

Dalam penerapannya, model ini dapat dimulai melalui diagnosis stigma di fasilitas pelayanan kesehatan dengan mengidentifikasi persepsi tenaga kesehatan, pengalaman pasien, pola interaksi, budaya kerja, kebijakan internal, dan indikator mutu pelayanan. Hasil diagnosis tersebut menjadi dasar penyusunan intervensi yang mencakup pendidikan reflektif, penguatan komunikasi empatik, pelibatan pasien, pengembangan kebijakan nondiskriminasi, serta integrasi indikator bebas stigma dalam sistem manajemen mutu. Pelaksanaan intervensi kemudian dievaluasi secara berkala untuk mengetahui perubahan pada tingkat individu, interaksi sosial, organisasi, dan sistem pelayanan. Kerangka implementasi seperti CFIR dapat digunakan untuk mengidentifikasi faktor pendukung dan penghambat penerapan model, sedangkan RE-AIM dapat dimanfaatkan untuk menilai jangkauan, efektivitas, adopsi, implementasi, dan keberlanjutan program (Damschroder *et al*., 2009; Glasgow *et al*., 1999).

Meskipun menawarkan integrasi konseptual yang lebih luas, model ini memiliki keterbatasan karena masih memerlukan pengujian empiris untuk memastikan hubungan antartingkat transformasi, kesesuaian indikator, dan efektivitas strategi intervensi pada berbagai konteks pelayanan kesehatan. Implementasinya juga memerlukan dukungan kepemimpinan, sumber daya, partisipasi pasien, dan komitmen organisasi dalam jangka panjang. Oleh karena itu, model ini perlu dipandang sebagai kerangka konseptual yang dapat diuji, disempurnakan, dan diadaptasi sesuai karakteristik fasilitas pelayanan kesehatan. Kontribusi utamanya terletak pada upaya menghubungkan pengurangan stigma dengan transformasi budaya organisasi dan sistem manajemen mutu, sehingga pelayanan bebas stigma tidak hanya menjadi komitmen etis tenaga kesehatan, tetapi juga menjadi bagian dari tata kelola dan praktik pelayanan kesehatan secara berkelanjutan.

4. Kesimpulan & Rekomendasi

4.1. Kesimpulan

Stigma dalam pelayanan kesehatan merupakan fenomena multidimensional yang tidak hanya dipengaruhi oleh karakteristik individu tenaga kesehatan, tetapi juga oleh konstruksi sosial mengenai penyakit, budaya organisasi, dan sistem pelayanan kesehatan. Melalui perspektif antropologi kesehatan, artikel ini menunjukkan bahwa stigma muncul sebagai hasil interaksi antara bias implisit, makna sosial penyakit, serta lingkungan organisasi yang membentuk cara tenaga kesehatan memahami dan memperlakukan pasien. Dengan demikian, stigma tidak dapat dipandang semata-mata sebagai persoalan etik individu, melainkan sebagai bagian dari dinamika sosial dan organisasi yang memengaruhi mutu pelayanan kesehatan.

Hasil sintesis literatur memperlihatkan bahwa stigma berdampak pada menurunnya akses pelayanan, melemahnya hubungan terapeutik, berkurangnya kepatuhan terhadap pengobatan, meningkatnya risiko keselamatan pasien, serta memperlebar ketimpangan pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, pengurangan stigma perlu menjadi bagian dari strategi peningkatan mutu pelayanan (*quality improvement*) yang berorientasi pada keselamatan pasien, keadilan pelayanan, dan pelayanan yang berpusat pada pasien.

Kontribusi utama artikel ini adalah pengembangan Model Transformasi Multilevel Pelayanan Kesehatan Bebas Stigma, yang menempatkan transformasi pada tingkat individu, organisasi, dan sistem pelayanan kesehatan sebagai satu kesatuan yang saling mendukung. Model ini memperluas perspektif mengenai stigma dengan mengintegrasikan teori psikologi sosial, antropologi kesehatan, budaya organisasi, dan manajemen mutu

e-ISSN 2722-2440
p-ISSN 2721-7464

pelayanan kesehatan ke dalam satu kerangka konseptual. Kerangka tersebut diharapkan dapat menjadi dasar bagi pengembangan kebijakan, pendidikan tenaga kesehatan, serta penelitian empiris mengenai strategi pelayanan kesehatan yang lebih inklusif, bermutu, dan berpusat pada pasien.

4.2. Rekomendasi

Pengurangan stigma perlu diintegrasikan ke dalam pendidikan tenaga kesehatan melalui penguatan kompetensi *cultural humility*, komunikasi empatik, dan refleksi terhadap *implicit* bias. Di tingkat organisasi, fasilitas pelayanan kesehatan perlu membangun budaya kerja yang inklusif dengan menjadikan pengalaman pasien dan perilaku bebas stigma sebagai bagian dari indikator mutu pelayanan. Pada tingkat sistem, kebijakan kesehatan dan standar akreditasi perlu memasukkan indikator pelayanan bebas stigma sebagai bagian dari upaya mewujudkan pelayanan kesehatan yang berkeadilan dan berpusat pada pasien. Penelitian selanjutnya disarankan untuk menguji Model Transformasi Multilevel yang diajukan melalui studi empiris pada berbagai jenis fasilitas pelayanan kesehatan.

Ucapan Terima Kasih

Penulis menyampaikan apresiasi kepada seluruh akademisi, peneliti, dan praktisi kesehatan yang melalui berbagai hasil penelitian telah memberikan kontribusi terhadap pengembangan ilmu pengetahuan mengenai stigma dalam pelayanan kesehatan. Berbagai literatur tersebut menjadi landasan penting dalam penyusunan kajian konseptual ini serta diharapkan dapat mendorong pengembangan pelayanan kesehatan yang lebih manusiawi, inklusif, dan berorientasi pada peningkatan mutu pelayanan.

Daftar Referensi

Almahasneh, Y. A. S., Rahman, M. S. B. A., Omar, K. B., & Zulkiffli, S. N. A. (2023). The Impact of Organizational Culture and Leadership Styles on The Performance of Public Organizations. *Corporate Governance and Organizational Behavior Review*, *7*(1). https://doi.org/10.22495/cgobrv7i1p15

Alselwi, K. A. (2023). Understanding tuberculosis-related stigma: Impacts on patients, contacts, and society – A mixed study. *Indian Journal of Medical Sciences*, *76*. https://doi.org/10.25259/ijms_158_2023

Baltacı, M., Arslan, S., Nemnezi, S., & Demirel, Y. (2021). The Analiysis of Stigma and Discrimination in Tuberculosis Patients. *Journal of İzmir Chest Hospital*. https://doi.org/10.5222/igh.2021.57966

Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1997). Writing narrative literature reviews. *Review of General Psychology*, *1*(3). https://doi.org/10.1037/1089-2680.1.3.311

Beigbeder, Y. (2023). The World Health Organization. In *The World Health Organization*. https://doi.org/10.2307/jj.5666715.6

Braun, V., & Clarke, V. (2021a). Conceptual and design thinking for thematic analysis. Qualitative Psychology. *Qualitative Psychology, 9*(1).

Braun, V., & Clarke, V. (2021b). Conceptual and Design Thinking for Thematic Analysis. *Qualitative Psychology*, *9*(1). https://doi.org/10.1037/qup0000196

Brüggemann, R., Schlumberger, F., Chinshailo, F., Willis, M., Kadyrov, A., Kalmambetova, G., Chen, M., Unterkircher, S. C. W., Moidunova, N., Sydykova, A., & Fastenau, A. (2025). Stigmatization and discrimination of female tuberculosis patients in Kyrgyzstan – a phenomenological study. *International Journal for Equity in Health*, *24*(1). https://doi.org/10.1186/s12939-025-02566-4

Courtwright, A., & Turner, A. N. (2010). Tuberculosis and stigmatization: Pathways and interventions. *Public Health Reports*, *125*(SUPPL. 4). https://doi.org/10.1177/00333549101250s407

Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. Implementation Science, 4, 50. https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50

Edmondson, A. C. (2018). The Fearless Organization: Creating Psychological Safety in the Workplace for Learning, Innovation, and Growth. *The Fearless Organization*, *1*(1).

Eisenberger, R., Rhoades Shanock, L., & Wen, X. (2020). Perceived Organizational Support: Why Caring about Employees Counts. In *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior* (Vol. 7). https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-012119-044917

Endalamaw, A., Khatri, R. B., Erku, D., Nigatu, F., Zewdie, A., Wolka, E., & Assefa, Y. (2023). Successes and challenges towards improving quality of primary health care services: a scoping review. *BMC Health Services Research*, *23*(1). https://doi.org/10.1186/s12913-023-09917-3

e-ISSN 2722-2440
p_ISSN 2721-7464
Falade-Fatila, O., & Adebayo, A. M. (2020). Male partners' involvement in pregnancy related care among married men in Ibadan, Nigeria. *Reproductive Health*, *17*(1). https://doi.org/10.1186/s12978-020-0850-2

Feldthusen, C., Forsgren, E., Wallström, S., Andersson, V., Löfqvist, N., Sawatzky, R., Öhlén, J., & J. Ung, E. (2022). Centredness in health care: A systematic overview of reviews. In *Health Expectations* (Vol. 25, Issue 3). https://doi.org/10.1111/hex.13461

Ferguson, L., Gruskin, S., Bolshakova, M., Yagyu, S., Fu, N., Cabrera, N., Rozelle, M., Kasoka, K., Oraro-Lawrence, T., Stackpool-Moore, L., Motala, A., & Hempel, S. (2022). Frameworks and measures for HIV-related internalized stigma, stigma and discrimination in healthcare and in laws and policies: a systematic review. In *Journal of the International AIDS Society* (Vol. 25, Issue S1). https://doi.org/10.1002/jia2.25915

Fitzgerald, C., & Hurst, S. (2017). Implicit bias in healthcare professionals: A systematic review. *BMC Medical Ethics*, *18*(1). https://doi.org/10.1186/s12910-017-0179-8

Friedman, S. R., Williams, L. D., Guarino, H., Mateu-Gelabert, P., Krawczyk, N., Hamilton, L., Walters, S. M., Ezell, J. M., Khan, M., Di Iorio, J., Yang, L. H., & Earnshaw, V. A. (2022). The stigma system: How sociopolitical domination, scapegoating, and stigma shape public health. *Journal of Community Psychology*, *50*(1). https://doi.org/10.1002/jcop.22581

Fukami, T. (2024). Enhancing Healthcare Accountability for Administrators: Fostering Transparency for Patient Safety and Quality Enhancement. *Cureus*. https://doi.org/10.7759/cureus.66007

Fürst, M. (2025). Implicit bias and qualiefs. *Inquiry (United Kingdom)*, *68*(10). https://doi.org/10.1080/0020174X.2023.2217561

George Saade, R., Zhang, X., Yu, C., & Yao, J. (2025). A Thematic Analysis, Definition, and a Green Aviation Conceptual Model—Putting It All Together. *Sustainability (Switzerland)*, *17*(2). https://doi.org/10.3390/su17020564

Glasgow, R. E., Vogt, T. M., & Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: The RE-AIM framework. American Journal of Public Health, 89(9), 1322–1327. https://doi.org/10.2105/AJPH.89.9.1322

Goff, A. J., Lee, Y., & Tham, K. W. (2023). Weight bias and stigma in healthcare professionals: A narrative review with a Singapore lens. In *Singapore Medical Journal* (Vol. 64, Issue 3). https://doi.org/10.4103/singaporemedj.SMJ-2022-229

Green, B. N., Johnson, C. D., & Adams, A. (2006). Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *Journal of Chiropractic Medicine*, *5*(3). https://doi.org/10.1016/S0899-3467(07)60142-6

Greenwald, A. G., & Krieger, L. H. (2006). Implicit bias: Scientific foundations. *California Law Review*, *94*(4). https://doi.org/10.2307/20439056

Hall, W. J., Chapman, M. V., Lee, K. M., Merino, Y. M., Thomas, T. W., Payne, B. K., Eng, E., Day, S. H., & Coyne-Beasley, T. (2015). Implicit racial/ethnic bias among health care professionals and its influence on health care outcomes: A systematic review. In *American Journal of Public Health* (Vol. 105, Issue 12). https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302903

Institute of Medicine. (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century - Institute of Medicine. *Institute of Medicine*, *March*.

Kahneman, D. (2011). Thinking, Fast and Slow Daniel. *Australasian Psychiatry*, *25*(3).

Kalnytska, V. B., Korneyko, I. V., Petrova, O. B., & Krainenko, O. V. (2025). GENERATIVE AI IN L2 WRITING INSTRUCTION: A NARRATIVE LITERATURE REVIEW. *Innovate Pedagogy*, *2*(85). https://doi.org/10.32782/ip/85.2.40

Kleinman, A. (2017). The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition: [Excerpt]. In *Academic Medicine* (Vol. 92, Issue 10). https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001864

Kleinman, A. (2023a). Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. In *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. https://doi.org/10.2307/2068995

Kleinman, A. (2023b). Patients and Healers in the Context of Culture. In *Patients and Healers in the Context of Culture*. https://doi.org/10.2307/jj.2711689

e-ISSN 2722-2440
p-ISSN 2721-7464

Lambrini Kourkouta, Christos Iliadis, Christos Sialakis, Theodoula Adamakidou, Petros Ouzounakis, & Christos Kleisiaris. (2021). Quality of health services. *World Journal of Advanced Research and Reviews*, *12*(1). https://doi.org/10.30574/wjarr.2021.12.1.0555

Mahajan, A. P., Sayles, J. N., Patel, V. A., Remien, R. H., Sawires, S. R., Ortiz, D. J., Szekeres, G., & Coates, T. J. (2008). Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. In *AIDS (London, England): Vol. 22 Suppl 2*. https://doi.org/10.1097/01.aids.0000327438.13291.62

Mahpara, Sobia Sikander, & Yasra Sani. (2025). Stigma and Social Structures: A Goffmanian Analysis of Identity Formation in Almond. *The Critical Review of Social Sciences Studies*, *3*(3). https://doi.org/10.59075/tga7h262

Maulidiah Junnatul Azizah Heru, Jatimi, A., & Hidayat, M. (2024). Stigma Pada Penderita HIV/AIDS: A Systematic Review. *Indonesian Health Science Journal*, *3*(2). https://doi.org/10.52298/ihsj.v3i2.43

Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine*, *51*(7). https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8

Mgbako, O., Conard, R., Mellins, C. A., Dacus, J. devasri, & Remien, R. H. (2022). A Systematic Review of Factors Critical for HIV Health Literacy, ART Adherence and Retention in Care in the U.S. for Racial and Ethnic Minorities. In *AIDS and Behavior* (Vol. 26, Issue 11). https://doi.org/10.1007/s10461-022-03680-y

Mollaoğlu, M., & Yilmaz, M. (2025). The impact of stigma on quality of life in patients with epilepsy. *Social Neuroscience*, *20*(2). https://doi.org/10.1080/17470919.2025.2536572

Muharram, K. A., Ikhsan, I., Anam, K. S., Zulviah, S., & Maulida, A. (2025). Analisis Bibliometrik: Tren penelitian dan publikasi teori atribusi. *Comdent: Communication Student Journal*, *2*(1). https://doi.org/10.24198/comdent.v2i1.55673

Naeem, M., Ozuem, W., Howell, K., & Ranfagni, S. (2023). A Step-by-Step Process of Thematic Analysis to Develop a Conceptual Model in Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, *22*. https://doi.org/10.1177/16094069231205789

Nyblade, L., Stockton, M. A., Giger, K., Bond, V., Ekstrand, M. L., Lean, R. M., Mitchell, E. M. H., Nelson, L. R. E., Sapag, J. C., Siraprapasiri, T., Turan, J., & Wouters, E. (2019). Stigma in health facilities: Why it matters and how we can change it. *BMC Medicine*, *17*(1). https://doi.org/10.1186/s12916-019-1256-2

Ociskova, M., Prasko, J., Holubova, M., Latalova, K., Sollar, T., Zatkova, M., Slepecky, M., & Bocek, J. (2023). Self-stigma in patients with schizophrenia: Impact and management. In *Neuro endocrinology letters* (Vol. 44, Issue 6).

Ramond-Roquin, A., Bouton, C., Bègue, C., Petit, A., Roquelaure, Y., & Huez, J. F. (2015). Psychosocial risk factors, interventions, and comorbidity in patients with non-specific low back pain in primary care: Need for comprehensive and patient-centered care. In *Frontiers in Medicine*. https://doi.org/10.3389/fmed.2015.00073

Rao, D., Elshafei, A., Nguyen, M., Hatzenbuehler, M. L., Frey, S., & Go, V. F. (2019). A systematic review of multi-level stigma interventions: State of the science and future directions. BMC Medicine, 17, 41. https://doi.org/10.1186/s12916-018-1244-y

Sabin, J. A. (2022). Tackling Implicit Bias in Health Care. *New England Journal of Medicine*, *387*(2). https://doi.org/10.1056/nejmp2201180

Sayed, T. A., Ali, M. M., & Hadad, S. (2021). Risk factors and impact of stigma on psychiatric patients in Sohag. *Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*, *57*(1). https://doi.org/10.1186/s41983-021-00403-3

Schein, E. H., & Schein, P. A. (2021). *Organizational culture and leadership* (5th ed.). Wiley.

Schirmer, B. R. (2021). Writing a Literature Review Narrative. *International Journal of Education*, *13*(2). https://doi.org/10.5296/ije.v13i2.18591

Sorice, V., Mortimore, G., Faghy, M., Sorice, R., & Tegally, D. (2026). The Perpetual Cycle of Racial Bias in Healthcare and Healthcare Education: A Systematic Review. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, *13*(3). https://doi.org/10.1007/s40615-025-02417-6

Spiegel, T. J. (2025). Implicit Bias about Implicit Bias: A Gadamerian Perspective. *Topoi*, *44*(4). https://doi.org/10.1007/s11245-024-10133-9

e-ISSN 2722-2440
p_ISSN 2721-7464
Stangl, A. L., Earnshaw, V. A., Logie, C. H., Van Brakel, W., Simbayi, L. C., Barré, I., & Dovidio, J. F. (2019). The Health Stigma and Discrimination Framework: A global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Medicine*, *17*(1). https://doi.org/10.1186/s12916-019-1271-3

Stinespring, J. R. (2023). Re-Thinking Fast and Slow. *Economic Thought*, *11*(1).

Tadesse, G., Rtbey, G., Andualem, F., Takelle, G. M., Melkam, M., Abate, A. T., Wassie, Y. A., Alemayehu, T. T., Geremew, G. W., Dires, E. A., Tinsae, T., Fentahun, S., & Nakie, G. (2024). HIV-related perceived stigma and internalized stigma among people living with HIV/AIDS in Africa: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, *19*(10 October). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0309231

Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., Koschorke, M., Shidhaye, R., O'Reilly, C., & Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. In *The Lancet* (Vol. 387, Issue 10023). https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00298-6

UNAIDS. (2015). Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents. *World Health Organization*, *1*.

van der Westhuizen, H. M., Ehrlich, R., Somdyala, N., Greenhalgh, T., Tonkin-Crine, S., & Butler, C. C. (2024). Stigma relating to tuberculosis infection prevention and control implementation in rural health facilities in South Africa — a qualitative study outlining opportunities for mitigation. *BMC Global and Public Health*, *2*(1). https://doi.org/10.1186/s44263-024-00097-8

Vela, M. B., Erondu, A. I., Smith, N. A., Peek, M. E., Woodruff, J. N., & Chin, M. H. (2022). Eliminating Explicit and Implicit Biases in Health Care: Evidence and Research Needs. In *Annual Review of Public Health* (Vol. 43). https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-052620-103528

Vitriol, J. A., Hunger, J. M., Magerman, A., LaMoreaux, B., & Edwards, L. (2025). Clinical bias and gout: How stigma impacts patient care. *Social Science and Medicine*, *384*. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.118466

Warr, M., Oster, N. J., & Isaac, R. (2025). Implicit bias in large language models: Experimental proof and implications for education. *Journal of Research on Technology in Education*, *57*(6). https://doi.org/10.1080/15391523.2024.2395295

Weiner, B. (1985). An Attributional Theory of Achievement Motivation and Emotion. *Psychological Review*, *92*(4). https://doi.org/10.1037/0033-295X.92.4.548

Wilson, J. (2025). Interpretive Description and Reflexive Thematic Analysis: Exploring Conceptual Coherence and Methodological Integrity. *Qualitative Health Research*. https://doi.org/10.1177/10497323251378303

World Health Organization. (2015). Global Strategy on People-Centred Integrated Health Services: Interim Report. *WHO Global Strategy on People-Centred and Integrated Health Services*.

World Health Organization. (2020). QUALITY HEALTH SERVICES A PLANNING GUIDE. *World Health Organization*, *July*.

World Health Organization. (2025). *Quality health services: Key facts*. World Health Organization.