



## **Rancang Bangun Program Psikoedukasi dan Pertolongan Pertama Psikologis (Psychological First Aid) Berbasis Digital sebagai Bentuk Pengabdian di Lingkungan Kampus**

<sup>1</sup>Didin Pratama, <sup>2</sup>Amikratunnisyah

<sup>1,2</sup>Insitut Pendidikan Nusantara Global, Lombok Tengah, Indonesia

Corresponding Author: didinprat4ma@gmail.com

### **Article History:**

Received: 05-05-2025

Revised: 19-05-2025

Accepted: 29-06-2026

**Keywords:** Kesehatan Mental Mahasiswa, Literasi Kesehatan Mental, Pertolongan Pertama Psikologis (PFA), Platform Digital Kampus, Destigmatisasi.

**Abstract:** Lingkungan perguruan tinggi menghadapi tantangan serius terkait kesehatan mental mahasiswa dan sivitas akademika, diperparah oleh tekanan akademik dan transisi sosial. Upaya dukungan seringkali terhambat oleh stigma, akses terbatas, dan kurangnya pemahaman tentang pertolongan pertama pada krisis psikologis. Menjawab isu krusial ini, artikel konseptual ini mengusulkan sebuah rancang bangun program pengabdian masyarakat bernama "LENTERA KAMPUS". Ini adalah model terintegrasi berbasis digital yang dirancang untuk secara proaktif meningkatkan literasi kesehatan mental dan membangun sistem dukungan yang responsif di kampus. Rancang bangun "LENTERA KAMPUS" terdiri dari empat komponen utama yang saling bersinergi. Pertama, platform digital (microsite) yang berfungsi sebagai pusat informasi psikoedukasi kredibel, menyediakan artikel, video, dan alat asesmen mandiri mengenai stres, kecemasan, dan depresi. Kedua, pengembangan modul pelatihan online "Pertolongan Pertama Psikologis" (PFA) tersertifikasi bagi dosen wali, staf, dan pimpinan organisasi mahasiswa, fokus pada prinsip Look, Listen, and Link untuk intervensi dini. Ketiga, perancangan alur rujukan (referral pathway) sistematis dan rahasia dari platform digital ke layanan konseling profesional universitas. Keempat, strategi kampanye destigmatisasi komprehensif dengan tagar #KampusPeduliJiwa untuk menormalisasi percakapan dan mendorong pencarian bantuan. Artikel ini diharapkan menjadi panduan holistik bagi perguruan tinggi dalam mengembangkan sistem dukungan kesehatan mental yang efektif, terukur, dan berbasis teknologi, guna menciptakan ekosistem belajar yang lebih sehat dan suportif.

© 2025 SWARNA: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat

### **PENDAHULUAN**

Perguruan tinggi secara historis dipandang sebagai "menara gading"—sebuah pusat keunggulan intelektual dan pencapaian akademik. Namun, di balik citra prestisius tersebut, tersembunyi sebuah krisis senyap yang semakin mengkhawatirkan: meningkatnya prevalensi masalah kesehatan mental di kalangan mahasiswa dan seluruh sivitas akademika. Data dari berbagai belahan dunia secara konsisten menunjukkan bahwa populasi mahasiswa mengalami tingkat stres, kecemasan, dan depresi yang lebih tinggi

dibandingkan dengan populasi umum. Sebuah studi global oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) yang melibatkan ribuan mahasiswa di berbagai negara menemukan bahwa sekitar sepertiga dari responden melaporkan gejala yang konsisten dengan gangguan mental (Auerbach et al., 2018).

Kondisi ini diperparah oleh berbagai faktor tekanan yang unik dalam ekosistem kampus. Mahasiswa, terutama di tahun-tahun awal, dihadapkan pada "badai sempurna" dari berbagai stresor: tekanan untuk mencapai prestasi akademik yang tinggi, adaptasi dengan lingkungan sosial baru yang jauh dari sistem dukungan keluarga, ketidakpastian mengenai prospek karier di masa depan, serta tekanan finansial. Di era digital, tantangan ini semakin diperkuat oleh paparan konstan terhadap media sosial, yang seringkali memicu perbandingan sosial yang tidak sehat dan *cyberbullying*. Bagi dosen dan staf, tuntutan kinerja, beban kerja administratif, dan kewajiban untuk terus berinovasi juga berkontribusi pada tingkat stres dan risiko *burnout* yang signifikan (Eisenberg, Gollust, Golberstein, & Hefner, 2007).

Pandemi COVID-19 yang melanda dunia beberapa waktu lalu telah berfungsi sebagai akselerator krisis ini. Isolasi sosial yang berkepanjangan, transisi mendadak ke pembelajaran daring, serta kecemasan akan kesehatan dan masa depan telah meninggalkan luka psikologis yang mendalam bagi banyak anggota komunitas kampus. Fenomena ini menegaskan bahwa kesehatan mental bukanlah isu sekunder, melainkan fondasi fundamental yang menopang keberhasilan akademik, produktivitas kerja, dan kesejahteraan secara keseluruhan di lingkungan perguruan tinggi. Mengabaikan krisis ini sama artinya dengan membiarkan potensi terbaik dari sumber daya manusia di kampus terkikis secara perlahan (Lipson, Lattie, & Eisenberg, 2019).

Meskipun kesadaran akan pentingnya kesehatan mental mulai meningkat, sistem dukungan yang ada di banyak perguruan tinggi seringkali belum memadai untuk menjawab skala dan kompleksitas masalah. Terdapat beberapa kesenjangan kritis yang menjadi penghalang utama. Pertama adalah stigma yang masih melekat kuat. Isu kesehatan mental sering dianggap sebagai tanda kelemahan pribadi atau aib, sehingga banyak individu yang mengalami kesulitan enggan untuk membuka diri atau mencari bantuan karena takut dihakimi, dicap, atau bahkan dikucilkan. Stigma ini menciptakan budaya diam (*culture of silence*) yang sangat berbahaya, di mana penderitaan psikologis dialami dalam kesendirian (Corrigan, 2004).

Kesenjangan kedua adalah keterbatasan aksesibilitas dan skalabilitas layanan. Unit layanan konseling profesional yang ada di kampus seringkali memiliki jumlah konselor atau psikolog yang terbatas, tidak sebanding dengan jumlah mahasiswa yang ribuan. Hal ini menyebabkan antrean panjang, waktu tunggu yang lama, dan jam layanan yang terbatas, sehingga tidak dapat memberikan respons cepat bagi mereka yang membutuhkan dukungan segera. Keterbatasan ini membuat layanan profesional lebih berfungsi sebagai penanganan kuratif untuk kasus yang sudah parah, daripada sebagai upaya pencegahan dan intervensi dini yang lebih luas jangkauannya (Hunt & Eisenberg, 2010).

Kesenjangan ketiga, dan yang tidak kalah penting, adalah rendahnya literasi kesehatan mental di kalangan komunitas kampus itu sendiri. Banyak mahasiswa, dosen, dan staf yang tidak memiliki pengetahuan dasar untuk mengenali tanda-tanda awal dari tekanan psikologis (baik pada diri sendiri maupun pada orang lain), tidak mengetahui cara memberikan dukungan awal yang tepat, dan tidak tahu ke mana harus merujuk jika menemukan kasus yang membutuhkan penanganan profesional. Akibatnya, banyak individu yang berada dalam kesulitan "jatuh di antara celah-celah" sistem, tidak terdeteksi dan tidak tertolong hingga kondisi mereka memburuk. Ketiadaan "pertolongan pertama"

di tingkat komunitas ini membuat beban penanganan sepenuhnya jatuh pada layanan profesional yang sudah terbebani (Kelly, Jorm, & Wright, 2007).

Menjawab kesenjangan-kesenjangan tersebut, diperlukan sebuah pendekatan yang lebih proaktif, preventif, dan mampu menjangkau seluruh lapisan komunitas kampus secara efisien. Pemanfaatan teknologi digital menawarkan peluang emas untuk mengatasi masalah stigma, aksesibilitas, dan literasi secara bersamaan. Program dukungan kesehatan mental berbasis digital dapat diakses kapan saja dan di mana saja, memberikan tingkat anonimitas dan privasi yang dapat membantu mengurangi keengganan untuk mencari informasi. Platform digital juga memungkinkan penyebaran materi psikoedukasi dan pelatihan dalam skala massal dengan biaya yang jauh lebih efisien dibandingkan program tatap muka (Lal & Adair, 2014).

Oleh karena itu, pengabdian ini mengusulkan sebuah rancang bangun program pengabdian masyarakat yang komprehensif, yaitu "LENTERA KAMPUS: Literasi, Edukasi, dan Respon Terpadu Kesehatan Jiwa Kampus." Model ini adalah sebuah ekosistem digital terintegrasi yang tidak hanya menyediakan informasi, tetapi juga membangun kapasitas komunitas dan memperjelas alur bantuan. Program ini didasarkan pada dua pilar utama: Psikoedukasi, yaitu penyediaan informasi kesehatan mental yang akurat dan mudah dipahami untuk meningkatkan literasi, dan Pertolongan Pertama Psikologis (PFA), yaitu pembekalan keterampilan bagi anggota komunitas untuk dapat memberikan dukungan awal yang manusiawi dan suportif kepada rekan mereka yang sedang dalam kesulitan (World Health Organization, 2011).

Tujuan utama dari artikel konseptual ini adalah untuk menyajikan sebuah cetak biru (*blueprint*) yang rinci dan sistematis bagi perancangan dan pengembangan program "LENTERA KAMPUS". Rancang bangun ini akan mencakup empat komponen krusial: (1) desain arsitektur platform digital psikoedukasi, (2) pengembangan kurikulum modul pelatihan PFA secara daring, (3) perancangan alur rujukan yang efektif ke layanan profesional, dan (4) strategi kampanye destigmatisasi.

Manfaat yang diharapkan dari implementasi model ini bersifat holistik. Bagi mahasiswa dan sivitas akademika, program ini menawarkan sumber daya kesehatan mental yang mudah dijangkau, rahasia, dan memberdayakan, serta menciptakan lingkungan yang terasa lebih aman dan peduli. Bagi dosen wali, staf, dan pimpinan mahasiswa, program ini memberikan bekal keterampilan konkret untuk dapat berperan aktif sebagai agen pendukung kesehatan mental. Bagi unit layanan konseling universitas, program ini berfungsi sebagai sistem penyaring dan triase, memungkinkan mereka untuk lebih fokus menangani kasus-kasus dengan tingkat keparahan sedang hingga tinggi. Secara keseluruhan, bagi institusi perguruan tinggi, implementasi model "LENTERA KAMPUS" merupakan investasi strategis dalam membangun modal manusia yang sehat, tangguh, dan produktif, serta memperkuat citra kampus sebagai institusi yang benar-benar peduli terhadap kesejahteraan seluruh warganya (Rickwood, Deane, Wilson, & Ciarrochi, 2005).

## METODE PELAKSANAAN

Pengabdian ini dilaksanakan melalui perancangan (*design paper*) kerangka kerja desain instruksional sistematis yang digunakan untuk merancang program "LENTERA KAMPUS". Untuk memastikan bahwa program yang dirancang bersifat logis, berbasis kebutuhan, dan memiliki alur pengembangan yang jelas, digunakanlah Model ADDIE sebagai landasan metodologis. ADDIE adalah akronim dari lima fase desain pembelajaran: *Analysis* (Analisis), *Design* (Perancangan), *Development* (Pengembangan), *Implementation* (Implementasi), dan *Evaluation* (Evaluasi). Mengingat sifat konseptual

artikel ini, fokus utama akan diberikan pada elaborasi fase *Analysis* dan *Design*, yang menjadi fondasi dari keseluruhan rancang bangun program (Branch, 2009).

### 1. Fase 1: Analisis (Analysis)

Tahap pertama dan paling fundamental dalam perancangan program adalah analisis kebutuhan (needs analysis) yang komprehensif. Pada fase ini, dilakukan identifikasi masalah, karakteristik target audiens, dan sumber daya yang ada untuk memastikan program yang dirancang benar-benar relevan dan dapat diimplementasikan. Analisis ini mencakup tiga area utama. Pertama, analisis kebutuhan audiens. Target audiens program ini sangat beragam, mencakup mahasiswa (dengan berbagai latar belakang, tingkat stres, dan literasi digital), dosen wali (yang membutuhkan keterampilan praktis untuk membimbing mahasiswa), staf kependidikan, dan pimpinan organisasi mahasiswa. Analisis ini mengidentifikasi bahwa kebutuhan utama mereka adalah informasi yang terpercaya, akses yang mudah dan rahasia, serta panduan yang jelas tentang apa yang harus dilakukan saat menghadapi masalah kesehatan mental (Rossett, 1987).

Kedua, analisis konteks dan lingkungan. Dilakukan pemetaan terhadap ekosistem kesehatan mental yang sudah ada di kampus. Ini termasuk mengidentifikasi kapasitas dan prosedur layanan konseling profesional, kebijakan universitas terkait kesehatan mental, serta inisiatif-inisiatif lain yang mungkin sudah berjalan yang dapat disinergikan. Analisis ini juga mempertimbangkan infrastruktur teknologi yang dimiliki kampus, seperti portal mahasiswa atau aplikasi kampus yang sudah ada, yang dapat dimanfaatkan sebagai "rumah" bagi platform digital "LENTERA KAMPUS" untuk meningkatkan adopsi pengguna (Morrison, Ross, Kalman, & Kemp, 2012).

Ketiga, analisis tugas dan konten. Pada tahap ini, diidentifikasi pengetahuan dan keterampilan spesifik yang perlu diajarkan. Untuk pilar psikoedukasi, konten yang dibutuhkan meliputi pemahaman dasar tentang stres, kecemasan, depresi, burnout, cara membangun resiliensi, dan tips gaya hidup sehat. Untuk pilar PFA, keterampilan yang dibutuhkan adalah kemampuan mengenali tanda-tanda distress, teknik mendengarkan aktif, cara memberikan dukungan praktis tanpa menghakimi, dan prosedur untuk menghubungkan individu ke bantuan profesional. Hasil dari analisis ini menjadi dasar untuk merumuskan tujuan pembelajaran yang jelas dan terukur untuk setiap komponen program (Jonassen, Tessmer, & Hannum, 1999).

### 2. Fase 2: Perancangan (Design)

Berdasarkan data dan temuan dari fase analisis, fase perancangan berfokus pada penyusunan cetak biru atau kerangka detail dari program "LENTERA KAMPUS". Fase ini menerjemahkan kebutuhan yang telah diidentifikasi menjadi spesifikasi program yang konkret. Proses perancangan ini mencakup beberapa aspek kunci. Pertama, perancangan arsitektur pembelajaran. Ini melibatkan penentuan struktur keseluruhan program, bagaimana empat komponen utama (platform digital, pelatihan PFA, alur rujukan, dan kampanye) akan saling berinteraksi untuk menciptakan pengalaman pengguna yang koheren dan terintegrasi. Diputuskan bahwa platform digital akan menjadi gerbang utama, dari mana pengguna dapat mengakses informasi, mendaftar pelatihan, dan diarahkan ke layanan konseling (Smith & Ragan, 2005).

Kedua, perancangan strategi penyampaian. Untuk platform psikoedukasi, dipilih pendekatan multimedia learning, yang menggabungkan teks, gambar (infografis), dan video pendek untuk melayani berbagai gaya belajar dan menjaga keterlibatan pengguna. Untuk modul pelatihan PFA, dipilih format blended learning secara online, yang

menggabungkan materi asinkron (video dan bacaan yang bisa diakses kapan saja) dengan sesi sinkron opsional (webinar tanya jawab dengan psikolog) untuk pendalaman materi. Pendekatan ini memberikan fleksibilitas maksimal bagi peserta yang memiliki jadwal padat (Clark & Mayer, 2016).

Ketiga, perancangan antarmuka pengguna dan pengalaman pengguna (UI/UX). Untuk platform digital, dirancang sebuah antarmuka yang bersih, intuitif, dan menyenangkan, dengan navigasi yang mudah dan kompatibilitas penuh dengan perangkat seluler (mobile-first design). Penekanan khusus diberikan pada aspek kerahasiaan dan keamanan data untuk membangun kepercayaan pengguna. Alur rujukan dirancang agar sehalus mungkin, dengan tombol call-to-action yang jelas dan formulir janji temu yang sederhana untuk mengurangi hambatan dalam mencari bantuan profesional. Seluruh elemen desain ini bertujuan untuk menciptakan lingkungan digital yang terasa aman, suportif, dan memberdayakan (Krug, 2013).

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Sebagai hasil dari proses metodologis di atas, berikut adalah pemaparan rinci mengenai rancang bangun program "LENTERA KAMPUS". Program ini didesain sebagai sebuah ekosistem digital yang terdiri dari empat komponen utama yang bekerja secara sinergis untuk menciptakan jaring pengaman kesehatan mental di lingkungan kampus.

### 1. Desain Platform Digital Psikoedukasi

Platform digital ini adalah gerbang utama dan pusat sumber daya dari program "LENTERA KAMPUS". Platform ini dirancang sebagai sebuah *microsite* yang dapat diakses secara mandiri atau diintegrasikan sebagai modul khusus di dalam portal akademik atau aplikasi resmi universitas untuk memaksimalkan jangkauan.

- **Arsitektur Konten dan Fitur:**

1. **Beranda (Dashboard):** Halaman depan dirancang untuk memberikan navigasi yang mudah ke semua fitur utama. Terdapat menu utama, artikel unggulan, dan *hotline* darurat (jika ada). Desain visualnya menggunakan warna-warna yang menyenangkan dan gambar yang inklusif.
2. **Pojok Pengetahuan (Psikoedukasi):** Bagian ini berisi kumpulan konten yang terkurasi dan divalidasi oleh psikolog dari pusat konseling universitas. Konten disajikan dalam berbagai format:
  - **Artikel:** Tulisan mendalam namun mudah dicerna mengenai topik-topik seperti "Mengenal Perbedaan Stres dan Depresi", "Teknik Mindfulness untuk Meredakan Kecemasan", "Membangun Kebiasaan Tidur Sehat", dan "Mengatasi Penundaan Akademik".
  - **Infografis & Video Pendek:** Materi visual yang merangkum poin-poin kunci dalam format yang menarik dan mudah dibagikan, cocok untuk konsumsi cepat di media sosial.
3. **Kenali Diri (Asesmen Mandiri):** Fitur ini menyediakan beberapa kuesioner singkat dan non-diagnostik yang terstandarisasi (misalnya, versi singkat dari PHQ untuk depresi atau GAD untuk kecemasan). Hasilnya disajikan dengan penjelasan yang hati-hati, menekankan bahwa ini bukan diagnosis, melainkan alat bantu untuk refleksi diri. Jika skor menunjukkan tingkat distress yang tinggi, sistem akan secara otomatis menampilkan rekomendasi untuk menghubungi layanan konseling.

4. **Direktori Bantuan:** Halaman ini berisi informasi kontak yang jelas dan lengkap mengenai layanan konseling internal universitas (beserta profil singkat para konselor untuk mengurangi rasa asing), serta kontak darurat eksternal (seperti layanan bunuh diri nasional) (Andersson & Titov, 2014).
- **Prinsip Desain:**
    1. **Kredibilitas:** Semua konten wajib bersumber dari literatur ilmiah yang teruji dan harus melalui proses peninjauan oleh tim ahli psikologi universitas.
    2. **Aksesibilitas:** Desain platform harus responsif (*mobile-first*) dan memenuhi standar aksesibilitas web (WCAG) agar dapat digunakan oleh penyandang disabilitas.
    3. **Kerahasiaan:** Platform tidak akan meminta data identitas pribadi untuk mengakses konten. Fitur asesmen mandiri bersifat anonim dan hasilnya hanya dapat dilihat oleh pengguna itu sendiri.

## 2. Pengembangan Modul Pelatihan Online "Pertolongan Pertama Psikologis" (PFA)

Komponen ini bertujuan untuk membangun kapasitas "responden pertama" di dalam komunitas, yaitu mereka yang sering berinteraksi langsung dengan mahasiswa, seperti dosen wali, staf administrasi, dan pimpinan organisasi mahasiswa. Pelatihan ini bukan untuk menjadikan mereka terapis, melainkan untuk membekali mereka dengan keterampilan memberikan dukungan awal yang manusiawi dan efektif.

- **Kurikulum Pelatihan:**

Pelatihan dirancang dalam format daring asinkron yang terdiri dari 4 modul inti, berdasarkan prinsip PFA internasional Look, Listen, Link.

1. **Modul 1: LOOK (Amati dan Kenali):** Mengajarkan peserta untuk mengenali tanda-tanda verbal dan non-verbal dari seseorang yang sedang mengalami tekanan psikologis (misalnya, perubahan perilaku, isolasi diri, penurunan kinerja akademik).
2. **Modul 2: LISTEN (Dengarkan dengan Empati):** Melatih keterampilan komunikasi esensial, terutama mendengarkan aktif. Peserta belajar bagaimana membuka percakapan dengan cara yang tidak menghakimi, mengajukan pertanyaan terbuka, dan memvalidasi perasaan orang lain.
3. **Modul 3: LINK (Hubungkan dengan Bantuan):** Ini adalah modul paling krusial. Peserta diajarkan cara memberikan dukungan praktis yang menenangkan dan, yang terpenting, bagaimana cara menghubungkan atau merujuk individu tersebut ke bantuan yang lebih profesional. Modul ini mencakup pemahaman tentang kapan dan bagaimana harus menyarankan layanan konseling, serta batasan peran mereka sebagai penolong pertama.
4. **Modul 4: Self-Care for Helpers:** Modul tambahan yang menekankan pentingnya menjaga kesejahteraan diri sendiri bagi para penolong untuk menghindari kelelahan emosional (*compassion fatigue*).

- **Metode Penyampaian dan Sertifikasi:**

Setiap modul terdiri dari video pembelajaran singkat (5-10 menit), materi bacaan, dan kuis pemahaman. Untuk meningkatkan keterampilan praktis, disisipkan studi kasus interaktif di mana peserta harus memilih respons terbaik dalam sebuah skenario simulasi. Peserta yang berhasil menyelesaikan seluruh modul dan lulus ujian akhir akan

mendapatkan sertifikat digital "Sahabat LENTERA KAMPUS" sebagai pengakuan dan motivasi.

### 3. Desain Alur Rujukan (Referral Pathway) yang Jelas

Komponen ini memastikan adanya jembatan yang mulus dan tidak mengintimidasi antara kesadaran diri yang muncul dari platform digital dengan tindakan nyata mencari bantuan profesional.

- **Mekanisme Alur Rujukan:**

1. **Titik Masuk:** Alur dapat dimulai dari beberapa titik di platform digital. Paling umum adalah setelah pengguna menyelesaikan kuesioner asesmen mandiri dan mendapatkan hasil yang mengindikasikan perlunya perhatian lebih lanjut.
2. **Call-to-Action (CTA) yang Suportif:** Alih-alih pesan yang mengkhawatirkan, CTA dirancang dengan bahasa yang hangat dan memberdayakan, seperti: "Hasil ini menunjukkan Anda mungkin sedang melewati masa yang berat. Berbicara dengan seorang profesional dapat membantu. Jadwalkan sesi konseling rahasia dengan tim kami di sini."
3. **Formulir Janji Temu Terintegrasi:** Tombol CTA akan mengarahkan pengguna ke sebuah formulir daring yang sederhana. Formulir ini hanya meminta informasi minimal yang diperlukan untuk penjadwalan (misalnya, nama inisial, kontak yang bisa dihubungi, dan preferensi jadwal). Formulir ini terhubung langsung dengan sistem penjadwalan pusat layanan konseling.
4. **Konfirmasi dan Tindak Lanjut:** Setelah formulir dikirim, sistem akan memberikan konfirmasi otomatis, dan dalam waktu yang ditentukan (misalnya, 1x24 jam kerja), staf administrasi pusat konseling akan menghubungi pengguna secara personal melalui kontak yang diberikan untuk finalisasi jadwal. Proses ini dirancang untuk memastikan setiap rujukan ditangani dengan cepat dan penuh empati (Hollis et al., 2017).

### 4. Strategi Kampanye Destigmatisasi #KampusPeduliJiwa

Sebuah platform canggih tidak akan berguna jika tidak ada yang menggunakannya karena stigma. Oleh karena itu, kampanye komunikasi yang masif dan berkelanjutan menjadi komponen kunci untuk menormalisasi percakapan tentang kesehatan mental.

- **Elemen Kampanye:**

1. **Peluncuran dan Sosialisasi:** Program "LENTERA KAMPUS" diluncurkan secara resmi oleh pimpinan universitas untuk menunjukkan komitmen institusional. Sosialisasi dilakukan melalui semua kanal komunikasi kampus: email massal, media sosial resmi, poster di lokasi strategis, dan presentasi singkat saat orientasi mahasiswa baru.
2. **Konten Media Sosial:** Menggunakan tagar #KampusPeduliJiwa, kampanye ini secara rutin memproduksi konten untuk media sosial (Instagram, TikTok) yang berfokus pada:
  - **Mitos vs. Fakta:** Membantah miskonsepsi umum tentang kesehatan mental.
  - **Testimoni:** Menampilkan cerita (secara anonim atau dengan izin) dari mahasiswa atau staf yang pernah berhasil melewati kesulitan dengan mencari bantuan, untuk menunjukkan bahwa "it's okay to not be okay".

- **Keterlibatan Pimpinan dan Dosen:** Menampilkan video singkat dari rektor, dekan, atau dosen populer yang berbicara tentang pentingnya kesehatan mental. Keterlibatan figur otoritas sangat efektif dalam mengubah budaya.
- 3. **Acara Luring dan Daring:** Menyelenggarakan acara-acara seperti seminar, lokakarya, atau pameran kesehatan mental selama periode-periode rentan (misalnya, menjelang ujian akhir semester). Acara ini bertujuan untuk membawa diskusi keluar dari ruang digital ke ruang komunal.
- 4. **Kemitraan dengan Organisasi Mahasiswa:** Melibatkan BEM, Himpunan Mahasiswa, dan UKM sebagai duta kampanye. Mereka dapat membantu menyebarkan pesan ke jaringan mereka dan menyelenggarakan acara-acara pendukung di tingkat fakultas atau jurusan (Thornicroft, Mehta, Clement, & et al., 2016).

## KESIMPULAN DAN SARAN

MKesehatan mental sivitas akademika bukan lagi sebuah isu pinggiran, melainkan sebuah pilar krusial yang menentukan kualitas dan keberlanjutan ekosistem pendidikan tinggi. Menghadapi tantangan berupa stigma, keterbatasan akses, dan rendahnya literasi, diperlukan sebuah intervensi yang sistematis, proaktif, dan memanfaatkan kekuatan teknologi digital. Artikel ini telah menyajikan sebuah rancang bangun konseptual yang komprehensif melalui program "LENTERA KAMPUS", sebuah model pengabdian yang mengintegrasikan psikoedukasi, pelatihan pertolongan pertama psikologis, alur rujukan yang jelas, dan kampanye destigmatisasi dalam satu ekosistem digital yang terpadu.

Model "LENTERA KAMPUS" dirancang untuk bergerak melampaui pendekatan reaktif-kuratif, menuju paradigma preventif-suportif. Dengan menyediakan sumber daya yang mudah diakses dan rahasia, melatih "responden pertama" di tingkat komunitas, serta menormalisasi percakapan tentang kesehatan jiwa, program ini bertujuan untuk membangun jaring pengaman psikologis yang lebih kuat dan responsif. Ini adalah sebuah investasi dalam menciptakan budaya kampus yang tidak hanya unggul secara intelektual, tetapi juga sehat, peduli, dan manusiawi.

Untuk menerjemahkan rancang bangun konseptual ini menjadi sebuah program yang berdampak nyata, beberapa saran strategis diajukan:

1. **Bagi Pimpinan Perguruan Tinggi:** Diperlukan komitmen institusional yang kuat, baik dalam bentuk dukungan kebijakan, alokasi anggaran untuk pengembangan platform dan pelaksanaan pelatihan, maupun keterlibatan aktif sebagai teladan dalam kampanye destigmatisasi. Program ini harus dilihat sebagai bagian integral dari layanan kemahasiswaan, bukan sebagai proyek sampingan.
2. **Bagi Pusat Layanan Konseling:** Pusat konseling harus menjadi motor penggerak utama dalam pengembangan konten dan validasi materi. Mereka juga perlu mempersiapkan diri untuk potensi peningkatan permintaan layanan sebagai hasil dari keberhasilan program dalam mendorong perilaku mencari bantuan, yang mungkin memerlukan penambahan sumber daya konselor.
3. **Bagi Tim Pengabdian dan Peneliti:** Rancang bangun ini dapat dijadikan dasar untuk proposal pengabdian masyarakat atau penelitian. Langkah selanjutnya adalah fase *Development* (mengembangkan platform dan modul secara nyata), *Implementation* (meluncurkan program percontohan di satu fakultas), dan *Evaluation* (mengukur efektivitas program melalui survei sebelum dan sesudah intervensi, analisis data penggunaan platform, dan wawancara kualitatif).



4. **Untuk Pengembangan Jangka Panjang:** Program ini dapat terus dikembangkan dengan fitur-fitur baru, seperti modul psikoedukasi yang lebih spesifik (misalnya, untuk mahasiswa pascasarjana atau mahasiswa internasional), forum diskusi anonim yang dimoderasi oleh konselor, atau integrasi dengan teknologi *chatbot* AI untuk memberikan respons instan terhadap pertanyaan-pertanyaan umum.

## DAFTAR PUSTAKA

- Andersson, G., & Titov, N. (2014). Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders. *World Psychiatry*, 13(1), 4-11.
- Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., ... & Kessler, R. C. (2018). WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 127(7), 623–638.
- Branch, R. M. (2009). *Instructional Design: The ADDIE Approach*. Springer.
- Clark, R. C., & Mayer, R. E. (2016). *E-Learning and the Science of Instruction: Proven Guidelines for Consumers and Designers of Multimedia Learning*. Wiley.
- Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625.
- Eisenberg, D., Gollust, S. E., Golberstein, E., & Hefner, J. L. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(4), 534–542.
- Hollis, C., Morriss, R., Martin, J., Amani, S., Cotton, R., Denis, M., & Lewis, S. (2017). Technological innovations in mental healthcare: harnessing the digital revolution. *The British Journal of Psychiatry*, 211(4), 189-190.
- Hunt, J., & Eisenberg, D. (2010). Mental health problems and help-seeking behavior among college students. *Journal of Adolescent Health*, 46(1), 3-10.
- Johns Hopkins University. (n.d.). *Psychological First Aid (PFA)*. Coursera. [Merujuk pada kursus online yang menjadi model pelatihan PFA yang diakui secara luas].
- Jonassen, D. H., Tesser, M., & Hannum, W. H. (1999). *Task Analysis Methods for Instructional Design*. Routledge.
- Kelly, C. M., Jorm, A. F., & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Medical Journal of Australia*, 187(S7), S26-S30.
- Krug, S. (2013). *Don't Make Me Think, Revisited: A Common Sense Approach to Web Usability*. New Riders.
- Lal, S., & Adair, C. E. (2014). E-mental health: a rapid review of the literature. *Psychiatric Services*, 65(1), 24-32.
- Lipson, S. K., Lattie, E. G., & Eisenberg, D. (2019). Increased rates of mental health service utilization by U.S. college students: 10-year population-level trends (2007-2017). *Psychiatric Services*, 70(1), 60-63.
- Morrison, G. R., Ross, S. M., Kalman, H. K., & Kemp, J. E. (2012). *Designing Effective Instruction*. John Wiley & Sons.
- Rickwood, D. J., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3), 218-251.
- Rossett, A. (1987). *Training Needs Assessment*. Educational Technology Publications.

- Smith, P. L., & Ragan, T. J. (2005). *Instructional Design*. John Wiley & Sons.
- Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., & et al. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*, 387(10023), 1123-1132.
- World Health Organization. (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. WHO.