

**Efektivitas Konseling Kesehatan Individu
terhadap Kesehatan Para Petugas Penegak Hukum**

Holly Tanigoshi, Anthoni P. Kaontos, dan Theodore P. Remley Jr.

Oleh:

Rahayu Ginintasaki

Tujuan dari penjelasan penelitian ini adalah untuk memastikan efektivitas dari konseling kesehatan dalam meningkatkan kesehatan di antara para petugas penegak hukum. Penelitian ini juga menguji apakah posisi dalam Model Transteoretis (J.O. Prochaska & C.C. DiClemente, 1982) dan *self-efficacy* mempengaruhi efektivitas dari konseling kesehatan. Temuan-temuan ini mengindikasikan bahwa konseling dapat meningkatkan tingkat kesehatan di antara para petugas penegak hukum.

Sekarang ini, petugas penegak hukum dianggap sebagai salah satu pekerjaan yang paling berbahaya, rentan stress, dan mengancam kesehatan (Hem, Berg, & Ekeberg, 2001). Banyak peneliti telah mengemukakan bahwa kehidupan sebagai seorang petugas penegak hukum memiliki bahaya psikologis, emosional, fisik, spiritual, dan sosial terhadap diri sendiri (Harpold & Freemster, 2002; Honig & White, 2000; Kannady, 1993; Kirschman, 1997; Mashburn, 1993; Mohandie & Hatcher, 1999; Violanti, 1995, 1999). Para petugas penegak hukum lebih rentan terhadap berbagai masalah, bunuh diri, alkoholisme, penggunaan obat terlarang, depresi, kecemasan, stres internal, berbagai gejala stres post-traumatis, impulsivitas, perceraian, kekerasan rumah tangga, dan konflik perkawinan, jika dibandingkan dengan populasi secara umum (Cummings, 1996; Lott, 1995; Violanti, 1999). Di samping itu, penelitian menunjukkan bahwa para petugas penegak hukum rentan terhadap penyakit yang berhubungan dengan gaya hidup seperti penyakit kardiovaskuler, kanker, diabetes, obesitas, penyakit kulit, sirosis, dan nyeri punggung yang kronis (Vena, Violanti, Marshall, & fiedler, 1986).

Terdapat bukti empiris yang dapat dipertimbangkan bahwa para petugas penegak hukum berada pada peningkatan resiko kematian dini dan konsekuensi yang tak sehat dari perilaku gaya hidup tidak sehat, termasuk rendahnya kebugaran jasmani dan kebiasaan yang menetap, kekurangan nutrisi, kebiasaan tidur yang tak teratur dan gangguan tidur, serta berbagai perilaku penyesuaian yang salah seperti terlalu banyak meminum minuman keras dan konsumsi tembakau (Arless, 1991; Bower, 2002; Mohandie & Hatcher, 1999; Vena, et.al., 1986; Violanti, Marshall,

& Howe, 1985).

Sebuah penelitian secara khusus telah memberikan pemahaman mengenai berbagai perilaku penyesuaian destruktif yang sering kali memiliki andil dalam memperburuk kesehatan di antara para petugas penegak hukum (Richmond, Wodak, Kehoe, & Heater, 1998). Penelitian tersebut dilaksanakan pada tahun 1998 dengan tujuan untuk menyelidiki terjadinya berbagai perilaku yang memiliki resiko kesehatan di antara 852 petugas kepolisian di New South Wales. Dalam penelitian tersebut diuji lima perilaku gaya hidup, yaitu konsumsi alkohol, penggunaan obat-obatan terlarang, olah raga secara tidak tepat, persepsi mengenai kelebihan berat badan, dan gejala-gejala stres. Hasilnya menunjukkan bahwa 83% dari petugas kepolisian memiliki setidaknya satu perilaku gaya hidup yang tidak sehat dan 19% memiliki tiga hingga lima perilaku tidak sehat. Perhatian secara khusus diberikan pada laporan mengenai tingkat yang tinggi dari konsumsi alkohol dan pesta minuman keras. Hasilnya menunjukkan bahwa, bagi para petugas penegak hukum pria, 48% mengkonsumsi alkohol pada tingkat yang tinggi, 27% menggunakan nikotin, 21% menunjukkan gaya hidup yang menetap, 46% dilaporkan mengalami kelebihan berat badan, dan 12% dilaporkan menunjukkan berbagai gejala stres dengan kadar sedang hingga berat. Pada para petugas penegak hukum wanita, 40% dilaporkan mengkonsumsi alkohol pada tingkat yang tinggi, 32% menggunakan nikotin, 24% menunjukkan gaya hidup yang sulit diubah, 47% dilaporkan mengalami kelebihan berat badan, dan 15% dilaporkan mengalami berbagai gejala stres dengan kadar sedang hingga berat.

1. Stres di Antara para Petugas Penegak Hukum

Berbagai penelitian berusaha menyelidiki stres yang dialami para petugas penegak hukum (Violanti, 1983; Violanti, et.al., 1985). Sebanyak 87% dari semua personil layanan gawat darurat telah mengalami stres dalam pekerjaan berat setidaknya satu kali selama pelayanan profesional yang mereka kerjakan (Pierson, 1989). Stres dalam pekerjaan berat dapat terjadi ketika para petugas dihadapkan pada situasi yang tak terduga yang menantang dan mengancam rasa aman mereka, kematian, dan memerlukan kemampuan untuk melakukan penyelesaian secara efektif dengan kejadian yang traumatis. Stres dalam pekerjaan berat dicirikan sebagai sebuah sindrom yang melemahkan dan dapat membahayakan prestasi kerja para petugas seperti halnya merusak kehidupan mereka; jika dibiarkan tidak dihiraukan dan tidak dilakukan apapun terhadapnya, maka akan mengakibatkan trauma emosional yang menetap dan berbagai masalah

psikologis, seperti halnya skorsing dari pekerjaan, pemecatan, atau, pada situasi yang parah, *Posttraumatic Stress Disorder* (PTSD) dan tindakan bunuh diri petugas penegak hukum (Kirschman, 1997; Pierson, 1989).

Para petugas penegak hukum beresiko mengalami peningkatan PTSD setelah terlibat dalam sebuah kejadian kritis, katastrofik, atau setelah mengalami stres kronis yang berulang dan berkepanjangan. (Brown, 2003). PTSD adalah sebuah gangguan psikologis yang menghinggapi rata-rata 15% dari semua pekerja layanan gawat darurat (Kirschman, 1997). Pada sebuah penelitian di tahun 1997 menyelidiki berbagai stresor yang berkaitan dengan pekerjaan dan berbagai gejala PTSD pada 100 orang petugas penegak hukum suburban, 13% petugas didiagnosa PTSD (Robinson, Sigman, & Wilson, 1997). Berdasarkan penelitian tersebut, dugaan paling kuat mengenai sebab dari meningkatnya PTSD adalah kejadian traumatis yang terjadi pada pengalaman yang dekat dengan kematian.

2. Kesehatan

Kenyataan yang menekan mengenai peningkatan biaya kesehatan dan angka yang mengejutkan dalam hal ketidaksehatan dan kematian di usia dini karena berbagai perilaku gaya hidup yang tidak sehat telah menimbulkan pergerakan kesehatan di seluruh negeri (Cowqen, 1994; Warner, 1984). Upaya yang nyata oleh berbagai pekerjaan ganda pada lapangan kesehatan manusia, termasuk berbagai profesi kesehatan mental dan medis, menunjukkan sebuah dorongan yang abadi untuk bergerak di luar model penyakit dan biomedis tradisional mengenai kesehatan dan penyakit dalam upaya mengkonseptualisasikan kembali kesehatan sebagai sebuah kondisi dari kehidupan yang positif daripada ketidakhadiran penyakit (Ryff & Singer, 1998). Ryff & Singer mengemukakan dan mendukung gagasan mengenai “memahami tubuh selama kondisi sehat, daripada di bawah kondisi sakit” (hal. 10).

Di Amerika Serikat, lebih dari setengah sampai dua per tiga kematian dini disebabkan oleh berbagai faktor perilaku yang beresiko seperti merokok, konsumsi alkohol, obat-obatan terlarang, diet yang tidak tepat, dan kurangnya olah raga. Berbagai pilihan perilaku di atas memiliki andil terhadap penyakit dan kematian di usia muda (Hampl, Anderson, & Mullis, 2001). Selama satu abad terakhir, Amerika Serikat telah menyaksikan sebuah perubahan dalam berbagai penyebab kematian utama. Pada awal abad ke-20, kematian karena penyakit infeksi seperti pneumonia dan TBC mewabahi Amerika Serikat dan banyak negara lain di seluruh dunia.

Saat ini, berbagai kronis menjadi penyebab utama kematian di Amerika Serikat Serangan jantung, kanker, dan stroke menjadi tiga penyebab kematian yang utama di antara para remaja di Amerika Serikat. Angka-angka statistik menunjukkan bahwa 70% dari semua kematian ini disebabkan oleh perilaku individu dan berbagai faktor lingkungan (Departemen Kesehatan dan Pelayanan Kemanusiaan Amerika Serikat, 2000). Angka-angka statistik tersebut memunculkan pertanyaan mengenai bagaimana cara efektif mengadakan perubahan dalam perilaku, keyakinan, perilaku, dan gaya hidup yang berkaitan dengan kesehatan untuk menyediakan kehidupan yang sehat, produktif, dan berorientasi pada kesehatan (Pender, 1996).

3. Kerangka Kerja Konseptual

a. The Individual Self Model (Model diri yang tak terlihat)

The Individual Self Model (Myers & Sweeney, 2004) adalah sebuah model kesehatan didasarkan pada fakta yang memperlihatkan kesehatan secara holistik di sepanjang rentang kehidupan. *The Individual Self Model* didasarkan pada *Wheel of Wellness* (Roda Kesehatan) yang diperkenalkan pertama kali oleh Sweeney & Witmer pada tahun 1991 dan Witmer & Sweeney pada tahun 1992 (Myers & Sweeney, 2004). Dalam *The Individual Self Model*, kesehatan dikonseptualisasikan dalam sebuah unsur aturan kesehatan yang lebih tinggi yang terdiri dari lima unsur aturan sekunder dan 17 bagian dimensi kesehatan yang berbeda-beda. Kelima unsur aturan sekunder itu adalah *essential self*, *social self*, *creative self*, *physical self*, dan *coping self*. Adapun 17 bagian dimensi kesehatan yang berbeda-beda itu adalah berpikir, emosi, kendali, kerja, humor yang positif, kesenangan, pengaturan stres, kebermaknaan diri, berbagai keyakinan yang realistis, olah raga, nutrisi, spiritualitas, identitas gender, identitas kultural, perawatan diri, persahabatan, dan cinta. Penggabungan ke-17 dimensi kesehatan itu menyusun unsur aturan kesehatan yang lebih tinggi. Unsur aturan kesehatan yang lebih tinggi, lima unsur aturan sekunder, dan ke-17 dimensi dari kesehatan diukur dengan *the Five Factors Wellness Inventory* (5F-Wel; Myers & Sweeney, 2003).

Dalam penelitian ini, sesi-sesi konseling kesehatan mengaplikasikan *The Individual Self Model* (Myers & Sweeney, 2004) sebagai sebuah kerangka konseptual bagi proses konseling. Teknik-teknik kesehatan yang dijalankan dalam proses konseling meliputi sebuah pengenalan *The Individual Self Model*; pengukuran 5F-Wel secara

formal maupun informal; intervensi-intervensi kognitif behavioral untuk meningkatkan kesehatan berdasarkan berbagai dimensi kesehatan yang diinginkan oleh para petugas penegak hukum untuk tujuan perubahan atau peningkatan; dan akhirnya mengevaluasi berbagai prosedur serta urutan waktu untuk menandai kemajuan yang berkelanjutan (Myers & Sweeney, & Witmer, 2000).

b. *The Transtheoretical Model* (Model Transteoretis)

The Transtheoretical Model (TTM), yang juga dikenal sebagai *the Stages of Change Model*, dikembangkan oleh Prochaska & DiClemente (1982; Green, Rossi, Reed, Willey, & Prochaska, 1994). TTM memiliki nilai dalam memfasilitasi dan mengakselerasi perubahan perilaku yang berkaitan dengan kesehatan, baik untuk perilaku adiktif maupun perilaku non-adiktif (Prochaska, et.al., 1994). Inti dari model ini adalah bahwa individu terlibat dalam berbagai perilaku yang baru, mereka berpindah melalui suatu rangkaian perubahan yang terdiri dari lima tahap, yaitu: (a) pra-kontemplasi (ketiadaan tujuan mengubah perilaku tertentu di masa yang akan datang yang tidak dapat diprediksikan), (b) kontemplasi (ditandai oleh sebuah kesadaran mengenai sebuah masalah perilaku dan serangkaian pertimbangan untuk mengubah perilaku itu, tetapi tidak pada jangka masa yang dekat), (c) persiapan (individu terlibat dalam mempersiapkan perilaku dan berbagai rencana untuk mengubah perilaku pada bulan yang akan datang), (d) tindakan (berbagai upaya nyata saat ini yang dibuat untuk mengubah perilaku), dan (e) pengelolaan (upaya yang berkelanjutan untuk menstabilkan perubahan perilaku setidaknya untuk enam bulan; Bull, Eyer, King, & Brownson, 2001; Courneya, 1995; Greene, et.al., 1994). Diketahui bahwa pekerjaan polisi sering kali dihubungkan dengan perilaku penyesuaian yang salah (misalnya minum minuman keras secara berlebihan, merokok, dan masalah perjudian), aplikasi dari TTM terhadap para petugas penegak hukum dapat secara produktif mendukung kesiapan motivasional untuk perubahan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan (Gershon, Lin & Li, 2002; Violanti, et.al., 1985)

c. *Self-efficacy*

Self-efficacy (SE) didefinisikan sebagai sebuah kemampuan yang dimiliki individu untuk menampilkan dan melakukan sebuah perilaku tertentu. Teori SE menyatakan bahwa keyakinan atau penilaian seseorang terhadap kemampuan yang

dimiliki untuk melakukan tindakan yang berkaitan dengan kesehatan, secara kuat berkaitan dengan kemampuan kinerja aktual (Marcus, Selby, Niaura, & Rossi, 1992). Kemungkinan bahwa individu akan berupaya mengubah sebuah perilaku kesehatan tergantung pada tingkat SE individu yang bersangkutan (Mondragon & Brandon, 2001). SE juga berfungsi dalam memperkirakan pergerakan pada tahapan-tahapan TTM (Prochaska & DiClemente, 1982). Berbagai penelitian telah menemukan bahwa perbedaan dalam skor SE berbeda secara individual berdasarkan pada tahapan perubahan perilaku (Courneya, 1995; Marcus, et.al., 1992). Secara khusus, individu dengan SE rendah berada pada tahapan yang lebih rendah pada TTM (pra-kontemplasi, kontemplasi, persiapan) lebih jarang mengubah perilaku daripada individu pada tahapan-tahapan yang lebih rendah dalam TTM namun tinggi dalam SE (Nigg & Courneya, 1998). Karena itu, dihipotesiskan bahwa para petugas penegak hukum yang tinggi dalam SE yang menerima konseling kesehatan dan berada pada tahap pra-kontemplasi, kontemplasi, atau persiapan dalam TTM akan lebih sering mengalami peningkatan dalam kesehatan daripada mereka yang rendah dalam SE. Beberapa penelitian terdahulu yang didasarkan pada teori TTM dan SE, mengindikasikan bahwa menetapkan tingkat SE dan tahapan perubahan seseorang adalah sebuah langkah penting dalam membiarkan sebuah strategi intervensi yang tepat disesuaikan dengan tingkat kesiapan perubahan perilaku dan tingkat SE (Nigg & Courneya, 1998; Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992).

4. Intervensi untuk meningkatkan kesehatan

Eklektisisme menjelaskan sifat dari konseling kesehatan (Granello, 2000). Sebuah pendekatan kesehatan dalam konseling mensyaratkan bahwa konselor memiliki rangkaian keterampilan yang luas dari berbagai orientasi teoretis. Keterampilan-keterampilan ini sering dilibatkan dalam kesehatan termasuk terapi kognitif, pendidikan, pelatihan keterampilan sosial, pelatihan relaksasi dan manajemen stres, teknik-teknik perubahan perilaku, dan kebiasaan gaya hidup merawat diri (Granello, 2000).

Signifikan terhadap konseling kesehatan adalah pengenalan dari *The Individual Self Model* (Myers & Sweeney, 2004) mengenai kesehatan. Konselor pertama-tama mendefinisikan kesehatan, menjelaskan model kesehatan, dan menggambarkan bagaimana berbagai perilaku gaya hidup sehat dapat meningkatkan kesehatan dan kualitas hidup secara keseluruhan.

Kemudian, para klien diukur baik secara informal maupun formal. Pengukuran secara informal meliputi pengukuran atau pemeriksaan yang sistematis mengenai setiap dimensi kesehatan berdasarkan pada rentang dari kondisi kesehatan yang tidak sehat hingga kondisi sehat tingkat tinggi (Myers, et.,al, 2000). Pengukuran secara formal meliputi penggunaan 5F-Wel. Setelah klien mengidentifikasi berbagai dimensi tersebut klien menginginkan pencapaian yang lebih baik dalam hal kesehatan, konselor dan klien bekerja bersama untuk mengembangkan sebuah rencana kesehatan pribadi yang tertulis untuk berbagai dimensi yang menjadi sasaran. Perencanaan-perencanaan ini bersifat pencegahan dan menyediakan sebuah dasar bagi para klien untuk mulai bekerja dalam membuat pilihan-pilihan gaya hidup yang sehat (Granello, 2000). Merujuk pada pendapat Granello dan Myers, et.,al, berbagai rencana kesehatan sebaiknya hanya menjadikan satu atau dua dimensi kesehatan yang ingin diubah atau ditingkatkan klien sebagai sasaran dari rencana tersebut.

Dalam proses penegakan hukum, petugas sering kali mengalami tingkat stres tinggi yang sering kali mengarahkan pada dampak kesehatan yang negatif. Karena para petugas memasuki profesi penegakan hukum, mereka adalah individu sehat; bagaimanapun, pada waktu mereka meninggalkan profesi itu, kesehatan emosional dan fisik mereka serta tingkat keberlanjutan hidup mereka di bawah rata-rata (Sratton, 1984). Karena alasan-alasan ini, kesehatan di antara para petugas penegak hukum adalah penting khususnya di dalam profesi konseling untuk menunjukkan betapa tinggi tingkat terjadinya gangguan dan penyakit yang berhubungan dengan gaya hidup yang berkontribusi pada kerentanan para petugas penegak hukum terhadap kondisi tak sehat dan kematian di usia dini (Colligon, 1995). Berbagai isu kesehatan, respon-respon *coping* yang adaptif, peningkatan kesehatan, dan pencegahan penyakit adalah area-area yang secara signifikan berhubungan dengan kesehatan untuk ditunjukkan pada profesi penegak hukum tertentu yang memperlihatkan bahwa polisi adalah satu yang paling rentan terhadap tingkat stres yang tinggi dan pekerjaan yang mengancam kesehatan (Hill & Clawson, 1988).

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menyelidiki apakah sesi-sesi konseling individual yang didasarkan pada paradigma yang holistik mengenai kesehatan akan meningkatkan kesehatan para petugas penegak hukum. Penelitian ini penting, mengingat untuk saat ini, penelitian empiris yang menyelidiki dampak dari konseling individual terhadap kesehatan dari para petugas penegak hukum masih kurang. Terdapat sebuah kebutuhan untuk memperluas dan kontribusi pada penelitian serta berbagai literatur mengenai kualitas kehidupan dan kesehatan

para petugas penegak hukum. Penelitian kesehatan secara khusus penting untuk populasi ini yang menunjukkan bahwa keamanan dan kesejahteraan dari masyarakat secara umum bergantung pada kesehatan komunitas penegak hukum dan petugas. Harpold (2000) mengilustrasikan secara baik dalam hal ini ketika dia menulis bawa “para agen polisi perlu menjadi sehat sebelum mereka dapat mencegah berbagai masalah atau tindak kejahatan di masyarakat” (hal. 26).

5. Metode

a. Partisipan

Partisipan yang terlibat adalah 60 orang petugas penegak hukum dari yuridiksi sub-urban di sebelah selatan Louisiana yang secara acak ditugaskan pada sebuah kelompok perlakuan ($n=30$) atau kelompok kontrol ($n=30$). Dari ke-60 petugas yang secara murni berpartisipasi secara sukarela, 51 di antaranya menuntaskan penelitian.

Partisipan yang terkumpul terdiri dari 42 (82.4%) petugas laki-laki, dan 9 (17.6%) petugas perempuan yang berada pada usia 22 dan 73 tahun. Rata-rata usia dari ke-51 petugas penegak hukum adalah 35 tahun ($SD=12.47$). Rata-rata usia dari 24 partisipan pada kelompok perlakuan adalah 33 tahun ($SD = 9.55$), sedangkan rata-rata usia untuk 27 peserta pada kelompok kontrol adalah 37 tahun ($SD = 14.47$). Semuanya melaporkan pengalaman kerja antara 4 bulan hingga 33 tahun dalam penegakan hukum, dengan angka rata-rata 7 tahun ($SD = 6.19$). Rata-rata masa kerja adalah 6 tahun ($SD = 4.79$) untuk kelompok perlakuan dan 7.5 tahun ($SD = 7.24$) untuk kelompok kontrol. Terdapat 16 laki-laki dan 8 perempuan dalam kelompok perlakuan, dan 26 laki-laki dan 1 perempuan dalam kelompok kontrol.

Kebanyakan sampel ($n=45$, 88.2%) adalah Kaukasian. Sisanya meliputi 3 orang Afrika Amerika (5.9%) dan 3 orang Amerika asli (5.9%). Sekitar tiga per empat ($n=41$, 80.4%) dari para petugas dalam sampel telah menjadi petugas penegak hukum selama 10 tahun atau kurang. Dua puluh partisipan (83.3%) dalam kelompok perlakuan dan 18 partisipan (66.7%) dalam kelompok kontrol pernah duduk di bangku SMA. Secara keseluruhan, 1 (2.0%) partisipan berpendidikan minimal di bawah SMA, 37 (72.5%) adalah lulusan SMA, 7 (13.7%) menyelesaikan sekolah teknik/perdagangan, 4 (7.8%) tingkat *associate*, dan 2 (3.9%) adalah sarjana. (persentase tidak mencapai 100% karena

pembulatan). Empat puluh sembilan (96.1%) partisipan melaporkan bekerja dalam waktu yang penuh, sementara itu hanya 1 (2%) partisipan melaporkan bekerja paruh waktu, dan 1 (2.0%) partisipan sudah pensiun tetapi bekerja paruh waktu. (Persentase tidak mencapai 100% karena pembulatan). Sekitar setengah ($n=13$, 54.2%) dari partisipan pada kelompok perlakuan dan tiga perempuan ($n = 20$, 74.1%) dari partisipan pada kelompok kontrol adalah telah menikah atau memiliki pasangan. Partisipan yang berstatus lajang pada kelompok perlakuan ($n=6$, 25%) adalah dua kali lipat dibandingkan kelompok kontrol ($n=3$) 11.1%).

b. Pengukuran

5F-Wel. *5F-Wel* adalah 107 aitem yang teruji validitas dan reliabilitasnya, sebuah inventori *paper and pencil* dan *self-report* yang bersifat objektif yang mudah diadministrasikan (baik kelompok maupun individual) dan membutuhkan waktu kira-kira 15 menit untuk dapat menyelesaikannya. Inventori ini menyediakan sebuah pengukuran yang komprehensif dan sistematis untuk mengukur kesehatan secara menyeluruh. *5F-Wel* mengukur sebuah faktor kesehatan pada tatanan yang lebih tinggi, lima faktor tatanan kedua, dan 17 dimensi kesehatan yang berbeda satu sama lain. Skala-skala ini mengukur dengan menggunakan 74 aitem yang diskor dan sejumlah aitem eksperimental (Myers & Sweeney, 2004). Enam aitem dianggap dinilai untuk menunjukkan skala keamanan, tiga aitem dianggap sebagai skala kesehatan, dan 8 skala konteks juga dimasukkan. Lima faktor tatanan yang kedua adalah (a) *essential self*, meliputi spiritualitas, perawatan diri, identitas gender, dan identitas budaya; (b) *creative self*, terdiri dari berpikir, emosi, kendali, humor yang positif, dan kerja; (c) *coping self*, terdiri dari keyakinan realistis, manajemen stres, kebermaknaan diri, dan kesenangan, (d) *social self*, mencakup persahabatan dan cinta; dan (e) *physical self*, meliputi olah raga dan nutrisi. Karena itu, lima faktor tatanan kedua terdiri dari 17 dimensi kesehatan yang berbeda. Faktor kesehatan pada tatanan yang lebih tinggi ditentukan oleh jumlah dari keseluruhan aitem pada inventori.

Inventori itu lebih lanjut mencakup informasi demografis (Myers & Sweeney, 2003). Para partisipan diminta untuk menjawab setiap aitem yang paling mewakili dan

menggambarkan diri mereka “pada kebanyakan waktu”, pada sebuah skala yang menerapkan tipe likert 4 poin yang tersusun dari sangat setuju hingga sangat tidak setuju (Myers & Sweeney, 2003). Setiap aitem ditulis dalam bentuk pernyataan diri (misalnya, “saya puas mengenai cara saya menghadapi stres”, “saya merasa”, dan “saya makan mengikuti pola diet nutrisi seimbang”).

Skala aitem tunggal SE. SE diukur menggunakan sebuah aitem tunggal. Para partisipan diminta untuk melingkari angka pada sebuah skala dari 0% (sangat tidak percaya diri) hingga 100% (sangat percaya diri) dengan interval 10 sangat baik menggambarkan seberapa percaya diri mereka dalam kemampuan mereka untuk meningkatkan tingkat kesehatan mereka saat ini.

Kuesioner tahap kesiapan. Kuesioner tahap kesiapan diadaptasi dari kuesioner tahap perubahan Courneya (1995). Para peserta diminta untuk memilih satu pernyataan pada lima aitem yang dianggap terbaik dalam menjelaskan kemauan mereka untuk berubah saat ini. Berbagai pernyataan spesifik itu adalah sebagai berikut: (a) “saya saat ini tidak terlibat perilaku yang akan menaikkan tingkat kesehatan saya dan saya juga tidak berpikir untuk memulainya.” (b) “saya saat ini tidak terlibat dalam perilaku yang akan menaikkan kesehatan saya tetapi saya berpikir untuk memulainya.” (kontemplasi), (c) “saya saat ini terlibat dalam beberapa perilaku untuk menaikkan tingkat kesehatan saya tetapi tidak dalam basis yang reguler” (persiapan), (d) “saya terlibat dalam perilaku yang reguler untuk menaikkan tingkat kesehatan saya tetapi saya baru mulai untuk melakukan hal itu dalam enam bulan terakhir” tindakan, (e) “saya saat ini terlibat dalam berbagai perilaku reguler untuk menaikkan tingkat kesehatan saya dan saya melakukan hal itu untuk waktu yang lebih panjang dari enam bulan” (pengelolaan). Kesehatan didefinisikan kepada para partisipan sebagai “sebuah kondisi kesejahteraan fisik, mental, dan spiritual.” Istilah perilaku berarti berbagai kegiatan yang bersifat sehat (misalnya, kegiatan fisik, pola makan yang sehat, relaksasi).

c. Prosedur

Dari 60 orang partisipan yang dipilih secara acak untuk penelitian ini, 51 menuntaskan penelitian. Partisipasi bersifat sangat sukarela, dan tidak ada pemberian insentif yang ditawarkan. Bagi para partisipan yang terseleksi secara acak dan ditugaskan secara acak pula baik untuk berada pada kelompok perlakuan ataupun pada

kelompok kontrol, investigator (sebelumnya disebut penulis) menginformasikan kepada pimpinan operasi lapangan petugas yang secara acak terpilih dan ditugaskan baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol. Pimpinan itu mengatur dua pertemuan yang terpisah bagi investigator bertemu dengan para petugas yang secara acak ditugaskan ke salah satu dari dua kelompok. Pertemuan itu diatur melalui surat yang ditulis kepala kepolisian daerah yang memerintahkan kehadiran para petugas dalam pertemuan di perguruan tinggi setempat di mana investigator bertemu dengan para partisipan dalam sebuah seting kelompok dan mengadministrasikan instrumen pretes. Proses pengumpulan data tergantung pada kesediaan dan permintaan dari jadwal para petugas. Investigator mengadministrasikan sebuah paket instrumen *paper and pencil* selama sebuah periode 2 hari pada perguruan tinggi setempat bagi kelompok petugas yang berpartisipasi dalam penelitian ini.

Selama pertemuan, investigator menginformasikan kepada para petugas mengenai sifat dari penelitian yang berorientasi pada kesehatan dan menekankan sifat kesukarelaan dari penelitian. Setiap petugas menyelesaikan sebuah paket yang berisi suatu bentuk persetujuan yang menjelaskan garis besar tujuan dari penelitian, 5F-Wel, kuesioner tingkat kesiapan, dan skala aitem tunggal yang mengukur SE. Setelah para partisipan menyelesaikan berbagai instrumen psikometrik, investigator menawarkan untuk menjawab yang mungkin partisipan miliki. Para partisipan diberi tahu bagaimana mereka dapat menghubungi investigator jika berbagai pertanyaan atau masalah muncul selama penelitian berlangsung. Untuk para petugas yang secara acak ditugaskan dalam kelompok perlakuan, investigator menginformasikan kepada mereka bahwa seorang konselor tingkat doktoral dari Departemen Konselor Pendidikan pada universitas di pinggiran kota di wilayah tenggara dari Amerika Serikat akan secara acak ditugaskan pada masing-masing dari para petugas yang dapat dihubungi oleh para petugas itu dalam periode 7 hingga 10 hari untuk mengatur sesi konseling mereka yang pertama.

Para partisipan juga diinformasikan mengenai sifat dari penelitian oleh pemimpin operasi lapangan, sebagaimana dilakukan oleh para konselor yang ditugaskan. Lebih lanjut lagi, untuk ketiga puluh partisipan yang ditempatkan pada kelompok perlakuan, kinerja mereka memiliki kaitan dengan masalah kesehatan terus didiskusikan dan ditinjau ulang selama penyelenggaraan lima sesi konseling dengan para konselor mereka. Sesi

konselor secara teoretis didasarkan pada *Invisible Self Model* Myers & Sweeney (2004), dan strategi-strategi yang digunakan bersifat kognitif behavioral. Sesi konseling awal difokuskan pada pembentukan hubungan yang baik dengan para partisipan dan mereorientasi konsep mereka mengenai kesehatan, khususnya dalam kaitan dengan *Invisible Self Model of wellness*. Intervensi konseling pada sesi 1 dimulai dengan sebuah diskusi dan pemeriksaan yang seksama mengenai hasil pretes dengan setiap partisipan. Lebih lanjut lagi, sesi konseling awal mengharuskan para partisipan mengidentifikasi satu atau dua area kesehatan yang mereka nilai rendah berdasarkan hasil dari 5f-Wel. Tujuan perlakuan dan rencana kesehatan pribadi dihasilkan dalam kolaborasi dengan konselor, dengan melibatkan *time line* yang realistis dan tujuan behavioral yang spesifik berdasarkan dimensi kesehatan yang diidentifikasi partisipan untuk mencapai kesehatan yang lebih baik. Tiga sesi konseling berikutnya diatur di seputar rencana perlakuan kognitif behavioral yang diindividualisasi oleh partisipan dan tujuan dari perlakuan. Selama sesi konseling individual kelima, para partisipan merefleksikan perasaannya mengenai kesehatan, dan akhirnya menyelesaikan 5F-Wel, dan Kuesioner Tingkat Kesiapan, dan pengukuran SE aitem tunggal. Lebih lanjut lagi, pada sesi konselor terakhir, para partisipan menerima sebuah daftar referral mengenai pelayanan kesehatan mental yang tersedia yang ditawarkan di lingkungan mereka. Jika para partisipan memiliki berbagai pertanyaan atau masalah berkaitan dengan apa yang dilakukan, informasi mengenai cara menghubungi investigator telah disediakan untuk mereka dalam bentuk yang disetujui yang mereka baca dan mereka tanda tangani pada pertemuan kelompok di awal masa penelitian.

Proyek penelitian mengambil waktu kira-kira 15 pekan untuk diselesaikan, mengijinkan adanya janji pertemuan yang dijadwal ulang atau batal karena sakit, ketidakhadiran, atau alasan lain. Dari sebanyak 30 orang partisipan yang secara acak ditempatkan pada kelompok perlakuan di awal penelitian, 24 orang partisipan menyelesaikan postes dan lima sesi konseling. Masing-masing petugas menerima lima kali sesi konselor individual berdurasi satu jam pada setiap minggu dalam sebuah periode 10 hingga 15 minggu. Para konselor yang menyediakan konselor individual bagi para petugas penegak hukum kesemuanya adalah konselor pada tingkat doktor. Untuk meyakinkan bahwa 24 peserta yang menerima konseling memiliki pengalaman yang

sama, investigator memberikan pelatihan kepada lima konselor tingkat doktor yang menyediakan konseling. Dalam pelatihan ini, investigator mendiskusikan dan menyimpulkan konsep mengenai kesehatan berdasarkan *Invisible Self Model of wellness* Myers & Sweeney (2004), menyediakan salinan dari 5F-Wel untuk para konselor, melatih para konselor dalam menggunakan dan menginterpretasi secara tepat skor 5F-Wel, dan menyediakan struktur garis besar untuk setiap sesi konseling.

Secara spesifik, pelatihan para konselor tingkat doktor berfokus pada bagaimana menginterpretasikan hasil dari 5F-Wel; bagaimana untuk memberikan dan mendiskusikan skor kesehatan dengan para partisipan; dan bagaimana mendampingi partisipan dalam memunculkan tujuan yang konkret, dapat dicapai untuk dikerjakan selama durasi penelitian 10 pekan dalam usaha meningkatkan tingkat kesehatan mereka secara keseluruhan. Pelatihan itu menekankan pada pentingnya identifikasi para partisipan hanya satu atau dua area kesehatan yang diskor paling rendah selama sesi konseling pertama dan kemudian memunculkan sebuah *time line*, agenda, dan tujuan realistis untuk konseling dalam tujuan untuk meningkatkan kesehatan dalam berbagai dimensi kesehatan yang diidentifikasi. Investigator menyediakan supervisi kelompok bagi kelima konselor dalam sebuah basis reguler di sepanjang penelitian 10 sampai 15 pekan.

Dari 30 peserta yang secara acak ditugaskan pada kelompok kontrol, 27 bertahan mengikuti penelitian dan menyelesaikan postes pada akhir periode 15 minggu. Para partisipan yang ditugaskan pada kelompok kontrol tidak menerima konseling individual atau intervensi lainnya. Layanan konseling disediakan secara gratis bagi para partisipan dari kelompok kontrol. Pengurangan partisipan dari kedua kelompok baik kelompok kontrol maupun eksperimen terjadi karena cedera, ketidaksesuaian jadwal kerja antara petugas dengan konselor yang ditugaskan untuknya, dan persoalan pribadi yang mengharuskan bebas tugas dari pekerjaan.

Setiap minggu, hampir 15 konseling diselenggarakan pada kantor kepolisian daerah. Sesi konseling diselenggarakan di ruangan khusus dengan pintu yang tertutup. Sesi-sesi itu diselenggarakan ketika ruang kantor tersedia dan selama waktu yang sama-sama menguntungkan bagi petugas dan konselor yang ditugaskan.

Informasi pribadi mengenai partisipan penelitian sangat dijaga kerahasiaannya. Komunikasi antara konselor yang memiliki ijin praktik atau para konselor yang berada di

bawah pengawasan konselor yang memiliki ijin praktik yang memperhatikan hak khusus di bawah hukum Louisiana.

6. Hasil-hasil

Hipotesis 1 menyatakan bahwa para partisipan yang menerima sesi konseling kesehatan individual selama periode 10 minggu akan memperoleh skor kesehatan yang lebih tinggi daripada partisipan pada kelompok kontrol. Hasil-hasil analisis varian ukuran-ukuran yang diulang (RM ANOVA) menunjukkan signifikan, Λ Wilks = 0.81, $F(1,49) = 11.56$, $p = 0.19$, *within-subject effect* untuk konseling kesehatan dan kesehatan secara keseluruhan. *Within-subject effect* menganalisis dampak dari waktu antara pretes dan postes dalam tingkat-tingkat kesehatan. *Within-subject effect* tidak signifikan, $F(1,49) = 0.20$, $p = 0.66$, $\eta^2 = 0.004$. interaksi *between-subject* dan *within-subject* adalah signifikan, Λ Wilks = 0.81, $F(1,49) = 11.76$, $p = 0.01$, $\eta^2 = 0.19$. Secara spesifik perlakuan dari konseling kesehatan memiliki sebuah dampak signifikan dalam meningkatkan keseluruhan tingkat kesehatan total antara pengukuran pretes ($M = 217$, $SD = 23.44$) dan postes ($M = 234$, $SD = 22.67$) sebagaimana diilustrasikan pada gambar 1. gambar 1 menyediakan sebuah gambaran mengenai skor-skor kesehatan secara keseluruhan antara pretes dan postes untuk kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Tingkat kesehatan kelompok kontrol tetap tidak berubah dari pretes ($M = 223$, $SD = 18.78$) kepada postes ($M = 223$, $SD = 19.47$).

Suatu rangkaian RM ANOVA dihitung untuk menguji dampak dari konseling individual pada lima faktor tingkat kedua (misalnya, *essential self*, *social self*, *physical self*, *creative self*, dan *coping self*). Hasil dari RM ANOVA menunjukkan bahwa dampak perlakuan *within-subject* adalah signifikan terhadap konseling kesehatan dalam empat dari lima faktor tatanan kedua: *creative self*, *social self*, *physical self*, dan *coping self*. Tidak ada dampak *between-subject* yang terbukti. Hasil dari RM ANOVAs untuk hipotesis ini menunjukkan bahwa konseling kesehatan memiliki sebuah dampak positif pada kesehatan. Secara spesifik, skor rata-rata total untuk *social self* menunjukkan signifikan, Λ Wilks = 0.91, $F(1,49) = 4.74$, $p = 0.03$, parsial $\eta^2 = 0.09$, perubahan antara skor rata-rata total pretes ($M = 27.13$, $SD = 3.29$) dan Postes ($M = 29.00$, $SD = 3.12$). Skor-skor rata-rata total untuk *physical self* menunjukkan signifikan, Λ Wilks = 0.89, $F(1,49) = 6.25$, $p = 0.02$, parsial $\eta^2 = 0.11$, perubahan antara skor rata-rata total pretes ($M = 26.71$, $SD = 6.84$) dan Postes ($M = 30.00$, $SD = 5.60$). Skor-skor rata-rata total untuk *creative*

self menunjukkan signifikan, Λ Wilks = 0.87, $F(1,49) = 7.20$, $p = 0.01$, parsial $\eta^2 = 0.13$, perubahan antara skor rata-rata total pretes ($M = 61.29$, $SD = 7.64$) dan Postes ($M = 65.75$, $SD = 8.90$). Skor-skor rata-rata total untuk *coping self* menunjukkan signifikan, Λ Wilks = 0.89, $F(1,49) = 6.26$, $p = 0.02$, parsial $\eta^2 = 0.11$, perubahan antara skor rata-rata total pretes ($M = 55.42$, $SD = 7.76$) dan Postes ($M = 58.38$, $SD = 8.27$). Sementara itu, skor-skor rata-rata total pretest ($M = 47.08$, $SD = 6.18$) dan postes ($M = 51.04$, $SD = 6.76$) *essential self* tidak signifikan, Λ Wilks = 0.95, $F(1,49) = 2.65$, $p = 0.11$, parsial $\eta^2 = 0.05$, berbeda dengan yang lainnya.

Empat dari lima interaksi *between subject x within subject* adalah signifikan: *social self*, Λ Wilks = 0.91, $F(1,49) = 4.74$, $p = 0.001$, $\eta^2 = 0.19$; *physical self*, Λ Wilks = 0.91, $F(1,49) = 4.74$, $p = 0.03$, $\eta^2 = 0.09$; *creative self*, Λ Wilks = 0.871, $F(1,49) = 7.20$, $p = 0.01$, $\eta^2 = 0.13$; dan *coping self*, Λ Wilks = 0.89, $F(1,49) = 6.26$, $p = 0.02$, $\eta^2 = 0.11$. Interaksi *essential self* tidak signifikan, Λ Wilks = 0.95, $F(1,49) = 2.65$, $p = 0.11$, $\eta^2 = 0.05$. Seperti ditunjukkan pada tabel 1, skor *social self*, *physical self*, *creative self*, dan *coping self* meningkat dari pretes ke postes, sementara skor-skor pada kelompok kontrol tidak.

Hipotesis 2 mengemukakan bahwa para partisipan yang tinggi dalam SE yang menerima konseling kesehatan dan berada dalam tahapan prekontemplasi, kontemplasi, atau persiapan dalam TTM (Prochaska & DiClemente, 1982) akan lebih sering mengalami peningkatan dalam hal kesehatan daripada mereka yang berada pada tiga tahap yang sama yang rendah dalam SE. Para partisipan dalam tahap prekontemplasi, kontemplasi, dan persiapan dipilih, dan mereka yang berada pada tahapan tindakan dan pengelolaan disaring untuk analisis ini. RM ANOVA dilakukan untuk menguji perbedaan antara skor rata-rata kesehatan total dari para partisipan dengan SE tinggi yang menerima konseling kesehatan dan berada pada tahap prekontemplasi, kontemplasi, dan persiapan dalam TTM terhadap rata-rata kesehatan total dari para partisipan dengan SE rendah pada tiga tahapan yang sama yang juga menerima konseling kesehatan. Kelompok yang tinggi dan rendah dalam SE ditentukan menggunakan metode *median-split*. Individu pada kelompok SE tinggi memiliki skor SE 80 atau lebih, dan individu pada kelompok SE rendah memiliki skor SE 70 atau kurang. Hasilnya menunjukkan tidak signifikan, Λ Wilks = 0.97, $F(1,21) = 0.76$, $p = 0.39$, parsial $\eta^2 = 0.04$, perbedaan dalam skor rata-rata kesehatan total antara para partisipan yang memiliki SE tinggi dan rendah yang berada pada tahapan prakontemplasi, kontemplasi, dan persiapan. Hasil-hasilnya menunjukkan bahwa tingkatan-tingkatan kesehatan tidak mengalami peningkatan bagi individu yang menerima konseling

kesehatan berdasarkan tinggi atau rendahnya SE bagi orang-orang yang berada dalam tahap perubahan prakontemplasi, kontemplasi, atau persiapan.

TABEL 1
Perbandingan Skor Faktor Kesehatan
Antara Kelompok Perlakuan (n=24) dan Kelompok Kontrol (n = 27)

Faktor dan kelompok	Pretes		Postes	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
<i>Essential self</i>				
K. perlakuan	47.08	6.18	51.04	6.76
K. Kontrol	47.19	6.40	48.41	5.11
<i>Social self</i>				
K. perlakuan	27.13	3.29	29.00	3.12
K. Kontrol	27.41	2.90	27.44	3.03
<i>Physical self</i>				
K. perlakuan	26.71	6.84	30.00	5.60
K. Kontrol	28.19	6.18	27.96	5.22
<i>Creative self</i>				
K. perlakuan	61.29	7.64	65.75	8.90
K. Kontrol	63.30	6.19	63.00	7.23
<i>Coping self</i>				
K. perlakuan	55.42	7.76	58.38	8.27
K. Kontrol	57.48	3.67	56.67	3.95

Hipotesis 3 mengemukakan bahwa para partisipan yang tinggi dalam SE yang menerima konseling kesehatan dan berada pada tahap prakontemplasi, kontemplasi, dan persiapan dalam TTM (Prochaska & DiClemente, 1982) akan lebih sering mengalami kemajuan ke tahapan selanjutnya pada TTM. Hanya para partisipan baik yang berada pada tahapan prakontemplasi, kontemplasi, dan persiapan pada TTM dipilih untuk seleksi ini. Para partisipan pada tahapan tindakan atau pengelolaan pada TTM disaring. Sebuah analisis regresi logistik dilakukan untuk menentukan apakah para partisipan yang tinggi dalam TTM akan lebih sering mengalami kemajuan ke tahapan TTM selanjutnya daripada mereka yang rendah dalam SE pada tahapan TTM yang sama. Mendahului analisis regresi logistik, tahapan TTM pretes dan postes para peserta diuji. Para partisipan dibagi ke dalam dua kelompok berdasarkan pergerakan dalam TTM dari pretes ke postes: (a) pergerakan positif dalam TTM atau (b) gerakan yang negatif atau tidak ada gerakan dalam TTM. Hasil-hasilnya tidak signifikan, $\chi^2 (2, N=23) = 0.24, p = 0.89$, mengindikasikan bahwa kesehatan kekuasaan tidak memprediksikan pergerakan menuju tahapan selanjutnya dari TTM untuk para partisipan dengan SE tinggi yang berada pada tahapan prakontemplasi, kontemplasi, dan persiapan pada TTM.

7. Diskusi

Hasil-hasil dari penelitian ini mengindikasikan adanya perbedaan signifikan antara skor kesehatan rata-rata total pretes dan postes bagi para partisipan yang menerima konseling kesehatan. Dengan demikian, para partisipan kelompok perlakuan yang menerima konseling memperoleh skor kesehatan yang lebih tinggi daripada kelompok kontrol. Kelompok kontrol tidak mengalami peningkatan signifikan dalam keseluruhan skor kesehatan rata-rata total. Faktanya, tingkatan-tingkatan kesehatan untuk kelompok kontrol relatif tidak berubah dari pretes ke postes. Hasil-hasil ini menunjukkan bahwa sesi-sesi konseling yang muncul secara positif mempengaruhi kesehatan dalam penelitian ini. Peningkatan kesehatan yang dilaporkan juga dapat menjadi sebuah hasil dari hubungan atau perhatian yang diberikan kepada para petugas daripada konseling itu sendiri. Penelitian-penelitian selanjutnya diharapkan dapat menggunakan kelompok perlakuan (misalnya, konseling); kelompok kontrol, sebagaimana dalam penelitian ini; dan sebuah kelompok kontrol yang menerima kontak atau informasi pendidikan di samping konseling. Hal ini akan memungkinkan para peneliti untuk menentukan apakah konseling benar-benar memberikan hasil dalam mengubah kesehatan yang dilaporkan dalam penelitian eksplanatori ini.

Perubahan positif yang signifikan ditemukan antara skor rata-rata total pretes dan postes untuk empat dari lima faktor tatanan kedua: *social self*, *physical self*, *creative self*, dan *coping self*. *Essential self* adalah satu-satunya faktor tatanan kedua yang perubahan positif signifikan antara skor rata-rata total pretes dan postesnya tidak terjadi. Jika para petugas penegak hukum dalam penelitian ini meningkat dalam kesehatan pada empat faktor yang lain, tetapi tidak dalam faktor *essential self*, hal ini bisa jadi bahwa sesi konseling menargetkan dimensi kesehatan yang spesifik kepada *social self*, *physical self*, *creative self*, dan *coping self*. Merupakan hal yang memungkinkan bahwa para partisipan memilih untuk bekerja pada perubahan yang memberikan dampak dan menaikkan tingkat kesehatan dalam area yang spesifik dengan keempat faktor tatanan kedua ini dan tidak mengidentifikasi dimensi-dimensi yang khusus kepada *essential self* (misalnya, spiritualitas, perawatan diri, identitas gender, dan identitas budaya).

Penjelasan lain untuk skor-skor *essential self* tidak meningkat di antara para petugas penegak hukum pada kelompok perlakuan bahwa mungkin saja intervensi behavioral kognitif yang digunakan dalam konseling kesehatan mengakibatkan peningkatan alam kesehatan di area spiritual, perawatan diri, identitas gender, dan identitas budaya bukanlah intervensi-intervensi

konseling yang efektif untuk meningkatkan kesehatan dalam empat dimensi kesehatan ini. Faktor-faktor tatanan kedua yang lain dari *physical self*, *creative self*, *coping self*, dan *social self* yang di mana perubahan positif ditemukan dapat menjadi konkret dan nyata, dan karenanya, lebih tersedia bagi perubahan positif dalam sebuah intervensi konseling kognitif behavioral

Penelitian ini menunjukkan bahwa peningkatan kesehatan tidak dipengaruhi oleh tingkat SE. Dengan demikian, para partisipan dengan tingkat SE tinggi yang berada pada tahapan prakontemplasi, kontemplasi, atau persiapan pada TTM (Prochaska & DiClemente, 1982) tidak lebih sering mengalami peningkatan dalam skor kesehatan dibanding para partisipan yang memiliki SE rendah dan berada pada tahapan TTM yang sama. Hasil-hasilnya menunjukkan tidak ada perbedaan kesehatan total rata-rata yang signifikan antara para partisipan dengan SE tinggi ataupun rendah yang di berada dalam prakontemplasi, kontemplasi, atau persiapan dari TTM. Berbagai Temuan ini dapat mengindikasikan bahwa SE para partisipan atau rasa percaya diri yang diterima, secara sukses menunjukkan dan melakukan berbagai perilaku yang meningkatkan perilaku, mungkin bukanlah sebuah mediator dalam memprediksikan sebuah perubahan dalam kesehatan untuk para partisipan yang menerima konseling kesehatan.

Temuan terbaru tidak konsisten dengan temuan DiClemente, Prochaska, dan Gibertini (1985), yang menemukan bahwa skor-skor SE yang sangat berguna dalam prediksi mengenai siapa yang akan sukses dalam menghentikan kebiasaan merokok atau siapa yang akan mengalami kekambuhan. SE, ketika diaplikasikan kepada perilaku olah raga, ditemukan dapat meningkatkan tahapan transisi (Nigg & Couneeya, 1998). Serupa dengan itu, penelitian lain (AbuSabha & Achterberg, 1997, Marcus, et.al., 1992) telah menemukan SE untuk menjadi sebuah prediktor yang penting dalam menentukan perubahan perilaku sehat dan pergerakan di dalam TTM (Prochaska & DiClemente, 1982). Bagaimanapun, tidak semua penelitian menemukan korelasi positif yang kuat antara peningkatan SE dan pergerakan pada rangkaian tahap-tahap TTM. Prochaska dan Marcus (1994) menyebutkan bahwa SE sebagai sebuah variabel prediktor untuk kemajuan tahapan TTM dibatasi selama tahap-tahap awal dari TTM. Temuan terbaru menunjukkan bahwa SE untuk kesehatan bukanlah variabel prediktor signifikan ketika diaplikasikan untuk memprediksikan pergerakan maju dari tahapan-tahapan prakontemplasi, kontemplasi, atau persiapan dari TTM.

Sebuah penjelasan yang mungkin untuk temuan ini adalah bahwa para partisipan yang memiliki SE tinggi dan mereka yang berada pada tahapan perubahan prakontemplasi,

kontemplasi, atau persiapan tidak terlibat dalam tindakan intensional untuk meningkatkan kesehatan. Secara spesifik, temuan ini menyatakan bahwa, meskipun para partisipan tinggi dalam SE, hal itu tidaklah cukup untuk menentukan apakah mereka akan terlibat dalam perilaku tertentu yang berorientasi pada kesehatan dan akhirnya meningkatkan tingkatan kesehatan dan mengalami kemajuan ke tahapan TTM selanjutnya (Prochaska & DiClemente, 1982). Ini adalah temuan yang menarik bahwa sebuah literatur yang luas muncul dengan mengangkat pentingnya peran yang dimainkan SE dalam memprediksi dan memediasi performansi dan pengelolaan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan (Bandura, 1977; McGahee, Kamp, & Tingen, 2000). Temuan kami juga mengindikasikan bahwa terdapat faktor-faktor lain di samping SE yang perlu dipertimbangkan bagi individu-individu yang berada pada tahapan prakontemplasi, kontemplasi, atau persiapan dari TTM yang berusaha untuk terlibat dengan perubahan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan dalam upaya untuk mencapai kesehatan yang lebih tinggi. Untuk menaikkan tingkat kesehatan antara pretes dan postes bagi para partisipan di tiga tahapan TTM, para partisipan diharuskan untuk membuat sebuah perubahan perilaku intensional yang berhubungan dengan kesehatan untuk rencana kesehatan mereka yang diindividualisasi.

Penjelasan lain yang lebih masuk akal untuk temuan ini mungkin adalah bahwa pengukuran SE aitem tunggal yang digunakan dalam penelitian ini tidaklah mengukur secara adekuat sifat yang umum dari konstruk kesehatan. Meskipun pengukurann SE aitem tunggal telah digunakan pada masa lalu (Chase, Ewing, Lirgg, & George, 1994; Kontos, 2004), validitasnya dengan sebuah konstruk yang multidimensional yang melibatkan berbagai perilaku yang berbeda merupakan hal yang dipertanyakan. Di samping ini, adalah penting untuk dicatat bahwa pertanyaan SE aitem tunggal dapat menghasilkan interpretasi yang berbeda-beda di antara para partisipan. Dengan kata lain, para partisipan dapat mengasosiasikannya ke dalam berbagai makna dan definisi yang berbeda kepada konstruk global mengenai kesehatan karena mereka berusaha mengukur tingkat penerimaan SE dalam hubungannya dengan berbagai perilaku yang berorientasi pada kesehatan.

Dalam catatan yang sama, berbagai pembatasan lain mengenai penelitian ini harus dimasukkan ke dalam hitungan. Sebuah pembatasan utama atas penelitian ini adalah ukuran sampel yang kecil dan komposisi partisipan, yang lebih didominasi oleh pria kulit putih, kelas menengah dan sub-urban. Terdapat kekurangan dalam perhatian terhadap perbedaan gender dan etnis di antara sampel yang membatasi hasil-hasil penelitian untuk digeneralisasi kepada

populasi penegak hukum lainnya. Para petugas penegak hukum yang mau berpartisipasi dalam penelitian ini mungkin tidak menerima penggambaran yang akurat mengenai semua petugas penegak hukum. Karenanya, peringatan harus diperhatikan ketika berusaha untuk menggeneralisasi hasil-hasil dari penelitian ini terhadap kantor dan personel penegak hukum lain yang ditugaskan pada divisi penegakan hukum yang lain. Lebih lanjut lagi, adalah penting untuk mempertimbangkan bahwa hasil-hasil dari penelitian ini mungkin telah dipengaruhi oleh 9 orang petugas penegak hukum yang tidak menuntaskan penelitian karena alasan profesional dan pribadi. Ketidakhadiran mereka dalam analisis data akhir mungkin saja dapat mempengaruhi data postes.

Sebuah pembatasan yang utama dalam penelitian ini adalah kurangnya kelompok placebo. Penelitian ini lebih lanjut dibatasi oleh instrumen-instrumen survey *self-report* yang digunakan untuk mengumpulkan data pada tingkat penerimaan kesehatan partisipan, SE, dan motivasi untuk terlibat dalam berbagai perilaku kesehatan. Karena berbagai kuesioner didasarkan pada *self-report*, para responden mungkin memilih jawaban yang mereka anggap dapat diterima secara sosial. Di samping itu, pertanyaan SE aitem tunggal ditempatkan sebagai pembatasan terhadap sifat kesehatan yang bersifat global. Terakhir, desain penelitian yaitu desain pretes-perlakuan-postes, dan karenanya mengukur kesehatan hanya dua kali: satu di awal dan satu di akhir periode penelitian 10 sampai 15 minggu. Karenanya berbagai pencapaian atau peningkatan jangka panjang dalam skor kesehatan bagi para partisipan dalam kelompok kontrol yang menerima lima sesi konseling individual setiap pekan tidak diukur di luar 10 minggu. Usaha pemberian perlakuan yang diberikan selama jangka waktu penelitian dapat atau tidak dapat dikelola setelah 10 minggu. Profesi penegak hukum cenderung untuk melibatkan suatu budaya kerja yang tidak mendukung atau meningkatkan gaya hidup yang berorientasi pada kesehatan. Karena itu, dalam penelitian di masa yang akan datang, sebuah pengukuran kesehatan yang merupakan tindak lanjut setelah penyelenggaraan penelitian harus dilaksanakan.

Penelitian juga dikatakan memiliki keterbatasan karena waktu yang terbatas. Para partisipan dalam kelompok perlakuan menerima semua sesi konseling individual. Sebuah durasi yang lebih panjang dari perlakuan dapat memberikan hasil yang berbeda. Perlu juga dicatat bahwa tingkat keterampilan dan pengetahuan konselor juga berbeda-beda, karenanya mempengaruhi keefektifan dari perlakuan konseling.

8. Implikasi untuk pendidik konselor

Menurut Myers, et.,al (2000), konseling efektif didasarkan pada tujuan untuk mendampingi individu untuk memiliki kehidupan yang panjang dan sehat. Konsep ini secara khusus penting untuk dimiliki oleh para konselor ketika memberikan konseling kepada para petugas penegak hukum, memperhatikan tingkat stres yang terjadi dalam pekerjaan polisi yang sering kali berkontribusi pada praktik gaya hidup yang tidak sehat. Berdasarkan hal itu, program-program pelatihan konselor harus menunjukkan pentingnya konseling kesehatan dan mengajarkan para mahasiswa mengenai berbagai paradigma yang berbeda mengenai kesehatan yang dapat digabungkan ke dalam berbagai orientasi teoretis mengenai konseling. Para mahasiswa konseling harus dibuat peka terhadap *the Invisible Self Model* (Myers & Sweeney, 2004) mengenai kesehatan bahwa itu dapat diaplikasikan pada berbagai populasi dan digabungkan dengan berbagai orientasi teoretis mengenai konseling. Lebih lanjut lagi, para konseling yang masih berada dalam tahap training harus diarahkan dan dilatih untuk dapat menggunakan 5F-Wel dalam upaya untuk meningkatkan pengetahuan konseling mengenai pengukuran kesehatan secara spesifik dan penggunaan berbagai inventori tertentu setting klinis, khususnya dengan berbagai populasi beresiko yang teridentifikasi. Secara umum, masalah pencegahan, pencegahan dini, dan kesehatan harus ditunjukkan dalam program konseling yang mempertimbangkan bahwa konsep-konsep mengenai peningkatan kesehatan dan hidup sehat adalah dasar bagi profesi konseling.

9. Implikasi bagi konselor

Hasil-hasil dari penelitian eksplanator ini dimasukkan dengan tujuan untuk memberikan pemahaman kepada para konselor mengenai efektivitas dari konseling kesehatan dengan para petugas penegak hukum dalam usaha-usaha untuk meningkatkan kesehatan para petugas secara keseluruhan. Penelitian ini menunjukkan bahwa para konselor dapat mempengaruhi kesehatan di antara para petugas melalui pemberian konseling secara individual terkait paradigma kesehatan. Karena itu, informasi ini dapat menghasilkan strategi-strategi konseling yang didasarkan pada sebuah kerangka kerja konseptual kesehatan dalam upaya untuk meningkatkan, memfasilitasi, dan mengelola kesehatan dan kesejahteraan para petugas. Secara khusus, penelitian ini dapat meningkatkan efektivitas konselor ketika memberikan konseling kepada para petugas penegak hukum.

Pada tahun 1992, Asosiasi Konseling Amerika menekankan pentingnya peningkatan kesehatan sebagai sebuah dasar untuk profesi konseling. Masalah-masalah itu berkaitan dengan

pencegahan, pencegahan dini, kesehatan, dan penguatan konselor untuk menjadi terpisah dari profesional di bidang kesehatan mental (Marcus, et.al., 1992; Prochaska et.al., 1994). Menurut Granello (2000), para konselor mungkin saja merupakan profesional yang paling pantas untuk bekerja dengan klien untuk memperbaiki gaya hidup mereka dan “mendampingi klien dengan mediator secara sosial dan psikologis yang mungkin mempengaruhi berbagai perilaku yang mungkin mempengaruhi kesehatan”.

Para konselor kesehatan mental dan para profesional kesehatan mental lainnya berada pada posisi terdepan untuk memberikan pengaruh yang positif dalam meningkatkan kesehatan di antara para personel penegak hukum. Para konselor profesional kesehatan mental, dapat mengembangkan dan mengimplementasikan program kesehatan menyeluruh yang membidik strategi intervensi dan pencegahan yang akan mencegah manifestasi dari berbagai masalah emosional dan fisik yang sering diasosiasikan dengan pekerjaan polisi. Konseling kesehatan, sebagai sebuah ukuran pencegahan, dapat membantu para petugas untuk memilih praktik hidup sehat dan mengadopsi berbagai perilaku yang berorientasi pada kesehatan dengan tujuan untuk mencapai dan mengelola kesejahteraan secara optimal. Dalam melakukan hal itu, para petugas akan lebih baik melengkapi diri dengan keterampilan *refined coping* untuk melawan efek negatif dari stres tinggi yang sering menyertai pekerjaan ini. Kehidupan yang sehat adalah sangat penting untuk populasi ini karena profesi penegak hukum sangat diliputi stres dan merusak kesehatan para petugas secara keseluruhan.

Berbagai upaya harus diambil oleh para konselor kesehatan mental untuk terlebih dahulu memahami dan mempertimbangkan budaya yang unik dan variabel yang muncul pada penegak hukum. Upaya yang kolaboratif antara para konselor dan personel penegak hukum adalah sebuah komponen yang vital dan diperlukan dalam implementasi dari pembentukan program kesehatan yang secara budaya didesain secara spesifik dan eksklusif bagi para petugas penegak hukum.

10. Implikasi bagi penelitian di masa yang akan datang

Berbagai upaya penelitian di masa yang akan datang harus fokus pada pengembangan teknik-teknik konseling dengan cara terbaik mengganti dan menemukan kebutuhan yang unik dari para petugas penegak hukum. Upaya-upaya penelitian harus disertai dengan pendampingan profesional dari berbagai profesional kesehatan mental yang bekerja di dalam area penegakkan

hukum, yang sering kali berhubungan dengan personel penegak hukum; dan yang memiliki sebuah pemahaman yang telah berkembang dengan baik mengenai perjuangan, tantangan, dan kebutuhan yang inheren pada pekerjaan polisi. Penelitian pada masa yang akan datang terkait penegakan hukum diasosiasikan dengan kematian dini, resiko hidup dalam jangka waktu yang panjang, dan stres tinggi yang mempengaruhi kesehatan, kehidupan pribadi, dan nilai dari para petugas untuk memberikan pelayanan penegakan hukum (Pierson, 1989; Vena, et. al., 1986). Secara spesifik, untuk tujuan menemukan secara lebih baik berbagai kebutuhan unik dari para petugas penegakan hukum dan untuk mengurangi kejadian yang tinggi dari kehancuran rumah tangga, perceraian, kekerasan domestik, bunuh diri, sinisme, depresi, kecemasan, gangguan tidur, dan alkoholisme di antara para penegak hukum, penelitian di masa yang akan datang diperlukan untuk melanjutkan penelusuran mengenai peningkatan kesehatan pada pekerjaan polisi dan peran konselor kesehatan dalam meningkatkan fungsi kesehatan di antara para petugas penegak hukum.

Desain-desain penelitian eksperimental pretes-perlakuan-postes di masa yang akan datang diperlukan untuk meniru temuan dari penelitian ini. secara spesifik, usaha-usaha penelitian di masa yang akan datang perlu membidik organisasi-organisasi penegakan hukum yang lain pada lokasi geografis yang lain dengan tujuan untuk menjawab pembatasan yang diasosiasikan dengan generalisasi dari penelitian ini. juga, penelitian pada masa yang akan datang harus melibatkan para petugas penegak hukum dari berbagai kelompok etnis minoritas dengan jumlah yang sesuai antara jumlah partisipan laki-laki dan perempuan. Penelitian yang lebih banyak juga diperlukan untuk memahami peran dari SE dan TTM (Prochaska & DiClemente, 1982) ketika diaplikasikan kepada konseling kesehatan dan intervensi yang dirancang untuk menaikkan tingkat kesehatan secara keseluruhan di antara para personel penegak hukum yang berada pada tahapan prakontemplasi, kontemplasi, atau persiapan dari prakontemplasi, kontemplasi, dan persiapan. TTM. Lebih lanjut lagi, rangkaian penelitian selanjutnya perlu memasukkan pengukuran SE aitem ganda yang akan mengukur secara sistematis karena hal itu berhubungan dengan berbagai dimensi kesehatan yang spesifik. Dalam mengukur SE dengan cara strategis karena hal itu berkaitan dengan dimensi-dimensi kesehatan yang dibidik, hal itu akan membuktikan bantuan dalam pembentukan berbagai tujuan perlakuan dan intervensi yang spesifik. Seperti halnya membuktikan fungsi sebagai sebuah indikator dari kemajuan perlakuan. Sebagai tambahan, sekarang telah dijelaskan bahwa konseling individual

dapat meningkatkan kesehatan di antara para petugas penegak hukum, berbagai penelitian yang menguji intervensi lain (seperti konseling kelompok, pendidikan psikoseksual, dan bacaan mengenai kesehatan) diperlukan untuk menentukan apakah mereka juga dapat meningkatkan kesehatan para petugas penegak hukum.

Di samping pembatasan pada penelitian ini, temuan-temuan ini akan membuktikan kegunaan bagi konselor dan para administrator penegak hukum yang memberikan konseling bagi para petugas penegak hukum dan yang berencana untuk menggabungkan sebuah konseptualisasi mengenai kesehatan yang holistik ke dalam pekerjaan mereka dengan para petugas, seperti dalam budaya penegak hukum. Penelitian ini mempertimbangkan lebih awal karena mencatat berbagai keterbatasan; bagaimanapun, temuan-temuannya adalah hal yang memberikan tantangan. Karena keterbatasan waktu, dan desain penelitian hanya terdiri dari lima sesi konseling individual. Kelima sesi menunjukkan sebuah awal bagi penyelidikan efektivitas dari konselor kesehatan individual di antara para personel penegak hukum. Bagaimanapun, adalah mungkin untuk menerima lebih dari lima konseling kesehatan individual yang menghasilkan sebuah peningkatan yang lebih besar dalam tingkat kesehatan bagi para petugas penegakan hukum. Penelitian-penelitian pada masa yang akan datang dapat memperluas dan meniru desain penelitian ini untuk mengevaluasi efektivitas dari konseling kesehatan dalam menaikkan tingkat kesehatan di antara personel layanan darurat yang lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Holly Tanigoshi, Anthony P. Kontos, & Theodore P. Remley Jr (2008). The Effectiveness of Individual Wellness Counseling on the Wellness of Law Enforcement Officers. *Journal of Counseling & Development*, 86, 64-74
- Nigg, C. R., & Courneya, K. S. (1998). Transtheoretical Model: Examining adolescent exercise behavior. *Journal of Adolescent Health*, 22, 214-224
- Myers, J. E., & Sweeney, T. J. (2003). *Five-Factor Wellness Inventory*. Menlo Park, CA: Mind Garden
- Myers, J. E., & Sweeney, T. J. (2004). The indivisible Self: An evidence-based model of wellness. *Journal of Individual Psychology*, 60, 234-244.