



Integrasi Dimensi Biopsikososiokultural Spiritual dalam Pengelolaan Kesehatan Karyawan Industri: Studi Kasus pada Praktik *Self-Management* Berbasis Makna

Dzul Arsyilana^{1*}, Rooswanti Putri Adi Agustini², Mohamad Yusak Anshori³

¹⁻²Departement of Management, Universitas International Semen, Indonesia

³Department of Management, Universitas Nahdlatul Ulama Surabaya, Indonesia

Email: dzul.arsyilana24@student.uisi.ac.id^{1*}, darsyilana123@gmail.com²

*Penulis Korespondensi: dzul.arsyilana24@student.uisi.ac.id

Abstract. *Conventional occupational health programs are often limited to biomedical and administrative approaches, overlooking the psychological, socio-cultural, and spiritual dimensions that empirically drive long-term health adherence. This study aims to analyze how an employee with high cardiovascular risk independently implements a biopsychosocial-cultural-spiritual approach within an organizational context, as well as its implications for human resource management architecture, particularly in employee health management. Using a qualitative case study design, data were collected through in-depth interviews, medical history, and work records of an employee in a cement industry company (36 years old, with 18 years of service). Deductive-abductive thematic analysis revealed four integrative dimensions: (1) biological: self-monitoring and evidence-based lifestyle modification; (2) psychological: transition from denial and perfectionism to acceptance and a meditative state; (3) socio-cultural: social learning from colleagues and neighbors, mentoring as “charitable knowledge sharing,” and reframing corporate KPIs from burdens into sources of support; and (4) spiritual: interpreting illness as a “divine trust” and responsibility as a “khalifah” (steward). The findings indicate that spiritual meaning functions as a catalyst that activates the reallocation of psychological resources (Conservation of Resources Theory), redesigns job demands (JD-R Model), and strengthens perceived benefits within the Health Belief Model. This study contributes to the development of meaning-enabled HRM by shifting the health intervention paradigm from external compliance toward facilitating employees’ holistic agency.*

Keywords: *Biopsychosociocultural-Spiritual Model; Conservation of Resources; Employee Health Management; Holistic Occupational Health; Meaning-Making.*

Abstrak. Program kesehatan kerja konvensional sering kali terbatas pada pendekatan biomedis dan administratif, mengabaikan dimensi psikologis, sosio-kultural, dan spiritual yang secara empiris menggerakkan kepatuhan kesehatan jangka panjang. Penelitian ini bertujuan menganalisis bagaimana seorang karyawan berisiko kardiovaskular tinggi mengimplementasikan pendekatan biopsikososiokultural spiritual secara mandiri dalam konteks organisasi, serta implikasinya bagi arsitektur manajemen sumber daya manusia, terutama berfokus pada kesehatan karyawan. Menggunakan desain studi kasus kualitatif, data dikumpulkan dari wawancara mendalam, riwayat kesehatan, dan catatan kerja seorang karyawan di suatu perusahaan industri semen (usia 36 tahun, masa kerja 18 tahun). Analisis tematik deduktif-abduktif mengungkap empat dimensi integratif: (1) biologis: pemantauan mandiri dan modifikasi gaya hidup berbasis bukti; (2) psikologis: transisi dari denial-perfeksionisme ke penerimaan dan *meditative state*; (3) sosio-kultural: pembelajaran sosial dari rekan/tetangga, mentoring sebagai “sedekah ilmu”, dan reframing KPI perusahaan dari beban menjadi dukungan; serta (4) spiritual: pemaknaan penyakit sebagai “titipan ilahiah” dan tanggung jawab “khalifah”. Temuan menunjukkan bahwa makna spiritual berfungsi sebagai katalis yang mengaktifkan realokasi sumber daya psikologis (*COR Theory*), mendesain ulang tuntutan kerja (*JD-R Model*), dan memperkuat *perceived benefits* dalam *Health Belief Model*. Penelitian ini berkontribusi pada pengembangan *meaning-enabled HRM* dengan menggeser paradigma intervensi kesehatan dari kepatuhan eksternal menuju fasilitasi agensi holistik karyawan.

Kata kunci: Kesehatan Kerja Holistik; Konservasi Sumber Daya; Konstruksi Makna; Manajemen Kesehatan Karyawan; Model Biopsikososiokultural Spiritual.

1. LATAR BELAKANG

Manajemen kesehatan karyawan dalam praktik MSDM selama ini masih banyak berfokus pada pendekatan preventif administratif, seperti *medical check-up* (MCU),

pemantauan indikator kesehatan fisik, serta kepatuhan terhadap standar keselamatan kerja. Pendekatan tersebut memang penting sebagai bentuk deteksi dini risiko penyakit dan pengendalian produktivitas tenaga kerja. Namun, dalam praktiknya, efektivitas kebijakan kesehatan perusahaan sering mengalami keterbatasan ketika berhadapan dengan penyakit kronis progresif maupun perubahan perilaku kesehatan jangka panjang. Hal ini terjadi karena kesehatan karyawan tidak hanya dipengaruhi oleh kondisi biologis, tetapi juga oleh faktor psikologis, relasi sosial, budaya kerja, serta cara individu memaknai kondisi dirinya sendiri (Guest, 2017) Dalam banyak kasus, karyawan memahami hasil MCU bukan sekadar sebagai data medis, melainkan sebagai pengalaman personal yang berkaitan dengan kecemasan, tuntutan pekerjaan, identitas diri, hingga persepsi mengenai masa depan hidupnya.

Di tengah dinamika industri modern yang ditandai oleh tekanan target, beban kognitif tinggi, ketidakpastian peran, serta percepatan ritme kerja, pengelolaan kesehatan menjadi proses yang semakin kompleks. Karyawan tidak lagi hanya merespons rekomendasi medis secara rasional, tetapi juga mempertimbangkan nilai spiritual, tanggung jawab keluarga, norma sosial di lingkungan kerja, serta pengalaman hidup yang membentuk keputusan kesehatannya. Misalnya, sebagian karyawan tetap memaksakan diri bekerja meskipun kondisi kesehatannya menurun karena adanya tuntutan ekonomi atau budaya kerja yang menormalisasi kelelahan. Kondisi ini menunjukkan bahwa perubahan perilaku kesehatan tidak dapat dijelaskan hanya melalui pendekatan medis-biologis semata. Oleh karena itu, diperlukan perspektif yang lebih integratif agar pengelolaan kesehatan karyawan tidak berhenti pada aspek pemeriksaan fisik, tetapi juga mampu memahami faktor makna dan pengalaman subjektif yang memengaruhi praktik self-management kesehatan di lingkungan industri.

Model biopsikososiokultural spiritual yang dikembangkan oleh (Sulmasy, 2002) menawarkan pendekatan yang lebih holistik dalam memahami kesehatan manusia. Model ini memandang bahwa kondisi kesehatan terbentuk melalui interaksi dinamis antara aspek biologis, psikologis, sosial-budaya, dan spiritual yang saling memengaruhi secara simultan. Dalam konteks karyawan industri, dimensi biologis berkaitan dengan kondisi fisik dan risiko penyakit akibat kerja, dimensi psikologis berkaitan dengan stres, motivasi, dan regulasi emosi, sedangkan dimensi sosial-budaya mencakup hubungan kerja, budaya organisasi, serta dukungan sosial. Sementara itu, dimensi spiritual berhubungan dengan nilai hidup, rasa syukur, tujuan keberadaan, dan cara individu memaknai penderitaan maupun kesehatan yang dialaminya. Keempat dimensi tersebut pada dasarnya tidak

berdiri sendiri, melainkan saling terhubung dalam membentuk perilaku kesehatan sehari-hari.

Meskipun demikian, implementasi model biopsikososiokultural spiritual dalam praktik MSDM masih relatif terbatas dan lebih sering digunakan dalam ranah pelayanan klinis atau kesehatan komunitas. Di banyak organisasi, program kesehatan karyawan umumnya masih berorientasi pada penyediaan fasilitas medis, asuransi kesehatan, atau pemeriksaan rutin, tanpa diimbangi dengan ruang refleksi dan penguatan makna personal karyawan terhadap kesehatan mereka sendiri. Padahal, dalam praktik *self-management* sehari-hari, karyawan sering kali telah mengintegrasikan dimensi biologis, psikologis, sosial, dan spiritual secara bersamaan, misalnya melalui pengaturan pola hidup, pencarian dukungan sosial, aktivitas religius, atau upaya menjaga keseimbangan emosional saat menghadapi tekanan kerja. Ketika perusahaan gagal memahami dimensi tersebut, intervensi kesehatan berpotensi dipersepsikan hanya sebagai kewajiban administratif yang membebani, bukan sebagai bentuk dukungan nyata terhadap keberlanjutan kualitas hidup karyawan. Oleh sebab itu, pendekatan biopsikososiokultural spiritual menjadi relevan untuk digunakan sebagai lensa analisis dalam memahami praktik self-management kesehatan berbasis makna di lingkungan industri.

Berdasarkan kesenjangan teoretis dan praktis tersebut, penelitian ini bertujuan untuk: (1) mengurai mekanisme integrasi biopsikososiokultural spiritual dalam praktik pengelolaan kesehatan mandiri karyawan; (2) menganalisis bagaimana makna spiritual dan kontekstual kerja memoderasi kepatuhan terapeutik; serta (3) merumuskan implikasi strategis bagi MSDM dalam mendesain ulang arsitektur *well-being* yang berbasis agensi holistik. Studi ini menggunakan pendekatan kualitatif pada satu kasus mendalam untuk mengungkap trajektori transformatif yang sering terlewat dalam desain kuantitatif cross-sectional.

2. KAJIAN TEORITIS

MODEL BIOPSIKOSOSIOKULTURAL SPIRITUAL DALAM KESEHATAN KERJA

Model biopsikososiokultural spiritual merupakan evolusi paradigmatis dari pendekatan biomedis reduksionis yang secara tradisional mendominasi pengelolaan kesehatan di tempat kerja. Awalnya dicetuskan oleh (Engel, 1977) sebagai model biopsikososial, kerangka ini kemudian diperluas oleh (Sulmasy, 2002) dengan mengintegrasikan dimensi spiritual sebagai elemen struktural, bukan sekadar pelengkap

kultural. Dalam perspektif ini, kesehatan dipahami sebagai keadaan dinamis yang dihasilkan dari interaksi kontinu antara proses fisiologis, regulasi psikologis, jaringan sosio-kultural, dan pencarian makna transendental. Penyakit kronis tidak lagi dipandang sebagai kegagalan organ semata, melainkan sebagai sinyal ketidakseimbangan sistemik yang memerlukan intervensi multidimensi. Pendekatan ini secara eksplisit menolak dikotomi tubuh-pikiran-roh dan menekankan bahwa pemulihan atau pengendalian kondisi kesehatan hanya mungkin tercapai ketika keempat lapisan tersebut diselaraskan secara koheren (Sulmasy, 2002); (Pargament et al., 2013)

Dalam konteks kesehatan kerja, model ini menawarkan koreksi fundamental terhadap praktik MSDM yang cenderung bersifat transaksional dan berbasis kepatuhan. Penelitian empiris menunjukkan bahwa program kesehatan korporat yang hanya berfokus pada biomarker dan reminder administratif sering mengalami stagnasi karena mengabaikan konteks psikososial dan nilai-nilai yang menggerakkan perilaku karyawan (Quick & Henderson, 2016); (Cooper & Quick, 2017) Faktor seperti budaya organisasi, norma sosial rekan kerja, tekanan kepemimpinan, dan makna pekerjaan secara signifikan memoderasi efektivitas intervensi klinis. Ketika karyawan diperlakukan sebagai "objek medis" alih-alih "subjek bermakna", resistensi psikologis dan kelelahan sumber daya cenderung meningkat, yang pada akhirnya memperparah progresivitas penyakit degeneratif di lingkungan kerja (Guest, 2017). Oleh karena itu, operasionalisasi model ini di tempat kerja menuntut pergeseran dari *compliance-driven health management* menuju *meaning-enabled well-being architecture*.

Integrasi dimensi spiritual-sosial ke dalam arsitektur MSDM telah didukung oleh bukti empiris yang menunjukkan korelasi positif antara spiritual *well-being* dengan ketahanan psikologis, kepatuhan terapeutik, dan keberlanjutan produktivitas (Fisher, 2010); (Pargament et al., 2013)

Spiritualitas dalam konteks organisasi tidak selalu bermakna religius formal, melainkan mencakup pencarian tujuan hidup, tanggung jawab moral terhadap diri dan keluarga, serta keselarasan antara nilai pribadi dan peran kerja. Karyawan yang mampu mbingkai pengelolaan kesehatan sebagai bagian dari tanggung jawab eksistensial cenderung menunjukkan *health agency* yang lebih adaptif, mampu melakukan *self-monitoring* secara konsisten, dan tidak mudah menyerah ketika menghadapi plateau progresif (Park, 2010). Bagi fungsi HR, pengakuan terhadap dimensi ini membuka peluang untuk mendesain program yang tidak hanya menyediakan fasilitas medis, tetapi

juga memfasilitasi ruang refleksi, penguatan dukungan sosial, dan kurasi narasi sehat yang selaras dengan identitas kultural karyawan.

CONSERVATION OF RESOURCES (COR) DAN JOB DEMANDS-RESOURCES (JD-R)

Teori *Conservation of Resources* (COR) yang dikembangkan oleh (Hobfoll, 2001) berargumen bahwa individu secara intrinsik termotivasi untuk memperoleh, mempertahankan, dan melindungi sumber daya yang bernilai, baik berupa objek fisik, kondisi personal, energi, maupun dukungan sosial. Prinsip utama teori ini menekankan bahwa kehilangan sumber daya (*loss primacy*) memiliki dampak psikologis yang jauh lebih besar dibandingkan perolehan sumber daya, dan bahwa individu cenderung berinvestasi sumber daya yang tersisa untuk mencegah kerugian lebih lanjut. Dalam konteks manajemen penyakit kronis, pengelolaan kesehatan memerlukan alokasi kognitif, emosional, dan waktu yang signifikan. Ketika karyawan mengalami penipisan sumber daya akibat beban kerja tinggi, ketidakpastian peran, atau stres kronis, mereka cenderung masuk ke dalam loss spiral: mengabaikan perawatan kesehatan → kondisi memburuk → stres meningkat → sumber daya makin habis (Hobfoll et al., 2018). Tanpa intervensi yang memutus siklus ini, kepatuhan kesehatan akan terus terkikis meskipun informasi medis tersedia secara memadai.

Model *Job Demands-Resources* (JD-R) memberikan kerangka struktural yang melengkapi dinamika COR dengan memetakan bagaimana karakteristik pekerjaan berinteraksi dengan sumber daya personal dan organisasional. Menurut (Bakker & Demerouti, 2017) setiap pekerjaan mengandung dua kategori utama: *job demands* (aspek fisik, psikologis, atau organisasional yang memerlukan usaha berkelanjutan) dan *job resources* (aspek yang mendukung pencapaian tujuan, mengurangi tuntutan, atau merangsang pertumbuhan pribadi). Ketidakseimbangan antara keduanya mengaktifkan dua jalur psikologis: *health impairment pathway* (tuntutan tinggi × sumber daya rendah → kelelahan & penurunan kesehatan) dan *motivational pathway* (sumber daya tinggi → keterlibatan & performa berkelanjutan). Bagi karyawan dengan risiko kardiovaskular, tuntutan kerja yang tidak terkelola berfungsi sebagai chronic stressor yang bersaing dengan tuntutan manajemen penyakit, sehingga sumber daya psikologis terserap ke arah survival kerja jangka pendek, bukan investasi kesehatan jangka panjang (Demerouti et al., 2001).

Sinergi antara COR dan JD-R menjelaskan mengapa intervensi kesehatan yang bersifat *top-down* sering gagal: keduanya mengabaikan mekanisme *resource caravan* dan

job crafting yang secara alami dilakukan karyawan untuk menyeimbangkan tuntutan dan kapasitas. Ketika organisasi menyediakan fleksibilitas jadwal, otonomi dalam penugasan, atau akses ke dukungan psikososial, karyawan dapat mengalokasikan ulang sumber daya mereka ke arah pemulihan kesehatan tanpa mengorbankan produktivitas (Halbesleben et al., 2014). Sebaliknya, lingkungan kerja yang kaku, penuh tekanan implisit, dan minim pengakuan akan mempercepat *resource depletion*, membuat kepatuhan kesehatan terasa sebagai beban tambahan. Dalam perspektif MSDM, desain pekerjaan yang ramah kesehatan bukan sekadar akomodasi medis, melainkan investasi strategis yang mengaktifkan gain spiral: sumber daya yang dipulihkan → energi meningkat → kepatuhan konsisten → keberlanjutan kinerja. Fungsi HR perlu bergeser dari pengawas kepatuhan menjadi arsitek ekosistem sumber daya yang memungkinkan karyawan mengelola kesehatan tanpa harus memilih antara tubuh dan karir.

MEANING-MAKING DAN HEALTH BELIEF MODEL (HBM)

Health Belief Model (HBM) telah lama menjadi kerangka dominan dalam memahami determinan perilaku kesehatan, dengan konstruk utama meliputi *perceived susceptibility*, *severity*, *benefits*, *barriers*, dan *cues to action* (Rosenstock, 1974) (Champion & Skinner, 2008). Namun, aplikasi HBM dalam setting organisasi sering mengalami keterbatasan karena asumsi rasionalitas yang mengabaikan dimensi afektif, kultural, dan eksistensial. Karyawan tidak merespons data laboratorium secara mekanis; mereka memproses informasi kesehatan melalui filter makna, identitas, dan pengalaman hidup. Ketika hasil MCU menunjukkan abnormalitas, respons awal sering kali berupa penyangkalan atau minimisasi risiko karena ancaman tersebut bertentangan dengan narasi diri sebagai "pribadi yang sehat dan produktif" (Jones et al., 2015). Tanpa proses kognitif-emosional yang memfasilitasi penerimaan, *perceived severity* tetap abstrak, *barriers* terasa nyata, dan *cues to action* tidak pernah teraktivasi secara berkelanjutan.

Teori *Meaning-Making* yang dikembangkan oleh (Park, 2010) menawarkan mekanisme psikologis yang menjembatani kesenjangan tersebut. Model ini menyatakan bahwa individu memegang global meaning (keyakinan, tujuan, dan asumsi dasar tentang dunia) yang secara konstan dibandingkan dengan situational meaning ketika menghadapi peristiwa stresful seperti diagnosis penyakit kronis. Ketika terjadi kesenjangan, individu melakukan *meaning-making coping* melalui dua jalur: *assimilation* (mengubah interpretasi peristiwa agar selaras dengan keyakinan lama) atau *accommodation* (merevisi keyakinan agar sesuai dengan realitas baru). Proses ini bukan sekadar koping pasif, melainkan rekonstruksi aktif yang menentukan apakah ancaman kesehatan akan

dipersepsikan sebagai hukuman, kebetulan biologis, atau tanggung jawab yang bermakna. Penelitian menunjukkan bahwa karyawan yang berhasil menemukan makna dalam perjalanan penyakitnya cenderung menunjukkan kepatuhan terapeutik yang lebih tinggi, penurunan depresi, dan peningkatan kualitas hidup (Park & Folkman, 1997); (Heintzelman & King, 2014)

Integrasi *Meaning-Making* dengan HBM mengungkap bahwa perubahan perilaku kesehatan tidak dimulai dari informasi, melainkan dari reframing makna. Ketika karyawan membingkai pengelolaan kolesterol atau gula darah sebagai "tanggung jawab khalifah", "bentuk syukur", atau "investasi untuk keluarga", *perceived benefits* meningkat secara intrinsik, sementara *barriers* seperti waktu atau kelelahan ditafsirkan ulang sebagai tantangan yang dapat dikelola. *Cues to action* pun bergeser dari eksternal (reminder HR, jadwal MCU) ke internal (*biofeedback* tubuh, nilai spiritual, komitmen sosial). Dalam konteks MSDM, ini menegaskan bahwa komunikasi kesehatan tidak boleh berhenti pada penyampaian fakta medis, tetapi harus memfasilitasi ruang dialog yang memungkinkan karyawan merekonstruksi narasi penyakit secara kolaboratif. Ketika makna internal selaras dengan dukungan organisasional, kepatuhan kesehatan bertransformasi dari kewajiban administratif menjadi ekspresi agensi yang berkelanjutan.

SINTESIS TEORETIS DALAM PERSPEKTIF MSDM

Keempat kerangka teoretis yang dibahas tidak beroperasi secara terisolasi, melainkan membentuk sistem dinamis yang saling memperkuat dalam menentukan trajektori kesehatan karyawan. Dimensi spiritual dan sosio-kultural menyediakan fondasi kognitif-afektif melalui proses meaning-making, yang secara langsung memoderasi persepsi risiko dan manfaat dalam HBM. Pemaknaan yang berhasil mengaktifkan mobilisasi sumber daya psikologis sesuai prinsip COR, memungkinkan karyawan mengalokasikan energi untuk manajemen kesehatan meskipun berada dalam lingkungan kerja yang menuntut. Pada saat yang sama, desain pekerjaan dan kebijakan organisasi (JD-R) berfungsi sebagai moderator struktural: ketika sumber daya kerja memadai, makna internal dapat diterjemahkan menjadi disiplin biologis; ketika sumber daya minim, bahkan niat terbaik pun akan terkikis oleh kelelahan sistemik. Sintesis ini menghasilkan proposisi sentral: kepatuhan kesehatan karyawan adalah fungsi dari meaning-resource-behavior alignment, bukan sekadar akses informasi atau fasilitas medis.

Perspektif ini menggeser paradigma MSDM dari pendekatan complain-driven menuju meaning-enabled health governance. Model tradisional sering gagal karena memperlakukan kesehatan sebagai variabel dependen yang dapat dikendalikan melalui

insentif, sanksi, atau edukasi satu arah. Padahal, bukti empiris menunjukkan bahwa perubahan perilaku berkelanjutan memerlukan pengakuan terhadap otonomi makna, penguatan jejaring sosial, dan desain kerja yang memulihkan alih-alih menguras (Wrzesniewski & Dutton, 2001); (Guest, 2017). Organisasi yang berhasil mengintegrasikan dimensi Biopsikososokultural spiritual tidak sekadar "menyembuhkan" karyawan, tetapi menciptakan ekosistem di mana kesehatan dipandang sebagai prasyarat kebermaknaan kerja, dan pekerjaan dipandang sebagai konteks yang mendukung keberlanjutan hidup. Pergeseran ini menuntut fungsi HR untuk berperan sebagai fasilitator makna, desainer sumber daya, dan kurator budaya sehat, bukan hanya administrator program MCU.

Secara operasional, kerangka terintegrasi ini menawarkan peta jalan bagi penelitian dan praktik MSDM kontemporer. Jalur kausal yang dapat diuji secara empiris adalah: *Meaning Reconstruction* → *Resource Allocation & Job Crafting* → *HBM Activation* → *Sustainable Health Agency*. Ketika jalur ini terputus di tingkat makna atau sumber daya, intervensi klinis akan bersifat reaktif dan rapuh. Sebaliknya, ketika organisasi memfasilitasi alignment antara nilai personal, dukungan struktural, dan fleksibilitas kerja, karyawan berisiko tinggi dapat bertransformasi menjadi co-producer kesehatan yang resilien dan berkontribusi pada iklim well-being kolektif. Penelitian lanjutan perlu menguji kekuatan mediasi dan moderasi antar konstruk ini melalui desain longitudinal atau mixed-method, serta mengevaluasi efektivitas intervensi HR yang secara eksplisit menargetkan antarmuka makna-sumber daya dalam konteks industri Indonesia yang kaya secara kultural-spiritual.

3. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus tunggal. Partisipan dipilih secara purposif berdasarkan kriteria: (1) memiliki faktor risiko kardiovaskular/metabolik terdokumentasi ≥ 5 tahun; (2) menunjukkan praktik self-management yang konsisten; (3) bersedia berbagi refleksi mendalam mengenai perubahan persepsi kesehatan. Data dikumpulkan dari wawancara semi-terstruktur (90 menit), data kesehatan kerja, dan catatan dari SDM. Analisis menggunakan pendekatan tematik deduktif-abduktif dengan kode awal diturunkan dari konstruk bio-psiko-sosio-kultural-spiritual, COR, JD-R, dan HBM, namun ruang diberikan untuk kemunculan tema induktif. Validitas dijaga melalui triangulasi data, audit trail, dan pengecekan konsistensi

naratif. Identitas partisipan disamarkan, dan penelitian mematuhi prinsip etika akademik serta kerahasiaan data kesehatan.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa praktik self-management kesehatan yang dilakukan partisipan tidak hanya berorientasi pada kepatuhan medis formal, tetapi juga dibangun melalui proses refleksi, pemantauan mandiri, dan pengambilan keputusan berbasis pengalaman personal. Berdasarkan analisis tematik terhadap wawancara mendalam, data kesehatan kerja, serta catatan SDM, ditemukan bahwa partisipan secara aktif mengintegrasikan dimensi biologis, psikologis, sosial, kultural, dan spiritual dalam pengelolaan kesehatannya. Pada subbagian ini, pembahasan difokuskan pada dimensi biologis sebagai fondasi awal dalam praktik *self-management* kesehatan yang dijalankan secara mandiri oleh partisipan di tengah tuntutan kerja industri.

DIMENSI BIOLOGIS: PEMANTAUAN MANDIRI DAN MODIFIKASI GAYA HIDUP BERBASIS BUKTI

Temuan penelitian menunjukkan bahwa informan memiliki kesadaran biologis yang kuat terhadap kondisi kesehatannya dan secara aktif melakukan pengelolaan kesehatan berbasis pemantauan mandiri. Praktik tersebut tidak dilakukan secara impulsif, melainkan melalui proses observasi tubuh yang konsisten serta evaluasi terhadap perubahan indikator kesehatan yang dirasakan maupun diukur secara berkala. Menariknya, upaya pengendalian kesehatan dilakukan bahkan sebelum intervensi farmakologis menjadi pilihan utama. Informan cenderung memprioritaskan pengaturan pola hidup dan modifikasi konsumsi harian sebagai bentuk kontrol awal terhadap kondisi metaboliknya. Hal tersebut tercermin dari pernyataan informan berikut:

“Pola makan saya, makan pagi saya skip, saya ganti suplemen organik, siang makan nasi, makan malam suplemen organik, dan buah. Selama 3 bulan terakhir, saya menjalani pola makan ini... dua bulan ini saya mulai minum metformin, karena melihat trending penurunan gula darah saya kok lambat sekali.”

Kutipan tersebut menunjukkan bahwa informan tidak hanya menjalankan perubahan gaya hidup secara umum, tetapi juga membangun strategi biologis yang bersifat terukur dan berbasis evaluasi jangka waktu tertentu. Keputusan untuk mengonsumsi metformin tidak dilakukan secara spontan ataupun karena rasa takut semata, melainkan setelah informan melakukan interpretasi terhadap tren penurunan gula

darah yang dinilai belum optimal. Hal ini mengindikasikan adanya kemampuan *self-monitoring* dan *health literacy* yang relatif baik, di mana informan mampu memahami hubungan antara pola makan, respons tubuh, dan efektivitas intervensi kesehatan yang dijalankannya. Dalam konteks kerja industri, perilaku ini menunjukkan bahwa karyawan tidak selalu berada pada posisi pasif sebagai penerima layanan kesehatan perusahaan, tetapi dapat berperan aktif sebagai pengelola utama kondisi kesehatannya sendiri.

Selain melakukan modifikasi pola makan, informan juga memperlihatkan kemampuan mengenali sinyal biologis tubuh sebagai bentuk *biofeedback* internal. Pengalaman tubuh dijadikan sebagai indikator praktis untuk membaca perubahan kondisi fisiologis sehari-hari. Informan menyampaikan:

“Alarm tubuh saya ketika gula darah mencapai 300 itu berarti kesemutan, jalan kaki 10 km masih aman.”

Pernyataan tersebut menggambarkan bahwa tubuh tidak hanya dipahami sebagai objek medis, tetapi juga sebagai sumber informasi yang terus dipantau dan diinterpretasikan dalam aktivitas harian. Informan memiliki pemahaman personal mengenai batas toleransi fisiknya, termasuk mengenali gejala spesifik yang muncul ketika kadar gula darah meningkat. Kesadaran terhadap “alarm tubuh” ini menunjukkan terbentuknya relasi reflektif antara individu dan kondisi biologisnya. Dalam perspektif self-management, kemampuan mengenali tanda-tanda fisiologis semacam ini penting karena membantu individu mengambil keputusan kesehatan secara lebih cepat dan adaptif sebelum kondisi berkembang menjadi lebih serius.

Secara teoretis, temuan ini sejalan dengan dimensi biologis dalam model biopsikososiokultural spiritual yang dikemukakan oleh (Sulmasy, 2002). Model tersebut menempatkan aspek biologis bukan hanya sebagai kondisi fisik yang ditangani secara klinis, tetapi sebagai bagian dari sistem pengalaman hidup yang dipahami dan dikelola secara aktif oleh individu. Dalam penelitian ini, informan tidak bergantung sepenuhnya pada intervensi medis formal, melainkan membangun sistem pemantauan kesehatan yang terintegrasi dengan rutinitas kerja dan pengalaman sehari-hari. Penggunaan data tren gula darah sebagai dasar pengambilan keputusan farmakologis menunjukkan adanya rasionalitas kesehatan yang berkembang melalui pengalaman dan pembelajaran personal.

Dalam perspektif MSDM, temuan ini memberikan implikasi bahwa pengelolaan kesehatan karyawan seharusnya tidak hanya berorientasi pada pelayanan kuratif dan pemeriksaan berkala semata. Karyawan dengan risiko kesehatan kronis dapat menjadi *co-*

producer kesehatan apabila diberikan akses terhadap informasi kesehatan, ruang refleksi, dan otonomi dalam pengelolaan dirinya. Dengan demikian, perusahaan tidak hanya berperan sebagai penyedia fasilitas medis, tetapi juga sebagai fasilitator terbentuknya budaya kesehatan yang partisipatif dan berbasis kesadaran diri.

DIMENSI PSIKOLOGIS: DARI *DENIAL-PERFEKSIONISME* KE PENERIMAAN DAN *MEDITATIVE STATE*

Temuan penelitian menunjukkan bahwa dimensi psikologis memiliki peran penting dalam membentuk praktik self-management kesehatan informan. Perubahan perilaku kesehatan yang dilakukan tidak terjadi secara instan, melainkan melalui proses refleksi panjang terhadap tekanan kerja, pola pikir personal, dan pengalaman tubuh yang dialami selama bertahun-tahun. Pada fase awal, informan memperlihatkan kecenderungan identitas kerja yang sangat dominan, di mana nilai diri banyak ditentukan oleh performa, kontrol terhadap pekerjaan, dan standar ideal yang tinggi. Kondisi tersebut secara perlahan memunculkan tekanan psikologis yang tidak hanya memengaruhi kondisi emosional, tetapi juga berdampak pada kesehatan fisik dan metaboliknya.

Perubahan cara pandang tersebut tergambar dalam pernyataan informan berikut:

“Pola pikir itu juga sangat berpengaruh, saya dulu orangnya berprinsip, dan saklek... terlalu idealis. Sampai saya rasakan pola seperti itu berat, tidak mendukung untuk kesehatan saya... mungkin 50% berasal dari pikiran saya yang terlalu kencang, sekarang saya belajar meditative state, my body is my laboratory.”

Kutipan tersebut menunjukkan adanya kesadaran reflektif bahwa sumber gangguan kesehatan tidak sepenuhnya berasal dari faktor biologis, tetapi juga berkaitan dengan pola pikir dan tekanan psikologis yang terus dipertahankan dalam kehidupan kerja sehari-hari. Informan menyadari bahwa sikap perfeksionis, kecenderungan untuk selalu mengontrol situasi, serta standar kerja yang terlalu rigid justru menjadi beban internal yang menguras energi psikologis. Kesadaran ini menjadi titik penting dalam trajektori perubahan dirinya, karena informan mulai menghubungkan kondisi kesehatan metabolik dengan dinamika mental dan emosional yang sebelumnya kurang disadari.

Menariknya, informan tidak berhenti pada tahap kesadaran semata, tetapi mulai mengembangkan pendekatan regulasi diri yang lebih adaptif melalui praktik *meditative state*. Dalam konteks ini, praktik meditasi tidak hanya dimaknai sebagai teknik relaksasi, tetapi sebagai bentuk observasi diri secara sadar terhadap respons tubuh, emosi, dan pola pikir. Pernyataan *“my body is my laboratory”* menunjukkan bahwa informan

menempatkan tubuh dan pengalaman hidupnya sebagai ruang pembelajaran yang terus diamati dan dievaluasi. Tubuh tidak lagi diposisikan hanya sebagai objek yang “rusak” dan perlu diperbaiki, tetapi sebagai sumber pengetahuan untuk memahami hubungan antara stres, pola pikir, dan kesehatan fisik secara lebih utuh.

Secara psikologis, perubahan tersebut merepresentasikan pergeseran dari orientasi kontrol eksternal menuju regulasi internal. Pada fase sebelumnya, informan cenderung mempertahankan identitas kerja-sentris yang mengaitkan keberhasilan dengan kemampuan memenuhi tuntutan organisasi secara maksimal. Namun, pengalaman sakit dan kelelahan kronis mendorong munculnya proses penerimaan diri terhadap keterbatasan tubuh dan kebutuhan menjaga keseimbangan hidup. Dalam praktik sehari-hari, perubahan ini juga diwujudkan melalui pengurangan tekanan kerja tertentu, pendelegasian tugas, dan penyesuaian ritme aktivitas agar lebih sesuai dengan kapasitas fisik maupun mental yang dimiliki.

Secara teoretis, temuan ini dapat dipahami melalui konsep *resource depletion* dari (Hobfoll, 1989) di mana tekanan kerja berkepanjangan dan perfeksionisme menyebabkan terkurasnya sumber daya psikologis individu. Lingkungan kerja dengan tuntutan kognitif dan emosional tinggi berpotensi menciptakan kondisi kehilangan energi (*loss spiral*) apabila individu terus memaksakan diri tanpa mekanisme pemulihan yang memadai. Dalam konteks penelitian ini, fase awal informan mencerminkan kondisi tersebut, terutama ketika identitas kerja menjadi pusat utama orientasi hidup dan kesehatan pribadi ditempatkan pada posisi sekunder.

Pergeseran menuju *meditative state*, pengurangan kontrol berlebihan, dan kemampuan mendelegasikan pekerjaan menunjukkan adanya bentuk *job crafting defensif* yang lebih adaptif. Dalam perspektif *Job Demands-Resources Model* (JD-R), strategi tersebut membantu individu membangun kembali sumber daya psikologis dan memunculkan gain spiral, yaitu proses pemulihan energi melalui regulasi diri yang lebih sehat. Dengan kata lain, informan tidak lagi berusaha memenangkan seluruh tuntutan pekerjaan, tetapi mulai memprioritaskan keberlanjutan fungsi tubuh dan stabilitas mentalnya. Temuan ini juga sejalan dengan pandangan (Park, 2010) yang menekankan bahwa kemampuan memaknai pengalaman sakit dan melakukan regulasi psikologis secara sadar dapat meningkatkan ketahanan individu terhadap tekanan kesehatan kronis.

Dalam konteks MSDM, temuan ini menunjukkan bahwa kesehatan psikologis karyawan tidak dapat dipisahkan dari budaya kerja dan konstruksi identitas profesional yang berkembang di organisasi. Program kesehatan kerja yang hanya berfokus pada

pemeriksaan fisik tanpa memperhatikan aspek psikologis berisiko mengabaikan sumber utama kelelahan dan penurunan kesehatan jangka panjang. Oleh karena itu, organisasi perlu menyediakan ruang yang mendukung regulasi psikologis karyawan, seperti fleksibilitas kerja, dukungan emosional, budaya kerja yang lebih adaptif, serta penguatan kesadaran diri agar praktik *self-management* kesehatan dapat berkembang secara lebih berkelanjutan.

DIMENSI SOSIO-KULTURAL: PEMBELAJARAN SOSIAL, MENTORING, DAN REFRAMING KEBIJAKAN ORGANISASI

Konteks Hasil penelitian menunjukkan bahwa praktik *self-management* kesehatan informan tidak berkembang secara individual semata, melainkan dipengaruhi secara kuat oleh pengalaman sosial dan lingkungan budaya di sekitarnya. Interaksi dengan orang lain, baik dalam lingkungan tempat tinggal maupun tempat kerja, menjadi sumber pembelajaran penting yang membentuk persepsi risiko, kesadaran kesehatan, serta motivasi untuk mempertahankan perubahan perilaku. Dalam konteks ini, pengalaman sosial tidak hanya berfungsi sebagai informasi tambahan, tetapi juga menjadi “cermin” yang membantu informan memaknai kemungkinan konsekuensi kesehatan yang dapat terjadi apabila kondisi penyakit diabaikan.

Hal tersebut tercermin dalam pernyataan informan berikut:

“Saya juga banyak belajar dari tetangga, ada yang polisi juga, menderitanya gagal ginjal. Nah yang jadi alarm juga saya kan hipertensi, kalau dibiarkan tidak baik juga...”

Kutipan tersebut menunjukkan bahwa pengalaman kesehatan orang lain menjadi sumber refleksi yang kuat bagi informan dalam membangun kesadaran terhadap risiko penyakitnya sendiri. Pengamatan terhadap tetangga yang mengalami komplikasi kesehatan memunculkan proses pembelajaran sosial yang bersifat emosional sekaligus preventif. Informan tidak hanya memahami hipertensi sebagai angka medis, tetapi mulai melihatnya sebagai kondisi yang berpotensi menimbulkan dampak serius apabila tidak dikelola dengan baik. Dengan demikian, pengalaman sosial di lingkungan sekitar berfungsi sebagai “alarm sosial” yang memperkuat motivasi untuk melakukan pengendalian kesehatan secara lebih disiplin.

Selain menerima pembelajaran dari lingkungan sosial, informan juga memperlihatkan kecenderungan untuk membagikan pengalaman dan pengetahuan kesehatannya kepada orang lain. Praktik tersebut tidak dipandang sekadar sebagai

aktivitas informatif, melainkan memiliki nilai moral dan makna sosial yang lebih mendalam. Informan menyampaikan:

“Ketika kita mengajari orang, yaitu sedekah ilmu... salah satu motivasi saya untuk mengajari teman-teman yaitu juga.”

Pernyataan tersebut menunjukkan bahwa proses *self-management* kesehatan telah berkembang menjadi praktik sosial yang melibatkan relasi antarmanusia. Informan tidak lagi memandang kesehatan sebagai urusan privat semata, tetapi sebagai pengalaman yang dapat dibagikan untuk membantu orang lain. Aktivitas “mengajari teman-teman” mencerminkan terbentuknya peran mentoring informal di lingkungan kerja maupun sosial, di mana pengalaman personal digunakan sebagai sumber edukasi dan dukungan kolektif. Konsep “sedekah ilmu” juga memperlihatkan adanya integrasi nilai budaya dan spiritual dalam praktik kesehatan sehari-hari. Berbagi pengetahuan dipahami sebagai tindakan bermakna yang memberikan manfaat tidak hanya bagi penerima, tetapi juga bagi diri informan sendiri secara psikologis dan moral.

Di sisi lain, penelitian ini juga menemukan adanya perubahan cara pandang informan terhadap kebijakan kesehatan perusahaan. Pada fase awal, berbagai prosedur pemantauan kesehatan dan tindak lanjut dari organisasi dipersepsikan sebagai tekanan tambahan yang membebani individu. Namun, seiring perubahan pemaknaan terhadap kesehatan dan pengalaman hidup yang dijalani, persepsi tersebut mengalami transformasi menjadi lebih positif. Informan menyatakan:

“Kalau dikembalikan ke saya pribadi, ada fasenya itu jadi beban waktu dulu itu. Kalau saya yang sekarang, justru menjadi motivasi... saya membacanya, ini merupakan dukungan dan fasilitas perusahaan.”

Kutipan tersebut menunjukkan adanya proses *reframing* terhadap kebijakan organisasi. Program kesehatan perusahaan yang sebelumnya dianggap sebagai bentuk kontrol administratif kini dipahami sebagai bentuk dukungan dan perhatian terhadap keberlanjutan kesehatan karyawan. Perubahan persepsi ini menjadi penting karena memperlihatkan bahwa efektivitas kebijakan kesehatan organisasi tidak hanya ditentukan oleh bentuk program yang diberikan, tetapi juga oleh kesiapan psikologis dan konstruksi makna yang dimiliki karyawan dalam menerimanya. Dengan kata lain, kebijakan yang sama dapat dipersepsikan secara berbeda tergantung pada pengalaman subjektif individu.

Secara teoretis, temuan ini dapat dijelaskan melalui konsep *social comparison* dan *perceived severity* dalam *Health Belief Model* (HBM). Pengalaman melihat individu lain mengalami komplikasi penyakit berfungsi meningkatkan persepsi keseriusan penyakit (*perceived severity*) sehingga mendorong perubahan perilaku kesehatan. Dalam penelitian ini, pengalaman sosial tidak hanya menjadi sumber informasi rasional, tetapi juga memunculkan resonansi emosional yang memperkuat kepatuhan terhadap praktik self-management.

Sementara itu, praktik “sedekah ilmu” yang dilakukan informan menunjukkan adanya dimensi kesejahteraan komunal (*communal spiritual well-being*) sebagaimana dijelaskan oleh (Fisher, 2010). Informan memperoleh makna dan kepuasan psikologis melalui kontribusi sosial terhadap orang lain, sehingga proses menjaga kesehatan tidak lagi bersifat individualistik. Aktivitas berbagi pengalaman kesehatan juga memperkuat identitas sosial informan sebagai individu yang bermanfaat bagi lingkungan sekitarnya.

Lebih lanjut, perubahan persepsi terhadap kebijakan perusahaan menunjukkan pentingnya keselarasan antara nilai personal karyawan dan pendekatan organisasi. Dalam perspektif MSDM, kebijakan kesehatan kerja tidak secara otomatis bersifat motivasional. Program kesehatan baru akan dipersepsikan sebagai bentuk dukungan ketika terdapat kesesuaian antara *psychological contract* karyawan dengan nilai dan tujuan personal yang dimilikinya. Ketika keselarasan tersebut terbentuk, intervensi organisasi tidak lagi dipahami sebagai mekanisme kontrol atau tuntutan administratif, melainkan sebagai enabler yang membantu karyawan mempertahankan kualitas hidup dan keberlanjutan kesehatannya.

DIMENSI SPIRITUAL: PEMAKNAAN ILAHIAH DAN TANGGUNG JAWAB KHALIFAH

Temuan penelitian menunjukkan bahwa dimensi spiritual memiliki posisi sentral dalam membentuk keberlanjutan praktik *self-management* kesehatan informan. Dimensi ini tidak hadir sebagai elemen tambahan yang terpisah dari pengalaman biologis maupun psikologis, tetapi menjadi poros integratif yang memberi arah, makna, dan alasan mendasar bagi informan dalam menjaga kesehatannya. Dalam konteks pengalaman sakit kronis, spiritualitas membantu informan menafsirkan kondisi tubuh bukan semata sebagai gangguan fisik, melainkan sebagai bagian dari proses kehidupan yang memiliki nilai pembelajaran dan tujuan tertentu.

Hal tersebut tercermin dalam pernyataan informan berikut:

“Saya kira semua ada hikmahnya, mengapa Allah memberi saya seperti ini, saya membacanya Allah itu sayang sekali sama saya, saya diberi titipan tubuh ini, jasad ini, harus dirawat.”

Kutipan tersebut menunjukkan bahwa informan melakukan proses pemaknaan spiritual terhadap kondisi penyakit yang dialaminya. Penyakit tidak dipahami sebagai bentuk hukuman ataupun nasib buruk semata, tetapi sebagai “hikmah” dan bentuk kasih sayang Tuhan yang mendorong dirinya untuk lebih sadar terhadap pentingnya menjaga tubuh. Cara pandang ini menghasilkan perubahan orientasi yang signifikan, di mana tubuh tidak lagi diposisikan sekadar sebagai alat kerja atau instrumen produktivitas, melainkan sebagai “titipan” yang memiliki nilai moral dan spiritual untuk dipelihara dengan baik.

Pemaknaan tersebut juga memperlihatkan adanya relasi yang lebih reflektif antara individu, tubuh, dan keyakinan religius yang dianutnya. Informan memandang perawatan kesehatan sebagai bagian dari tanggung jawab personal di hadapan Tuhan, sehingga praktik menjaga pola makan, mengontrol gula darah, maupun mengatur aktivitas kerja memperoleh landasan motivasi yang lebih mendalam. Dengan demikian, kepatuhan terhadap praktik kesehatan tidak hanya bersumber dari ketakutan terhadap komplikasi medis, tetapi juga berasal dari kesadaran spiritual mengenai amanah terhadap tubuh yang dimiliki.

Orientasi spiritual tersebut semakin diperkuat melalui cara informan memandang masa depan dan tujuan hidupnya. Informan menyampaikan:

“Harapan saya, kita masih muda, perjalanan masih panjang, menjalankan sebagai khalifah, memaksimalkan kendaraan kita...”

Pernyataan tersebut menunjukkan bahwa tubuh dimaknai sebagai “kendaraan” untuk menjalankan peran kehidupan yang lebih luas, termasuk tanggung jawab sebagai khalifah. Konsep khalifah dalam konteks ini tidak hanya dimaknai secara religius formal, tetapi juga sebagai kesadaran untuk menjalani kehidupan secara produktif, bermanfaat, dan bertanggung jawab. Dengan memandang tubuh sebagai sarana menjalankan amanah kehidupan, informan membangun hubungan yang lebih positif terhadap praktik perawatan diri. Aktivitas menjaga kesehatan tidak lagi dipersepsikan sebagai kewajiban

yang membatasi kebebasan, melainkan sebagai bagian dari upaya mempertahankan kemampuan menjalankan peran sosial, pekerjaan, dan tanggung jawab spiritualnya.

Secara teoretis, temuan ini sejalan dengan *Meaning-Making Theory* yang dikembangkan oleh (Park, 2010). Teori tersebut menjelaskan bahwa individu cenderung melakukan proses pemaknaan ulang ketika menghadapi pengalaman hidup yang mengancam keseimbangan psikologis, termasuk penyakit kronis. Dalam penelitian ini, informan berhasil melakukan reframing terhadap penyakit dari sesuatu yang menakutkan menjadi sumber pembelajaran spiritual dan refleksi diri. Proses pemaknaan tersebut membantu mengurangi disonansi kognitif antara identitas diri, pengalaman sakit, dan harapan hidup yang dimiliki.

Lebih jauh, spiritualitas dalam penelitian ini tidak muncul sebagai bentuk pelarian dari realitas medis ataupun pengabaian terhadap intervensi kesehatan modern. Sebaliknya, dimensi spiritual justru berfungsi sebagai katalis yang memperkuat disiplin biologis dan regulasi diri. Nilai religius memberikan motivasi intrinsik yang lebih stabil dan berkelanjutan dibandingkan motivasi berbasis tekanan eksternal semata. Informan menjaga pola hidup sehat bukan hanya karena instruksi dokter atau tuntutan perusahaan, tetapi karena terdapat keyakinan bahwa merawat tubuh merupakan bagian dari tanggung jawab moral dan spiritual.

Dalam konteks MSDM, temuan ini memberikan implikasi penting bahwa dimensi spiritual karyawan tidak dapat dipisahkan dari praktik kesehatan kerja, terutama dalam pengelolaan penyakit kronis jangka panjang. Pendekatan kesehatan organisasi yang terlalu berfokus pada aspek administratif dan medis berpotensi mengabaikan sumber motivasi terdalam yang justru menjaga keberlanjutan perilaku sehat individu. Oleh karena itu, pengelolaan kesehatan karyawan perlu memberikan ruang bagi terbentuknya makna personal, refleksi diri, dan nilai-nilai kehidupan yang relevan dengan pengalaman pekerja. Dengan demikian, kepatuhan terhadap praktik kesehatan tidak bersifat sementara atau karena tekanan eksternal, tetapi berkembang menjadi perilaku yang *self-sustaining* dan terinternalisasi dalam kehidupan sehari-hari.

SINTESIS INTEGRATIF: ARSITEKTUR KESEHATAN HOLISTIK DALAM EKOSISTEM KERJA

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa praktik self-management kesehatan yang dijalankan informan tidak dapat dipahami sebagai rangkaian perilaku yang berdiri sendiri atau terbentuk melalui intervensi kesehatan yang bersifat linier. Sebaliknya, pengalaman informan memperlihatkan adanya keterhubungan yang dinamis antara dimensi biologis,

psikologis, sosial-kultural, dan spiritual dalam membangun keberlanjutan perilaku sehat di lingkungan kerja. Keempat dimensi tersebut tidak bekerja secara terpisah, tetapi membentuk suatu arsitektur kesehatan holistik yang saling memperkuat dan memengaruhi satu sama lain. Dalam konteks ini, perubahan biologis tidak hanya dipicu oleh instruksi medis, melainkan oleh proses pemaknaan psikologis dan spiritual yang kemudian diperkuat melalui dukungan sosial serta respons organisasi yang lebih empatik.

Temuan penelitian memperlihatkan bahwa dimensi spiritual menjadi fondasi awal yang menggerakkan perubahan perilaku informan. Pemaknaan tubuh sebagai “titipan” dan penyakit sebagai “hikmah” menciptakan motivasi intrinsik yang lebih mendalam untuk menjaga kesehatan secara berkelanjutan. Motivasi spiritual tersebut kemudian berkontribusi pada terbentuknya regulasi psikologis yang lebih adaptif, seperti kemampuan menerima keterbatasan diri, mengurangi perfeksionisme kerja, serta mengembangkan *meditative state* dalam menghadapi tekanan pekerjaan. Ketika kondisi psikologis menjadi lebih stabil, informan mampu menjalankan disiplin biologis secara lebih konsisten, termasuk mengatur pola makan, memantau kondisi tubuh, dan mengambil keputusan kesehatan berbasis evaluasi diri. Selanjutnya, praktik tersebut diperkuat oleh pengalaman sosial, proses pembelajaran kolektif, serta kebijakan organisasi yang mulai dipersepsikan sebagai bentuk dukungan, bukan kontrol administratif semata.

Secara konseptual, trajektori ini mengonfirmasi bahwa kepatuhan kesehatan tidak lahir hanya dari keberadaan fasilitas medis atau aturan perusahaan, tetapi dari integrasi makna personal dengan sistem dukungan yang tersedia di lingkungan kerja. Dalam banyak organisasi, kegagalan program kesehatan kerja sering kali berakar pada pendekatan yang terfragmentasi. Intervensi medis dilakukan tanpa mempertimbangkan dimensi makna dan pengalaman subjektif pekerja, kebijakan administratif diterapkan tanpa dukungan psikologis yang memadai, sementara tuntutan perubahan perilaku diberikan tanpa penyediaan sumber daya adaptif bagi karyawan. Akibatnya, program kesehatan lebih sering dipersepsikan sebagai kewajiban birokratis daripada sebagai proses pemberdayaan kesehatan yang berkelanjutan.

Sebaliknya, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ketika dimensi biologis, psikologis, sosial-kultural, dan spiritual berada dalam kondisi yang relatif selaras, karyawan mampu membangun relasi yang lebih reflektif terhadap kesehatannya sendiri. Informan tidak lagi menjalankan perilaku sehat karena tekanan eksternal semata, tetapi karena adanya kesadaran intrinsik mengenai keberlanjutan hidup, tanggung jawab

personal, dan nilai-nilai kehidupan yang diyakininya. Keselarasan tersebut menghasilkan bentuk kepatuhan kesehatan yang lebih stabil, resilien, dan bertahan dalam jangka panjang dibandingkan kepatuhan yang hanya berbasis kontrol organisasi.

Lebih jauh, penelitian ini memperlihatkan transformasi posisi karyawan dari objek penerima intervensi menjadi subjek aktif yang berperan sebagai *agent of health* dalam ekosistem kerja. Informan tidak hanya mampu mengelola kesehatannya secara mandiri, tetapi juga berkontribusi terhadap pembentukan budaya sehat kolektif melalui praktik berbagi pengalaman, mentoring informal, dan penyebaran kesadaran kesehatan kepada lingkungan sosial maupun rekan kerja. Dalam perspektif MSDM, temuan ini menegaskan pentingnya pendekatan kesehatan kerja yang lebih humanistik dan integratif, di mana organisasi tidak hanya menyediakan layanan medis, tetapi juga membangun ruang kerja yang mendukung pemaknaan diri, regulasi psikologis, dukungan sosial, dan keberlanjutan kualitas hidup karyawan secara menyeluruh.

5. KESIMPULAN DAN SARAN

KESIMPULAN

Studi ini mengonfirmasi bahwa implementasi pendekatan Biopsikososiokultural spiritual dalam pengelolaan kesehatan karyawan bersifat organik, bermakna, dan terintegrasi. Perubahan persepsi kesehatan tidak dipicu semata-mata oleh data MCU, melainkan oleh proses meaning-making yang menyelaraskan tanggung jawab biologis dengan nilai spiritual, reframing psikologis, pembelajaran sosial, dan respons adaptif terhadap konteks kerja. Trajektori informan menunjukkan bahwa ketika makna internal selaras dengan dukungan eksternal, kepatuhan kesehatan bertransformasi dari kepatuhan reaktif menuju agensi holistik yang berkelanjutan.

Implikasi Teoretis dan Praktis bagi MSDM

Secara teoretis, penelitian ini memperluas model kesehatan kerja dengan mengintegrasikan dimensi biopsikososiokultural spiritual sebagai katalis agensi, bukan sekadar variabel sekunder. Sementara itu, secara praktis, fungsi human resource (HR) disarankan untuk mendesain ulang program *well-being* berbasis makna dengan mengganti pola edukasi satu arah menjadi fasilitasi *meaning-making circles* yang memungkinkan karyawan merekonstruksi narasi kesehatan secara kolaboratif. Selain itu, organisasi juga perlu mengkurasi narasi sehat sebagai aset organisasi melalui praktik mentoring dan peer storytelling, seperti praktik “sedekah ilmu” yang dilakukan informan, karena pendekatan tersebut dinilai lebih efektif sebagai intervensi pencegahan

dibandingkan sekadar pengingat administratif. Di sisi lain, penyelarasan KPI kesehatan dengan *psychological safety* juga penting dilakukan agar metrik tindak lanjut dipersepsikan sebagai bentuk dukungan, bukan hukuman, melalui komunikasi yang transparan dan fleksibilitas akses. Lebih lanjut, organisasi perlu mengintegrasikan *spiritual-cultural literacy* dalam pelatihan supervisor dengan melatih manajer lini untuk mengenali sinyal makna, memfasilitasi job crafting, serta menghormati praktik *self-care* berbasis nilai yang dimiliki karyawan.

Keterbatasan dan Agenda Riset Mendatang

Penelitian ini terbatas pada satu kasus dengan kedalaman analitis tinggi namun generalisasi terbatas. Studi mendatang dapat mengadopsi desain multi-kasus atau *mixed-method* untuk menguji kekuatan jalur mediasi antar dimensi Biopsikososiokultural spiritual, serta mengevaluasi efektivitas intervensi *meaning-enabled well-being architecture* dalam konteks industri Indonesia.

DAFTAR REFERENSI

- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology, 22*(3), 273–285. <https://doi.org/10.1037/ocp0000056>
- Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The health belief model. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4th ed., pp. 45–65 –).
- Cooper, C. L., & Quick, J. C. (Eds.). (2017). *The handbook of stress and health: A guide to research and practice*. Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118993811>
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology, 86*(3), 499–512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science, 196*(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Fisher, J. (2010). Development and application of a spiritual well-being questionnaire called SHALOM. *Religions, 1*(1), 78–97. <https://doi.org/10.3390/rel1010078>
- Guest, D. E. (2017). Human resource management and employee well-being: Towards a new analytic framework. *Human Resource Management Journal, 27*(1), 22–38. <https://doi.org/10.1111/1748-8583.12139>
- Halbesleben, J. R. B., Neveu, J. P., Paustian-Underdahl, S. C., & Westman, M. (2014). Getting to the “COR”: Understanding the role of resources in conservation of resources theory. *Journal of Management, 40*(5), 1334–1364. <https://doi.org/10.1177/0149206314527130>
- Heintzelman, S. J., & King, L. A. (2014). Life is pretty meaningful. *American Psychologist, 69*(6), 561–574. <https://doi.org/10.1037/a0035049>

- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513–524. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513>
- Hobfoll, S. E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology*, 50(3), 337–421. <https://doi.org/10.1111/1464-0597.00062>
- Hobfoll, S. E., Halbesleben, J., Neveu, J. P., & Westman, M. (2018). Conservation of resources in the organizational context: The reality of resources and their consequences. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 5, 103–128. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032117-104640>
- Jones, R. A., Jimenez, S., Jourdan, T., & DeLisle, A. (2015). The health belief model: A review of applications in chronic disease management. *Journal of Community Health*, 40(4), 789–798. <https://doi.org/10.1007/s10900-015-9998-8>
- Pargament, K. I., Exline, J. J., & Jones, J. W. (Eds.). (2013). *APA handbook of psychology, religion, and spirituality* (Vol. 1). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14045-000>
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 136(2), 257–301. <https://doi.org/10.1037/a0018301>
- Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 1(2), 115–144. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.1.2.115>
- Quick, J. C., & Henderson, D. F. (2016). Occupational stress: Preventing suffering, enhancing wellbeing. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(5), 459. <https://doi.org/10.3390/ijerph13050459>
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328–335.
- Sulmasy, D. P. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist*, 42(suppl_3), 24–33. https://doi.org/10.1093/geront/42.suppl_3.24
- Wrzesniewski, A., & Dutton, J. E. (2001). Crafting a job: Revisioning employees as active crafters of their work. *Academy of Management Review*, 26(2), 179–201. <https://doi.org/10.5465/amr.2001.4845777>