

CHANGES IN INDUSTRIAL EMPLOYEES' HEALTH PERCEPTIONS THROUGH THE LENS OF THE HEALTH BELIEF MODEL AND A CULTURE OF RESILIENCE

PERUBAHAN PERSEPSI KESEHATAN KARYAWAN INDUSTRI MELALUI LENSEA HEALTH BELIEF MODEL DAN BUDAYA TAHAN BANTING

Dzul Arsyilana

Magister Manajemen, Universitas Internasional Semen Indonesia

*darsyilana123@gmail.com

*Corresponding Author

ABSTRACT

The culture of being "tough" in Indonesian industrial workplaces is often misinterpreted as a form of illusory physical resilience (the superman mentality), encouraging employees to ignore early symptoms of illness and engage in presenteeism. This study aims to explore the transformation of health perceptions among industrial employees with cardiovascular risk factors, particularly after experiencing vicarious experiences (indirect experiences) and critical personal health conditions. Using a qualitative case study design, data were collected through in-depth interviews with four employees ("The Converted") in an industrial company. Data analysis was guided by the Health Belief Model (HBM) and organizational resilience theory. The findings indicate that prior to critical events, perceived susceptibility and perceived severity were at very low levels, characterized by an illusion of invulnerability. However, vicarious experiences (witnessing coworkers suffer serious complications) and critical personal health conditions functioned as radical cues to action. These triggers disrupted denial mechanisms and immediately heightened awareness of health risks. This cognitive process initiated sensemaking, transforming the concept of "toughness" from endurance resilience (persisting through suffering) into adaptive resilience (adaptive capacity to maintain well-being). This study recommends that companies reformulate health communication narratives by incorporating peer testimony, consider implementing advanced screening protocols (such as treadmill stress tests), and establish mandatory Key Performance Indicators (KPIs) for Medical Check-Up (MCU) follow-up to ensure long-term workforce sustainability.

Keywords: Perception, Industrial Employee Health, Culture of Resilience

ABSTRACT

Budaya "tahan banting" di lingkungan kerja industri Indonesia sering kali disalah artikan sebagai ketahanan fisik semu (superman mentality) yang mendorong pengabaian gejala awal penyakit dan presenteeism. Penelitian ini bertujuan mengeksplorasi transformasi persepsi kesehatan pada karyawan industri yang memiliki faktor risiko kardiovaskular, khususnya pasca mengalami vicarious experience (pengalaman tidak langsung) dan kondisi kritis pada diri sendiri. Menggunakan desain studi kasus kualitatif, data dikumpulkan melalui wawancara mendalam terhadap empat karyawan ("The Converted") di sebuah perusahaan industri. Analisis data dipandu oleh Health Belief Model (HBM) dan teori resiliensi organisasi. Temuan menunjukkan bahwa sebelum kejadian kritis, perceived susceptibility (persepsi kerentanan) dan perceived severity (persepsi keparahan) berada pada level yang sangat rendah, ditandai dengan ilusi kekebalan. Namun, vicarious experience (melihat rekan kerja mengalami komplikasi serius) dan critical personal condition berfungsi sebagai cues to action yang radikal. Pemicu ini mendobrak mekanisme penyangkalan dan secara instan meningkatkan kesadaran akan risiko kesehatan. Proses kognitif ini memicu pemaknaan ulang (sensemaking), yang mengubah konsep "tahan banting" dari endurance resilience (bertahan dalam penderitaan) menjadi adaptive resilience (ketahanan adaptif). Penelitian ini merekomendasikan agar perusahaan mereformulasi narasi kesehatan menggunakan testimoni rekan kerja (peer testimony), mempertimbangkan protokol skrining lanjutan (seperti treadmill stress test), dan mengimplementasikan KPI wajib untuk follow-up hasil Medical Check-Up (MCU) guna menjamin keberlanjutan kerja jangka panjang.

Kata Kunci: Persepsi, Kesehatan Karyawan Industri, Budaya Tahan Banting

1. PENDAHULUAN

Lingkungan kerja industri di Indonesia seringkali dikaitkan dengan budaya "tahan banting" (*resilience culture*), di mana karyawan diharapkan mampu bekerja di bawah tekanan tinggi, shift yang tidak teratur, dan kondisi fisik yang menantang (Luthans, Youssef, & Avolio, 2007; Pratama & Susanto, 2022). Namun, narasi "tahan banting" ini sering kali disalahartikan sebagai kemampuan untuk mengabaikan sinyal peringatan tubuh, termasuk gejala awal penyakit tidak menular (PTM) seperti hipertensi dan hiperkolesterolemia, sebuah fenomena yang berkaitan erat dengan *presenteeism* atau bekerja dalam kondisi sakit (Johns, 2010). Fenomena ini terlihat pada meningkatnya kasus kardiovaskular pada karyawan usia produktif (30–50 tahun) yang sebelumnya dianggap "masih muda" atau "merasa sehat" (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023).

Perubahan perilaku kesehatan tidak terjadi secara tiba-tiba. Menurut *Health Belief Model* (HBM), perubahan perilaku dipicu ketika individu menyadari kerentanan (*perceived susceptibility*) dan keparahan (*perceived severity*) suatu penyakit, yang sering kali membutuhkan *cues to action* (pemicu tindakan) untuk mengubah persepsi menjadi tindakan nyata (Champion & Skinner, 2008; Rosenstock, 1974). Dalam konteks organisasi, pemicu ini dapat berupa *vicarious experience* (pembelajaran observasional dari melihat rekan kerja mengalami sakit keras) (Bandura, 1986) atau *critical condition* (pengalaman kritis diri sendiri, seperti serangan jantung atau opname) yang secara drastis menghancurkan ilusi kekebalan diri (Morse, Jones, & Allen, 2018).

Penelitian ini bertujuan untuk mengisi kesenjangan literatur dengan mengeksplorasi secara mendalam bagaimana *vicarious experience* dan pengalaman kritis mengubah persepsi kesehatan karyawan industri. Lebih jauh, penelitian ini akan menganalisis bagaimana konsep "tahan banting" mengalami transformasi makna dari sekadar "bertahan dalam penderitaan" (*endurance resilience*) menjadi "resiliensi adaptif yang proaktif" (*adaptive resilience*) yang mendukung keberlanjutan kesehatan jangka panjang (Kossek & Perrigino, 2016).

2. KAJIAN PUSTAKA

Health Belief Model menjelaskan bahwa keputusan seseorang untuk melakukan perilaku sehat dipengaruhi oleh: (1) *Perceived Susceptibility* (persepsi kerentanan), (2) *Perceived Severity* (persepsi keparahan), (3) *Perceived Benefits* (persepsi manfaat), (4) *Perceived Barriers* (persepsi hambatan), dan (5) *Cues to Action* (pemicu tindakan). Penelitian ini secara khusus menyoroti *cues to action* yang bersumber dari *vicarious experience* (pembelajaran observasional dari penderitaan orang lain) dan *critical personal experience* (guncangan eksistensial akibat kondisi kesehatan diri sendiri), yang terbukti secara empiris mampu mendobrak ilusi kekebalan (*illusion of invulnerability*).

Health Belief Model (HBM) merupakan kerangka teoretis yang paling banyak digunakan untuk memprediksi dan menjelaskan perubahan perilaku kesehatan. Model ini menegaskan bahwa keputusan individu untuk mengadopsi perilaku sehat ditentukan oleh enam konstruk utama: (1) *Perceived Susceptibility* (persepsi kerentanan terhadap penyakit), (2) *Perceived Severity* (persepsi keparahan konsekuensi penyakit), (3) *Perceived Benefits* (persepsi manfaat dari tindakan pencegahan), (4) *Perceived Barriers* (persepsi hambatan untuk bertindak), (5) *Cues to Action* (pemicu tindakan), dan (6) *Self-Efficacy* (keyakinan akan kemampuan diri) (Champion & Skinner, 2008; Janz & Becker, 1984).

Dalam konteks karyawan industri yang merasa "masih muda" atau secara fisik tampak bugar, sering kali terjadi *illusion of invulnerability* (ilusi kekebalan), di mana *perceived susceptibility* dan *perceived severity* berada pada level yang sangat rendah. Gejala awal seperti hipertensi atau hiperkolesterolemia sering diabaikan atau disalahartikan sebagai keluhan ringan (misalnya, nyeri dada yang dikira sakit maag), sehingga *perceived barriers* (seperti rasa malas, takut efek samping obat, atau kesibukan kerja) mendominasi pengambilan keputusan (Rosenstock, 1974).

Penelitian ini secara khusus menyoroti peran cues to action sebagai katalisator utama yang mampu mendobrak ilusi kekebalan (*illusion of invulnerability*) yang selama ini membentuk persepsi kesehatan karyawan industri. Dalam kerangka Health Belief Model (HBM), cues to action merupakan pemicu proksimal yang mengaktifkan perubahan perilaku dengan mengubah risiko kesehatan dari sesuatu yang bersifat abstrak menjadi ancaman yang dipersepsikan sebagai nyata dan relevan secara personal. Pemicu tersebut dapat berasal dari faktor internal, seperti munculnya gejala fisik, maupun faktor eksternal, seperti paparan informasi kesehatan, kampanye organisasi, atau pengalaman yang diamati pada orang lain. Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa dalam konteks lingkungan kerja industri, terdapat dua bentuk cues to action yang memiliki peran paling dominan dalam memicu transformasi kognitif dan perilaku.

Mekanisme pertama adalah *vicarious experience* (pengalaman tidak langsung), yang berlandaskan pada Teori Kognitif Sosial Bandura (1986) yang menjelaskan bahwa individu membentuk keyakinan dan ekspektasi perilaku melalui proses pembelajaran observasional. Ketika seorang karyawan menyaksikan rekan kerja dengan profil risiko yang serupa mengalami konsekuensi kesehatan yang serius, seperti rawat inap, komplikasi kardiovaskular, atau kematian mendadak, jarak psikologis antara ancaman kesehatan dan kerentanan pribadi menjadi semakin sempit. Pengalaman observasional tersebut tidak hanya menimbulkan respons emosional, tetapi juga merekonstruksi penilaian risiko dengan mengubah ancaman yang sebelumnya dianggap jauh menjadi realitas yang bersifat personal. Akibatnya, *perceived severity* mengalami peningkatan yang signifikan dan memunculkan bentuk kekhawatiran yang konstruktif sehingga mendorong keterlibatan yang lebih besar dalam perilaku pencegahan kesehatan.

Mekanisme kedua adalah *critical personal experience* (pengalaman kritis pada diri sendiri), yaitu ketika individu mengalami kondisi kesehatan akut, seperti nyeri dada hebat, hasil positif pada treadmill stress test, atau tindakan pemasangan ring jantung. Pengalaman tersebut berfungsi sebagai *teachable moment*, yakni periode ketika individu berada pada tingkat kesiapan psikologis yang lebih tinggi untuk mengevaluasi kembali keyakinan yang selama ini dipegang dan menerima perubahan perilaku yang lebih sehat (McBride, Emmons, & Lipkus, 2003). Temuan penelitian menunjukkan bahwa guncangan eksistensial tersebut secara cepat melemahkan mekanisme penyangkalan (*denial*) yang sebelumnya menopang mentalitas *superman*, sehingga individu terdorong untuk menilai ulang kerentanannya terhadap penyakit kardiovaskular sekaligus mengakui manfaat kepatuhan terhadap rekomendasi medis. Restrukturisasi kognitif ini tidak berhenti pada kepatuhan sesaat, tetapi berkembang menjadi adaptasi perilaku yang lebih berkelanjutan, termasuk menjalani pemantauan kesehatan secara rutin, menerapkan gaya hidup yang lebih sehat, serta meningkatkan penerimaan terhadap praktik pencegahan penyakit. Dengan demikian, temuan ini menegaskan bahwa cues to action tidak sekadar berfungsi sebagai pemicu perubahan perilaku, tetapi juga sebagai mekanisme transformasi kognitif yang menggeser makna ketahanan dari sekadar kemampuan bertahan dalam tekanan fisik menuju kapasitas adaptif untuk menjaga kesehatan dan keberlanjutan produktivitas kerja dalam jangka panjang.

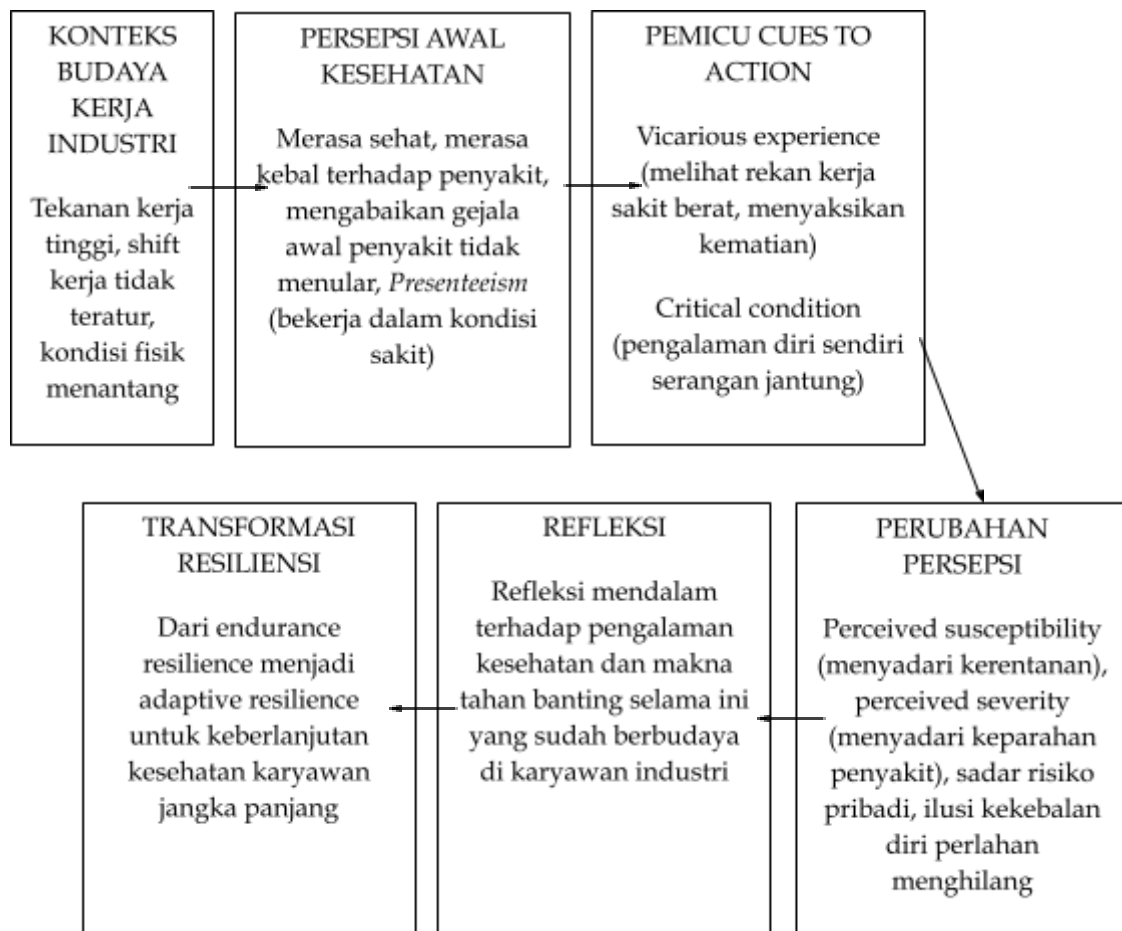
Budaya "Tahan Banting" dan Resiliensi di Tempat Kerja Dalam literatur manajemen sumber daya manusia Indonesia, "tahan banting" sering diasosiasikan dengan ketangguhan (*grit*). Namun, dalam konteks kesehatan kerja, resiliensi yang tidak sehat (*toxic resilience*) justru mendorong penyangkalan (*denial*) terhadap gejala sakit. Resiliensi adaptif, sebaliknya, melibatkan pengenalan dini terhadap risiko, pemanfaatan sistem pendukung (*support system*), dan penyesuaian perilaku untuk mempertahankan keberlanjutan kerja jangka panjang.

Dalam literatur manajemen sumber daya manusia dan kesehatan kerja di Indonesia, narasi "tahan banting" sering kali diagungkan sebagai bentuk ketangguhan (*grit*) dan dedikasi terhadap pekerjaan (Suma'mur, 2014). Namun, dalam konteks kesehatan, interpretasi yang keliru terhadap narasi ini dapat melahirkan apa yang disebut sebagai resiliensi toksik (*toxic*

resilience). Resiliensi toksik ditandai dengan normalisasi penderitaan, penyangkalan terhadap sinyal peringatan tubuh, dan pandangan bahwa mencari bantuan medis adalah tanda kelemahan. Fenomena ini erat kaitannya dengan *presenteeism* (bekerja dalam kondisi sakit), di mana karyawan memaksakan diri bekerja meskipun memiliki faktor risiko kardiovaskular yang tidak terkontrol, yang berujung pada mentalitas "superman" yang berbahaya (Johns, 2010).

Sebaliknya, literatur kesehatan kerja kontemporer mendorong pergeseran paradigma menuju resiliensi adaptif (*adaptive resilience*). Resiliensi adaptif tidak diukur dari seberapa lama seseorang mampu mengabaikan rasa sakit, melainkan dari kapasitasnya untuk: (1) melakukan pengenalan dini terhadap risiko kesehatan (*early risk recognition*), (2) secara proaktif memanfaatkan sistem pendukung (*support system*), baik dari keluarga maupun fasilitas kesehatan perusahaan, dan (3) melakukan penyesuaian perilaku (seperti modifikasi pola makan dan kepatuhan kontrol medis) untuk mempertahankan keberlanjutan kerja jangka panjang (*work sustainability*) (Kossek & Perrigino, 2016).

Studi kasus ini akan mendemonstrasikan bagaimana *vicarious experience* dan *critical personal experience* berfungsi sebagai mekanisme korektif yang mengubah definisi "tahan banting" bagi karyawan: dari ketahanan fisik semu yang mengabaikan gejala, menjadi ketahanan strategis yang memprioritaskan pemeliharaan kesehatan sebagai fondasi utama produktivitas.



Gambar 1. Kerangka Konseptual

Penelitian ini berangkat dari konteks budaya kerja industri yang menempatkan nilai "tahan banting" sebagai bentuk kemampuan karyawan dalam menghadapi tekanan, tuntutan pekerjaan, dan kondisi kerja yang intensif. Dalam konteks tertentu, konstruksi tersebut tidak hanya mencerminkan ketahanan dalam menghadapi tekanan psikologis maupun operasional,

tetapi juga dapat berkembang menjadi norma informal yang mendorong karyawan untuk tetap bekerja meskipun mengalami gangguan kesehatan. Ketika ketahanan dipersepsikan sebagai kemampuan untuk menekan keluhan fisik, mengabaikan gejala awal penyakit, atau mempertahankan kehadiran kerja dalam kondisi tidak sehat, konsep “tahan banting” berpotensi menghasilkan paradoks antara produktivitas jangka pendek dan keberlanjutan kesehatan tenaga kerja. Kondisi tersebut dapat terlihat melalui kecenderungan menunda pemeriksaan kesehatan, meremehkan gejala, atau mempertahankan aktivitas kerja meskipun kondisi fisik tidak optimal. Oleh karena itu, penelitian ini memandang budaya “tahan banting” bukan sebagai konstruk yang bersifat statis, melainkan sebagai makna sosial yang dapat mengalami perubahan ketika karyawan menghadapi pengalaman kesehatan yang signifikan.

Dalam kerangka Health Belief Model (HBM), perubahan tersebut dapat dipahami melalui peran *cues to action*, yaitu pemicu internal maupun eksternal yang mengaktifkan kesadaran individu terhadap ancaman kesehatan dan mendorong munculnya tindakan preventif. Studi kualitatif sebelumnya menunjukkan bahwa *cues to action* dapat berasal dari pengalaman personal, lingkungan sosial, tenaga kesehatan, keluarga, maupun berbagai bentuk informasi kesehatan, dan dapat berfungsi untuk meningkatkan keterlibatan individu dalam perilaku pencegahan. Dalam penelitian ini, *cues to action* dikembangkan secara kontekstual melalui dua bentuk pengalaman utama, yaitu *vicarious experience* dan *critical condition*. *Vicarious experience* merujuk pada pengalaman observasional ketika karyawan menyaksikan rekan kerja dengan karakteristik atau profil risiko yang relatif serupa mengalami penyakit serius atau kejadian kesehatan kritis. Sementara itu, *critical condition* merujuk pada pengalaman langsung ketika karyawan sendiri menghadapi kondisi kesehatan yang serius, seperti kejadian kardiovaskular, hipertensi berat, atau kondisi yang memerlukan rawat inap. Kedua pengalaman tersebut dipandang sebagai momentum yang berpotensi mengganggu persepsi kesehatan yang sebelumnya telah terbentuk melalui kebiasaan dan norma kerja.

Pengalaman tersebut selanjutnya berpotensi mengubah *perceived susceptibility* dan *perceived severity*. *Vicarious experience* dapat mengurangi jarak psikologis antara individu dan risiko penyakit karena konsekuensi kesehatan yang sebelumnya bersifat abstrak menjadi nyata melalui pengalaman orang yang berada dalam lingkungan sosial yang sama. Sementara itu, *critical condition* menghadirkan pengalaman personal yang secara langsung memperlihatkan konsekuensi dari risiko kesehatan yang sebelumnya mungkin dianggap rendah atau dapat dikendalikan. Dalam literatur HBM, persepsi mengenai kerentanan dan keparahan merupakan komponen penting dalam pembentukan persepsi ancaman kesehatan, sedangkan *cues to action* berfungsi sebagai pemicu yang mengarahkan individu untuk merespons ancaman tersebut. Dengan demikian, perubahan persepsi kesehatan dalam penelitian ini tidak dipahami hanya sebagai peningkatan pengetahuan mengenai penyakit, tetapi sebagai perubahan cara individu menilai kemungkinan dirinya mengalami penyakit dan konsekuensi yang mungkin ditimbulkannya.

Perubahan persepsi tersebut kemudian menjadi dasar bagi proses *sensemaking*, yaitu proses ketika individu memberikan makna baru terhadap pengalaman yang mengganggu atau tidak sesuai dengan keyakinan sebelumnya. Dalam konteks penelitian ini, pengalaman kesehatan yang kritis dapat menciptakan ketegangan antara keyakinan lama bahwa “tahan banting” berarti mampu terus bekerja dalam kondisi apa pun dan pemahaman baru bahwa kesehatan merupakan prasyarat bagi keberlanjutan aktivitas kerja. Ketegangan tersebut mendorong individu untuk melakukan refleksi terhadap makna kesehatan, risiko penyakit, dan identitasnya sebagai pekerja. Dengan demikian, transformasi persepsi kesehatan tidak berhenti pada peningkatan *health awareness*, tetapi berkembang menjadi proses rekonstruksi makna terhadap nilai “tahan banting” yang sebelumnya telah terinternalisasi dalam budaya kerja.

Melalui proses pemaknaan ulang tersebut, konsep tahan banting berpotensi mengalami transformasi dari *endurance resilience* menuju *adaptive resilience*. *Endurance resilience* dalam konteks penelitian ini merujuk pada orientasi ketahanan yang menekankan

kemampuan untuk bertahan terhadap tekanan, menoleransi ketidaknyamanan, dan mempertahankan pekerjaan meskipun menghadapi kondisi yang tidak ideal. Sebaliknya, *adaptive resilience* menempatkan kemampuan beradaptasi, mengenali batasan, mengelola risiko, dan melakukan tindakan preventif sebagai bagian dari ketahanan itu sendiri. Dengan perspektif ini, mengurangi beban kerja ketika diperlukan, menjalani pemeriksaan kesehatan, mengikuti rekomendasi medis, atau mengubah gaya hidup tidak lagi dipandang sebagai indikasi kelemahan, tetapi sebagai bentuk adaptasi untuk mempertahankan kapasitas kerja dalam jangka panjang. Pergeseran tersebut memperluas makna resilience dari sekadar kemampuan untuk “bertahan” menjadi kemampuan untuk beradaptasi terhadap risiko dan mempertahankan keberlanjutan fungsi individu.

Transformasi menuju *adaptive resilience* selanjutnya dapat tercermin dalam perubahan perilaku kesehatan, seperti peningkatan frekuensi pemeriksaan kesehatan, tindak lanjut terhadap hasil *Medical Check-Up* (MCU), perubahan pola makan dan aktivitas fisik, pengelolaan stres, kepatuhan terhadap rekomendasi medis, serta peningkatan perhatian terhadap pencegahan penyakit. Dengan demikian, perilaku kesehatan preventif tidak diposisikan sebagai konsekuensi otomatis dari pengalaman kritis, tetapi sebagai hasil dari proses kognitif dan pemaknaan yang berlangsung setelah individu mengalami *cues to action*. Pendekatan kualitatif berbasis HBM sebelumnya juga menunjukkan bahwa eksplorasi terhadap *cues to action*, persepsi kerentanan, persepsi keparahan, manfaat, hambatan, dan *self-efficacy* dapat membantu menjelaskan bagaimana individu merespons risiko kesehatan dan membentuk perilaku preventif.

Berdasarkan keseluruhan argumentasi tersebut, penelitian ini mengembangkan suatu kerangka prosedural yang memandang transformasi persepsi kesehatan sebagai rangkaian pengalaman dan pemaknaan yang saling berhubungan. *Vicarious experience* dan *critical condition* diposisikan sebagai bentuk *cues to action* yang berpotensi meningkatkan *perceived susceptibility* dan *perceived severity*. Peningkatan kedua persepsi tersebut kemudian mendorong refleksi dan *sensemaking* terhadap pengalaman kesehatan, yang selanjutnya menghasilkan pemaknaan ulang terhadap budaya “tahan banting”. Proses tersebut pada akhirnya dapat menggeser orientasi ketahanan dari *endurance resilience* menuju *adaptive resilience*, yang ditandai oleh perilaku kesehatan yang lebih preventif dan orientasi terhadap keberlanjutan kesehatan serta keberlanjutan kerja. Kerangka ini sejalan dengan penggunaan HBM dalam penelitian kualitatif, tetapi sekaligus memperluas penerapannya dengan memasukkan dimensi pemaknaan budaya dan transformasi konsep resilience dalam konteks tempat kerja industri.

Dengan demikian, kontribusi konseptual penelitian ini terletak pada upaya menjelaskan bukan hanya apakah persepsi risiko kesehatan berubah, tetapi bagaimana pengalaman kesehatan tertentu mengubah makna “tahan banting” yang hidup dalam budaya kerja industri. Fokus tersebut memberikan ruang untuk memahami perubahan dari ketahanan yang berorientasi pada kemampuan bertahan terhadap tekanan menuju ketahanan yang berorientasi pada adaptasi, pencegahan, dan keberlanjutan kesehatan. Karena penelitian menggunakan pendekatan kualitatif, hubungan antar konsep tersebut diposisikan sebagai proposisi analitis yang dieksplorasi melalui pengalaman dan narasi informan, bukan sebagai hubungan kausal yang diuji secara statistik.

3. METODOLOGI

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus (*case study*). Pendekatan ini dipilih untuk memahami secara mendalam proses perubahan persepsi dan makna yang dialami oleh partisipan dalam konteks kehidupan nyata mereka.

Partisipan dipilih menggunakan teknik *purposive sampling* dengan kriteria: (1) Karyawan dengan faktor risiko kardiovaskular (hipertensi/kolesterol), (2) Pernah mengalami *vicarious experience* atau kondisi kritis pribadi terkait jantung, dan (3) Menunjukkan perubahan

perilaku kesehatan yang signifikan (tipe "The Converted"). Empat partisipan (R1, R2, R3, R4) dengan masa kerja 16–32 tahun di departemen Produksi dan Supporting berhasil diwawancarai.

Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam (*in-depth interview*) semi-terstruktur. Analisis data menggunakan analisis tematik reflektif (Braun & Clarke), yang meliputi: transkripsi, familiarisasi data, pengkodean awal, pencarian tema, peninjauan tema, dan pelaporan.

Keabsahan data dijaga melalui *triangulasi sumber* (membandingkan data wawancara dengan rekam medis/MCU) dan *member checking* (mengonfirmasi kembali interpretasi data kepada partisipan).

4. HASIL

Tabel 1. Data Informan

Kode	Usia	Masa Kerja	Unit	Faktor Risiko	Kejadian Kritis
R1	35	16 tahun	Produksi	HT, Kolesterol	Nyeri dada, rawat ICCU
R2	49	28 tahun	Produksi	HT, Merokok	Nyeri dada, EKG abnormal, rawat RS
R3	51	32 tahun	Supporting	Kolesterol, Obesitas	Treadmill positif, kateterisasi, 7 stent
R4	52	32 tahun	Produksi	Kolesterol, Obesitas, Riwayat keluarga	Serangan jantung akut, pemasangan stent

Sumber: Data Diolah, 2026

Penelitian ini melibatkan empat informan utama yang diklasifikasikan sebagai tipe "*The Converted*", yaitu karyawan yang telah mengalami transformasi signifikan dalam persepsi dan perilaku kesehatan mereka pasca kejadian kritis. Keempat informan ini dipilih menggunakan teknik *purposive sampling* berdasarkan kriteria memiliki faktor risiko kardiovaskular dan telah melewati pengalaman kritis (*critical condition*) yang meruntuhkan mekanisme penyangkalan diri mereka. Berikut adalah profil singkat dari keempat informan:

Informan 1 (R1) merupakan karyawan termuda dalam studi ini, berusia 35 tahun dengan masa kerja 16 tahun di unit Produksi. Meskipun usianya masih sangat produktif, R1 memiliki faktor risiko hipertensi dan kolesterol yang sebelumnya diabaikan. Titik balik R1 terjadi secara drastis ketika ia mengalami nyeri dada yang memaksanya dirawat di *Intensive Cardiac Care Unit* (ICCU), sebuah pengalaman eksistensial yang mengubah pandangannya terhadap kesehatan di usia muda.

Informan 2 (R2) berusia 49 tahun dengan masa kerja 28 tahun di unit Produksi. Profil risiko R2 diperberat oleh kebiasaan merokok dan hipertensi yang tidak terkontrol. Awalnya, R2 menganggap gejala yang muncul sebagai hal biasa, hingga ia mengalami nyeri dada yang disertai hasil EKG abnormal. Kejadian ini memaksanya untuk dirawat di rumah sakit dan menyadari bahwa hipertensi dapat berdampak fatal pada jantung.

Informan 3 (R3) berusia 51 tahun dengan masa kerja 32 tahun di unit *Supporting*. Kasus R3 sangat menonjolkan fenomena *silent killer* dan ilusi kekebalan; meskipun ia tidak merokok dan rutin berolahraga, faktor risiko kolesterol tinggi dan obesitas yang didiamkan bertahun-tahun berujung pada hasil *treadmill* positif. R3 harus menjalani tindakan invasif kateterisasi dengan pemasangan tujuh *stent* (ring) jantung, yang menjadi pemicu utama transformasi gaya hidupnya.

Informan 4 (R4) berusia 52 tahun dengan masa kerja 32 tahun di unit Produksi. R4 memiliki profil risiko yang kompleks, meliputi kolesterol, obesitas, serta riwayat penyakit kardiovaskular dalam keluarga (genetik). Persepsi R4 yang keliru terhadap gejala awal sebagai

sakit maag berakibat pada serangan jantung akut yang mengharuskannya menjalani pemasangan *stent* darurat.

Secara kolektif, keempat informan ini merepresentasikan keragaman profil risiko dan unit kerja di lingkungan industri. Namun, benang merah dari keempatnya adalah adanya *critical condition*, mulai dari rawat inap di ICCU, abnormalitas EKG, hingga pemasangan *stent*, yang berfungsi sebagai *cues to action* radikal. Pengalaman-pengalaman kritis inilah yang secara serentak mendobrak ilusi "tahan banting" semu dan mendorong mereka mengadopsi resiliensi adaptif melalui kepatuhan medis dan perubahan gaya hidup.

Berdasarkan analisis data, ditemukan tiga tema utama yang menggambarkan perjalanan perubahan persepsi kesehatan partisipan.

Tema 1: Ilusi Kekebalan dan Misinterpretasi "Tahan Banting" ^{**}(Pra-Krisis). Sebelum mengalami kejadian kritis, sebagian besar partisipan memiliki *perceived susceptibility* dan *perceived severity* yang sangat rendah. Mereka menganggap gejala awal sebagai hal yang biasa atau disalahartikan sebagai masalah ringan.

"Dulu itu kayak 30-an itu mungkin masih dalam batas normal... Darah tinggi ya nggak terlalu mikir gitu kan. Kolesterol juga ya sama." (R1, Usia 35) "Karena saya juga berolahraga, saya tidak berpikir sebahaya itu, karena saya berpikiran, saya tidak merokok... Saya senang. Setiap hari pasti ada gorengan ada santan." (R3, Usia 51) "Ketika nyeri itu pertama kali muncul, saya mengira itu hanya sakit lambung atau penyakit maag." (R4, Usia 52)

Budaya "tahan banting" dimanifestasikan sebagai penyangkalan: tetap bekerja meski ada gejala, dan mengandalkan kekuatan fisik semu tanpa pemeriksaan medis yang memadai.

Tema 2: *Cues to Action* yang Mengguncang: *Vicarious Experience* dan Kondisi Kritis Perubahan persepsi yang drastis dipicu oleh dua momen utama. Pertama, *vicarious experience*, di mana melihat rekan kerja mengalami dampak fatal dari penyakit yang sama.

"Kejadian-kejadian satu kantor itu kan dulu kan siapa itu, Pak X, Pak Y, kan riwayat darah tinggi juga. Oh, darah tinggi bisa sampai kayak gitu. Terus akhirnya ya itu peduli, kadang juga merasa cemas." (R3)

Kedua, *critical personal condition*, di mana tubuh mereka sendiri memberikan sinyal darurat yang tidak bisa diabaikan (nyeri dada, hasil EKG abnormal, atau opname).

"Setelah di otak, nyampernya di pembuluh darah. Jadi heart rate nya tinggi... Saya lari, lari dari dokter... Opname 1 minggu di ICU." (R2)

"Saya sempat berpikir, masa saya terkena penyakit jantung? Namun setelah dijelaskan dari hasil EKG... akhirnya saya menerima." (R3)

Momen ini berfungsi sebagai *cues to action* yang sangat kuat, menghancurkan ilusi kekebalan dan meningkatkan *perceived severity* secara instan.

Tema 3: Transformasi Makna "Tahan Banting" Menjadi Resiliensi Adaptif Pasca-krisis, partisipan tidak lagi mengartikan "tahan banting" sebagai mengabaikan rasa sakit. Sebaliknya, mereka mendefinisikannya sebagai kedisiplinan proaktif, pemanfaatan *support system*, dan kepatuhan medis.

"Saya mulai mengurangi goreng-goreng terus santan... Sekarang itu sudah punya alat tensi sendiri. Akhirnya ngecek sendiri, pagi." (R1) "Jangan jadi superman, 'saya masih kuat'. Jangan. Banyak teman-teman yang langsung parah karena nggak kontrol." (R2) "Dengan kontrol rutin, saya merasa lebih tenang. Tekanan darah bisa dipantau... Kalau tekanan darah stabil, kemungkinan untuk terjadi masalah jantung juga lebih kecil." (R3)

Dukungan dari perusahaan (izin kontrol, fasilitas MCU) dan keluarga (pengingat minum obat, pengaturan menu makanan) menjadi *perceived benefits* yang memperkuat perilaku baru ini.

4. PEMBAHASAN

Penelitian ini berangkat dari konteks budaya kerja industri yang secara tradisional menekankan nilai "tahan banting" atau kemampuan bertahan dalam tekanan kerja tinggi.

Dalam praktiknya, temuan penelitian ini mengonfirmasi bahwa konsep tersebut seringkali dimaknai secara keliru sebagai *endurance resilience* (ketahanan melalui penderitaan), di mana karyawan merasa wajib untuk tetap bekerja meskipun mengalami gangguan kesehatan. Fenomena ini mendorong perilaku mengabaikan gejala awal penyakit dan *presenteeism* (bekerja dalam kondisi sakit) (Johns, 2010). Sebagaimana diungkapkan oleh Responden R3, nyeri dada awal sering disalahartikan sebagai sakit maag dan diatasi dengan obat lambung agar dapat terus bekerja, sementara R2 mengakui adanya "ilusi kekebalan" karena merasa masih muda dan aktif berolahraga, sehingga mengabaikan pola makan tinggi kolesterol.

Namun, temuan penelitian ini secara kuat mendukung aplikasi *Health Belief Model* (HBM) dengan menunjukkan bahwa transformasi persepsi kesehatan tidak terjadi secara gradual, melainkan dipicu secara radikal oleh *cues to action* (Champion & Skinner, 2008). Dalam konteks ini, penelitian mengonfirmasi Proposisi 1 dan 2, bahwa *vicarious experience* dan *critical condition* bertindak sebagai katalisator utama yang mendobrak mekanisme penyangkalan (*denial*).

Pertama, *vicarious experience* (pengalaman tidak langsung) berfungsi sebagai pembelajaran observasional (Bandura, 1986). Ketika seorang karyawan menyaksikan rekan kerja dengan profil risiko serupa mengalami dampak fatal, risiko yang sebelumnya abstrak menjadi konkret. Hal ini terlihat jelas pada narasi R1, yang awalnya menganggap hipertensi sebagai hal yang "biasa" di usia 30-an, namun berubah menjadi waspada setelah melihat rekan kerjanya (Pak X dan Pak Y) mengalami komplikasi serius: "*Kejadian-kejadian satu kantor itu kan... Oh, darah tinggi bisa sampai kayak gitu. Terus akhirnya ya itu peduli, kadang juga merasa cemas.*" Pengamatan ini secara instan meningkatkan *perceived severity* (persepsi keparahan).

Kedua, *critical condition* (kondisi kritis diri sendiri) memperkuat kesadaran akan kerentanan (*perceived susceptibility*) secara eksistensial. Guncangan akibat diagnosis medis yang mendadak (seperti hasil *treadmill* positif atau rawat inap di ICCU) meruntuhkan ilusi kesehatan. R2 menggambarkan kepanikan dan disonansi kognitif yang dialami saat divonis penyakit jantung meski tidak merokok: "*Sangat kaget bu... Selama ini kita sudah berolahraga... Tapi ternyata divonis sakit jantung... Setelah di otak, nyampernya di pembuluh darah.*" Demikian pula R3, yang awalnya tidak percaya dirinya bisa terkena penyakit jantung, akhirnya menerima realitas tersebut setelah melihat bukti EKG. Momen-momen kritis ini berfungsi sebagai "*teachable moment*" (McBride, Emmons, & Lipkus, 2003) yang memaksa individu mengevaluasi ulang *perceived barriers* (seperti ketakutan akan efek samping obat atau rasa malas) dan mulai mengakui *perceived benefits* dari intervensi medis.

Puncak dari proses kognitif ini adalah transformasi konseptual mengenai makna "tahan banting", yang mengonfirmasi Proposisi 3 dan 4. Melalui proses pemaknaan ulang (*sensemaking*), karyawan bergeser dari *endurance resilience* menuju *adaptive resilience* (Kossek & Perrigino, 2016). *Adaptive resilience* tidak lagi diukur dari seberapa lama seseorang mampu mengabaikan rasa sakit, melainkan dari kapasitasnya untuk beradaptasi secara proaktif guna menjaga keberlanjutan kerja (*work sustainability*).

Transformasi ini diwujudkan secara nyata dalam perubahan perilaku. R2 secara eksplisit menolak mentalitas lama dengan pernyataan yang sangat representatif: "*Jangan jadi superman, 'saya masih kuat'. Jangan. Banyak teman-teman yang langsung parah karena nggak kontrol.*" Pernyataan ini menunjukkan pengakuan bahwa mengakui kerentanan dan melakukan kontrol medis bukanlah tanda kelemahan, melainkan strategi bertahan hidup (*survival strategy*) yang cerdas. Wujud adaptasi ini meliputi: (1) pemeriksaan kesehatan rutin dan mandiri (R1 membeli alat tensi sendiri untuk memantau tekanan darah pagi hari), (2) perubahan gaya hidup drastis (R2 dan R3 menghentikan konsumsi gorengan dan santan), dan (3) upaya pencegahan jangka panjang melalui kepatuhan minum obat.

Selain itu, temuan ini juga menyoroti peran krusial dukungan sistemik dalam mempertahankan *adaptive resilience*. Dukungan dari atasan (dispensasi kontrol), fasilitas

asuransi perusahaan, dan pengingat dari keluarga secara signifikan menurunkan *perceived barriers*, membuat perubahan perilaku menjadi berkelanjutan (*sustainable*). Bahkan, R2 memberikan kritik konstruktif agar perusahaan tidak hanya mengandalkan kesadaran individu, tetapi juga melakukan intervensi sistemik: "*Untuk perusahaan... segera memantau yang kolesterolnya tinggi. Supaya nggak salah-salah lagi, harus dipaksa menghilangkan kolesterol sampai perusahaan jenuh.*" Hal ini mengisyaratkan perlunya kebijakan *follow-up* MCU yang terstruktur, bukan sekadar rekomendasi opsional.

5. KESIMPULAN

Penelitian kualitatif dengan desain *case study* ini menunjukkan bahwa persepsi kesehatan karyawan industri terhadap faktor risiko kardiovaskular, khususnya hipertensi dan hiperkolesterolemia, pada awalnya cenderung rendah. Kondisi tersebut ditandai oleh adanya *illusion of invulnerability*, yaitu kecenderungan individu memandang dirinya relatif aman dari risiko kesehatan meskipun memiliki faktor risiko tertentu. Dalam konteks budaya kerja industri, persepsi tersebut berkelindan dengan konstruksi "tahan banting" yang pada awalnya dimaknai sebagai kemampuan untuk tetap bekerja dan mempertahankan produktivitas meskipun menghadapi tekanan fisik maupun gangguan kesehatan. Temuan penelitian menunjukkan bahwa bentuk ketahanan semacam ini lebih merepresentasikan *endurance resilience*, yaitu kemampuan bertahan melalui toleransi terhadap ketidaknyamanan, penyangkalan, dan pengabaian terhadap gejala kesehatan, daripada ketahanan yang berorientasi pada pencegahan dan adaptasi.

Namun demikian, penelitian ini menunjukkan adanya transformasi persepsi yang terjadi ketika karyawan menghadapi pengalaman kesehatan yang memiliki signifikansi personal dan sosial. *Vicarious experience*, berupa pengamatan terhadap rekan kerja yang mengalami penyakit serius atau kejadian kesehatan kritis, serta *critical personal condition*, berupa pengalaman kesehatan kritis yang dialami sendiri, muncul sebagai *cues to action* yang kuat dalam kerangka *Health Belief Model* (HBM). Kedua pengalaman tersebut mengubah risiko kesehatan dari sesuatu yang sebelumnya dipersepsikan sebagai abstrak dan jauh menjadi ancaman yang nyata dan relevan secara personal. Pengalaman rekan kerja berfungsi melalui mekanisme pembelajaran observasional, sedangkan pengalaman kritis pada diri sendiri memberikan konfirmasi langsung terhadap kerentanan individu. Dengan demikian, kedua bentuk pengalaman tersebut berperan sebagai pemicu penting dalam mengaktifkan evaluasi ulang terhadap persepsi kesehatan.

Perubahan tersebut terutama tercermin dalam meningkatnya *perceived susceptibility* dan *perceived severity*. Karyawan mulai menyadari bahwa faktor risiko seperti hipertensi dan hiperkolesterolemia tidak dapat lagi dipandang sebagai kondisi yang dapat diabaikan hanya karena tidak selalu disertai gejala yang nyata. Pengalaman melihat rekan kerja mengalami konsekuensi kesehatan serius maupun pengalaman menghadapi kondisi medis sendiri secara bertahap mengurangi mekanisme penyangkalan dan meningkatkan kesadaran terhadap konsekuensi potensial penyakit. Temuan ini memperlihatkan bahwa perubahan perilaku kesehatan tidak semata-mata berasal dari bertambahnya pengetahuan medis, tetapi juga dari perubahan cara individu memaknai risiko dan menghubungkannya dengan pengalaman hidupnya sendiri.

Peningkatan persepsi risiko tersebut kemudian memicu proses *sensemaking*, melalui mana karyawan melakukan evaluasi dan pemaknaan ulang terhadap konsep "tahan banting". Dalam proses ini terjadi pergeseran pemahaman bahwa ketangguhan tidak lagi identik dengan kemampuan untuk terus bekerja dalam kondisi kesehatan apa pun. Sebaliknya, ketangguhan mulai dimaknai sebagai kemampuan untuk mengenali kerentanan, mengambil tindakan preventif, menerima kebutuhan terhadap bantuan medis, serta melakukan penyesuaian agar tetap mampu menjalankan fungsi pekerjaan secara berkelanjutan. Dengan demikian, konsep "tahan banting" mengalami transformasi dari *endurance resilience* menuju *adaptive resilience*.

Pergeseran tersebut menunjukkan bahwa ketahanan yang berkelanjutan bukan terletak pada kemampuan mengabaikan risiko, melainkan pada kemampuan beradaptasi terhadap risiko secara proaktif.

Transformasi menuju *adaptive resilience* selanjutnya tercermin dalam perubahan perilaku kesehatan karyawan. Informan menunjukkan kecenderungan untuk meningkatkan kepatuhan terhadap kontrol medis, melakukan perubahan gaya hidup, memberikan perhatian yang lebih besar terhadap hasil pemeriksaan kesehatan, serta memanfaatkan *support system* yang berasal dari keluarga dan lingkungan organisasi. Dalam perspektif ini, mencari bantuan medis, menjalani pemeriksaan lanjutan, atau mengubah pola hidup tidak lagi dipersepsikan sebagai bentuk kelemahan, tetapi sebagai strategi untuk mempertahankan kapasitas kerja dan kualitas kehidupan dalam jangka panjang. Temuan tersebut sekaligus memperluas pemahaman mengenai resilience dalam konteks kesehatan kerja, dari paradigma ketahanan yang berorientasi pada *endurance* menuju ketahanan yang menekankan adaptasi, pencegahan, dan keberlanjutan.

Secara teoretis, penelitian ini memberikan kontribusi dengan mengintegrasikan Health Belief Model, khususnya konsep *cues to action*, *perceived susceptibility*, dan *perceived severity*, dengan perspektif sensemaking dan organizational resilience untuk menjelaskan transformasi makna kesehatan dalam budaya kerja industri. Temuan menunjukkan bahwa *cues to action* tidak hanya berfungsi sebagai pemicu tindakan kesehatan secara langsung, tetapi juga dapat menjadi titik awal terjadinya perubahan kognitif dan rekonstruksi makna mengenai ketahanan. Dalam konteks ini, *vicarious experience* dan *critical personal condition* dapat dipahami sebagai pengalaman disruptif yang mendorong individu mengevaluasi kembali keyakinan sebelumnya dan membentuk orientasi ketahanan yang lebih adaptif. Kontribusi tersebut menempatkan perubahan persepsi kesehatan sebagai proses yang bersifat dinamis, sosial, dan kontekstual, bukan sekadar perubahan pengetahuan atau sikap individual.

Secara praktis, temuan penelitian memiliki implikasi bagi manajemen sumber daya manusia dan kesehatan kerja dalam merancang strategi komunikasi dan intervensi kesehatan di lingkungan industri. Perusahaan perlu mempertimbangkan reformulasi narasi kesehatan dengan menghindari pendekatan komunikasi yang semata-mata mengandalkan *fear-mongering*. Pendekatan yang terlalu menekankan ancaman atau konsekuensi fatal berpotensi menghasilkan respons defensif, kecemasan, atau penyangkalan pada sebagian karyawan. Sebagai alternatif, perusahaan dapat mengembangkan komunikasi berbasis peer testimony, yaitu penggunaan pengalaman nyata karyawan yang telah mengalami perubahan perilaku kesehatan sebagai bentuk *vicarious experience*. Testimoni dari “karyawan yang telah berubah” (*The Converted*) dapat digunakan untuk menunjukkan bahwa pemeriksaan kesehatan, perubahan gaya hidup, dan kepatuhan terhadap rekomendasi medis merupakan bagian dari ketahanan profesional, bukan indikator kelemahan.

Implikasi berikutnya berkaitan dengan perlunya sistematisasi tindak lanjut hasil Medical Check-Up (MCU). Hasil MCU sebaiknya tidak berhenti sebagai dokumen administratif atau informasi individual, tetapi menjadi bagian dari sistem manajemen kesehatan kerja yang memiliki mekanisme pemantauan dan tindak lanjut. Bagi karyawan yang memiliki faktor risiko tinggi, perusahaan dapat mempertimbangkan mekanisme *follow-up* yang lebih terstruktur, seperti konsultasi medis, pemantauan berkala, edukasi kesehatan, dan dokumentasi perkembangan kondisi kesehatan. Apabila sesuai dengan regulasi, kebijakan perusahaan, serta prinsip kerahasiaan data kesehatan, tindak lanjut tersebut dapat diintegrasikan ke dalam indikator program kesehatan kerja sehingga keberlanjutan intervensi dapat dipantau secara sistematis. Dengan pendekatan tersebut, MCU tidak hanya berfungsi sebagai instrumen deteksi, tetapi juga sebagai pintu masuk menuju manajemen risiko kesehatan jangka panjang.

Penelitian ini juga mengindikasikan pentingnya evaluasi terhadap protokol skrining kesehatan bagi karyawan yang memiliki faktor risiko kardiovaskular. Temuan pengalaman informan menunjukkan bahwa persepsi “merasa sehat” atau memiliki aktivitas fisik tidak selalu

identik dengan rendahnya risiko kesehatan. Oleh karena itu, perusahaan dapat mempertimbangkan penggunaan pemeriksaan lanjutan berdasarkan penilaian klinis dan rekomendasi tenaga kesehatan, khususnya bagi individu dengan faktor risiko tertentu. Pemeriksaan seperti *stress test* atau *treadmill* tidak seharusnya diterapkan secara seragam tanpa mempertimbangkan indikasi medis, tetapi dapat dipertimbangkan sebagai bagian dari pendekatan skrining berbasis risiko. Dengan demikian, strategi kesehatan kerja dapat bergeser dari pendekatan yang bersifat reaktif menuju pendekatan yang lebih preventif dan berbasis risiko.

Bagi karyawan, penelitian ini menegaskan pentingnya mengembangkan *adaptive resilience* sebagai bentuk ketahanan yang lebih berkelanjutan. Ketahanan tidak seharusnya dipahami semata-mata sebagai kemampuan untuk menahan rasa sakit, mengabaikan gejala, atau terus bekerja dalam kondisi kesehatan yang tidak optimal. Sebaliknya, mengenali keterbatasan tubuh, melakukan pemeriksaan kesehatan, mengikuti rekomendasi medis, mengelola stres, dan melakukan perubahan gaya hidup dapat dipahami sebagai bagian dari tanggung jawab terhadap keberlanjutan kehidupan personal dan profesional. Perspektif tersebut menjadi semakin relevan dalam lingkungan industri yang memiliki tuntutan pekerjaan dan potensi risiko keselamatan yang relatif tinggi.

Meskipun memberikan kontribusi konseptual dan praktis, penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan yang perlu diperhatikan. Penelitian didasarkan pada empat kasus dari satu perusahaan industri sehingga konteks organisasi, karakteristik pekerjaan, dan pengalaman informan dapat membatasi transferabilitas temuan ke lingkungan industri lainnya. Selain itu, desain *case study* memberikan kedalaman terhadap pengalaman subjektif informan, tetapi belum memungkinkan penelitian untuk mengukur secara kuantitatif besarnya perubahan persepsi maupun perilaku kesehatan. Oleh karena itu, penelitian mendatang dapat memperluas konteks empiris dengan melibatkan karyawan dari berbagai sektor industri, karakteristik pekerjaan, kelompok usia, dan latar belakang demografis untuk mengeksplorasi variasi mekanisme transformasi persepsi kesehatan.

Penelitian selanjutnya juga perlu mempertimbangkan desain longitudinal untuk memahami apakah perubahan persepsi dan perilaku yang muncul setelah *vicarious experience* atau *critical personal condition* dapat dipertahankan dalam jangka panjang. Studi longitudinal akan memungkinkan peneliti mengidentifikasi apakah transformasi dari *endurance resilience* menuju *adaptive resilience* bersifat permanen, sementara, atau mengalami perubahan kembali setelah ancaman kesehatan tidak lagi dirasakan secara langsung. Selain itu, pendekatan mixed-method dapat digunakan untuk menguji secara kuantitatif hubungan antara *cues to action*, persepsi risiko kesehatan, *adaptive resilience*, *presenteeism*, dan kepatuhan terhadap *follow-up* hasil MCU. Penelitian mendatang juga dapat menguji efektivitas intervensi berbasis *vicarious experience*, seperti program *peer support* atau testimoni karyawan, dalam meningkatkan keterlibatan terhadap perilaku preventif dan memperkuat sistem manajemen kesehatan di tingkat organisasi.

Secara keseluruhan, penelitian ini menunjukkan bahwa transformasi persepsi kesehatan karyawan industri tidak hanya merupakan proses perubahan pengetahuan mengenai risiko penyakit, tetapi merupakan proses transformasi makna mengenai apa yang dimaksud dengan “tahan banting” dalam kehidupan kerja. Pengalaman melihat orang lain mengalami konsekuensi kesehatan serius dan pengalaman menghadapi kondisi kritis secara langsung dapat menjadi *cues to action* yang mengubah persepsi mengenai kerentanan dan keparahan penyakit. Perubahan tersebut selanjutnya mendorong proses *sensemaking* yang menggeser orientasi ketahanan dari sekadar bertahan terhadap penderitaan menuju kemampuan beradaptasi secara proaktif. Dalam perspektif ini, *adaptive resilience* menjadi bentuk ketahanan yang mengintegrasikan kesehatan, pencegahan, dukungan sosial, dan keberlanjutan kerja sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari ketangguhan karyawan industri.

6. REFERENSI

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- 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). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1–47. <https://doi.org/10.1177/109019818401100101>
- Johns, G. (2010). Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *Journal of Organizational Behavior*, 31(4), 519–542. <https://doi.org/10.1002/job.630>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2023*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI.
- Kossek, E. E., & Perrigino, M. B. (2016). Resilience: A review using a grounded integrated occupational approach. *The Academy of Management Annals*, 10(1), 729–797. <https://doi.org/10.1080/19416520.2016.1159851>
- Luthans, F., Youssef, C. M., & Avolio, B. J. (2007). *Psychological capital: Developing the human competitive edge*. New York, NY: Oxford University Press.
- McBride, C. M., Emmons, K. M., & Lipkus, I. M. (2003). Understanding the potential of teachable moments: The case of smoking cessation. *Health Education Research*, 18(2), 156–170. <https://doi.org/10.1093/her/18.2.156>
- Morse, J. M., Jones, L., & Allen, M. (2018). The role of critical incidents in health behavior change: A qualitative synthesis. *Qualitative Health Research*, 28(5), 715–725. <https://doi.org/10.1177/1049732317746362>
- Pratama, A., & Susanto, T. (2022). Prevalensi dan faktor risiko penyakit tidak menular pada pekerja industri di Indonesia: Sebuah tinjauan sistematis. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 17(2), 45–53.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328–335. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>
- Suma'mur, P. K. (2014). *Higien perusahaan dan kesehatan kerja (Hiperkes)*. Jakarta: Sagung Seto.