

STATUS KESEHATAN DAN TINGKAT UPAH PEKERJA DI INDONESIA (STUDI IFLS-5)



SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat
Untuk menyelesaikan Program Sarjana (S1)
pada Program Sarjana Fakultas Ekonomika dan Bisnis
Universitas Diponegoro

Disusun Oleh:

PUJA FITRIA WULANDARI
NIM. 12020120140211

FAKULTAS EKONOMIKA DAN BISNIS
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2024

PERSETUJUAN SKRIPSI

Nama Penyusun : Puja Fitria Wulandari
Nomor Induk Mahasiswa : 12020120140211
Fakultas/Prodi : Ekonomika dan Bisnis/Ekonomi

Judul Usulan Penelitian Skripsi : **STATUS KESEHATAN DAN TINGKAT
UPAH PEKERJA DI INDONESIA (STUDI
IFLS-5)**

Dosen Pembimbing : Mayanggita Kirana S.E., M.Sc.

Semarang, 13 Desember 2024

Dosen Pembimbing



Mayanggita Kirana S.E., M.Sc.

NIP. 198605162010122007

PENGESAHAN KELULUSAN UJIAN

Nama Mahasiswa : Puja Fitria Wulandari

Nomor Induk Mahasiswa : 12020120140211

Fakultas/Prodi : Ekonomika dan Bisnis/Ekonomi

Judul Skripsi : Status Kesehatan dan Tingkat Upah Pekerja di Indonesia (Studi IFLS-5)

Telah dinyatakan lulus ujian pada tanggal 23 Desember 2024

Tim Penguji:

1. Mayanggita Kirana, S.E., M.Sc.


(.....)

2. Dr. rer. pol. Alfa Farah S.E., M.Sc.


(.....)

3. Ariska Nurfajar Rini S.E., M.Sc.


(.....)

PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini saya, Puja Fitria Wulandari menyatakan bahwa skripsi dengan judul: Status Kesehatan dan Tingkat Upah Pekerja di Indonesia (Studi IFLS-5) adalah hasil tulisan saya sendiri. Dengan ini saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat keseluruhan atau sebagian tulisan orang lain yang saya ambil dengan cara menyalin atau meniru dalam bentuk rangkaian kalimat atau simbol yang menunjukkan gagasan atau pendapat atau pemikiran dari penulis lain, yang saya akui seolah-olah sebagai tulisan saya sendiri, dan/atau tidak terdapat bagian atau keseluruhan tulisan yang saya salin itu, atau yang saya ambil dari tulisan orang lain tanpa memberikan pengakuan aslinya.

Apabila saya melakukan tindakan yang bertentangan dengan hal tersebut di atas, baik disengaja maupun tidak, dengan ini saya menyatakan menarik skripsi yang saya ajukan sebagai hasil tulisan saya sendiri ini. Bila kemudian terbukti bahwa saya melakukan tindakan menyalin atau meniru tulisan orang lain seolah-olah hasil pemikiran saya sendiri, berarti gelar dan ijazah yang telah diberikan oleh universitas batal saya terima.

Semarang, 13 Desember 2024

Yang membuat pernyataan,



Puja Fitria Wulandari

NIM: 12020120140211

MOTTO

Barangkali Allah sengaja membuatmu menunggu lebih lama. Sebab waktu yang kamu anggap paling baik, tidak baik menurut-Nya.

Selesaikan apa yang sudah kamu mulai. Simpan keluhmu, sebab letihmu tak sebanding dengan perjuangan orang tua menghidupimu.

Skripsi bukan hanya soal lembar demi lembar tulisan, tetapi soal menemukan dirimu di antara keraguan akan tulisanmu, tekanan dari sekitarmu, dan harapan bagi orang tuamu.

ABSTRACT

Worker wage level in Indonesia has variation due to the heterogeneity of workers including productivity which is influenced by health status. This study purpose to analyze the effect of health status on worker wage level in Indonesia using human capital theory, concept of health capital by Grossman, and compensating wage differentials.

This study uses Ordinary Least Square (OLS) method and uses secondary data with total 6.714 observation of individual workers in Indonesia from Indonesia Family Life Survey – 5 (IFLS – 5) using STATA17. The dependent variable used is level of worker wage in a month. Meanwhile, the independent variable used is the health status of the worker and health status interaction into informal sector workers. This study also uses control variable to reduce bias, the control variable used are informal sector workers, education level, smoking status, work experience, work experience2, gender, age, residence location, primer sector, work characteristic.

Result of this study indicate that poor health status of informal workers, interaction of poor health status in informal sector worker, work experience2, age, and job characteristic have negative significant effect on worker wage level. While the result of other variable, such education level, work experience, gender, place of residence, household head status, and primary sector have positive and significant effect.

Keywords: Wage level, health status, informal workers

ABSTRAK

Tingkat upah pekerja di Indonesia memiliki upah yang bervariasi karena heterogenitas yang terdapat pada diri pekerja termasuk produktivitas yang dipengaruhi oleh status kesehatan. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh status kesehatan terhadap tingkat upah pekerja di Indonesia dengan menggunakan teori modal manusia, konsep modal kesehatan, dan kompensasi perbedaan upah.

Penelitian ini menggunakan metode *Ordinary Least Square* (OLS) dan menggunakan data sekunder dengan jumlah observasi 6.714 individu pekerja di Indonesia yang bersumber dari *Indonesian Family Life Survey* (IFLS)-5 dengan *software* STATA17. Variabel Dependen yang digunakan tingkat upah pekerja dalam sebulan. Variabel independen yang digunakan ialah status kesehatan pekerja dan interaksi status kesehatan dengan sektor informal. Penelitian ini menggunakan variabel kontrol untuk meminimalisir bias, variabel kontrol yang digunakan ialah sektor informal, Pendidikan, status merokok, pengalaman kerja, pengalaman kerja², jenis kelamin, usia, tempat tinggal, status kepala rumah tangga, sektor primer, karakteristik pekerjaan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa status kesehatan yang buruk pekerja sektor informal, interaksi status kesehatan yang buruk dengan bekerja pada sektor informal, pengalaman kerja², usia, dan karakteristik pekerjaan memiliki pengaruh negatif dan signifikan terhadap tingkat upah pekerja. Sedangkan hasil variabel lainnya, seperti tingkat pendidikan, pengalaman kerja, jenis kelamin, tempat tinggal, status kepala rumah tangga, dan sektor primer memiliki pengaruh positif dan signifikan.

Kata Kunci: Tingkat Upah, Status Kesehatan, Pekerja Informal

KATA PENGANTAR

Puji syukur penyusun panjatkan kehadiran Allah yang Maha Esa, karena berkat rahmat dan kuasa-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“STATUS KESEHATAN DAN TINGKAT UPAH PEKERJA DI INDONESIA (STUDI IFLS-5)”** disusun untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan Pendidikan pada Program Sarjana (S1) Ekonomi di Fakultas Ekonomika dan Bisnis, Universitas Diponegoro.

Penulis menyadari bahwa terselesaikannya skripsi ini tidak terlepas dari doa dan dukungan berbagai pihak baik secara langsung maupun tidak. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. Faisal S.E., M.Si., Ph.D. selaku Dekan Fakultas Ekonomika dan Bisnis Universitas Diponegoro.
2. Ahmad Syakir Kurnia, Ph.D. selaku Ketua Departemen Ekonomi Fakultas Ekonomika dan Bisnis Universitas Diponegoro.
3. Dr. Jaka Aminata, S.E., M.A. selaku Ketua Program Studi S1 Ekonomi Fakultas Ekonomika dan Bisnis Universitas Diponegoro.
4. Dr. agr. Deden Dinar Iskandar S.E., M.A. selaku Sekretaris Program Studi S1 Ekonomi Fakultas Ekonomika dan Bisnis Universitas Diponegoro.
5. Mayanggita Kirana, S.E., M.Sc. selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan arahan terbaik dengan penuh tanggung jawab sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi.
6. Esther Sri Astuti Soeryaningrum, S.E., M. S.E., Ph. D. selaku dosen wali, terima kasih telah mendampingi dan memberikan segala arahan akademik selama penulis menempuh bangku kuliah.
7. Seluruh dosen Fakultas Ekonomika dan Bisnis Universitas Diponegoro yang telah mendukung dan membantu melalui ilmu yang diberikan kepada penulis selama proses perkuliahan.

8. Seluruh staff Fakultas Ekonomika dan Bisnis Universitas Diponegoro yang telah memberikan pelayanan dan bantuan kepada penulis selama perkuliahan.
9. Cinta pertama dan panutan penulis, kedua orang tua yang telah percaya atas semua keputusan yang telah penulis ambil untuk melanjutkan mimpinya, serta doa dan dukungan yang selalu membuat penulis percaya bahwa penulis mampu menyelesaikan skripsi ini hingga akhir. Kakak dan adik, yang selalu kebersamai, memberikan motivasi dukungan, dan doa. Serta Keluarga besar yang tiada henti memberikan kebahagiaan, doa, dukungan, dan mengerti bagaimana bersikap yang baik selama penulis mengerjakan skripsi.
10. Azel Nayottama Damapradji yang telah menjadi bagian dari perjalanan hidup penulis. Berkontribusi banyak dalam memberikan dukungan, motivasi, doa, kebahagiaan serta setia menemani penulis dalam suka dan duka, dan selalu bersedia meluangkan waktunya untuk menjadi tempat dan pendengar terbaik dari awal penulisan skripsi sampai penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
11. Muhadi dan Farhan yang telah banyak membantu dan bersedia meluangkan waktunya untuk menjawab dan menjelaskan seluruh pertanyaan yang diajukan oleh penulis selama proses penulisan skripsi dari awal hingga akhir penulisan.
12. Seluruh teman-teman Ekonomi angkatan 2020, khususnya Liza, Pinkan, Fawzyyah, Sekar, Syefa, yang telah menemani, membantu, serta memberikan kebahagiaan kepada penulis selama proses perkuliahan di Universitas Diponegoro.
13. Teman-teman “keluarga penuh berkah” yang telah menemani, serta memberikan kebahagiaan kepada penulis.
14. Seluruh pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu. Terima kasih telah membantu penulis dalam menyelesaikan perkuliahan.

15. *Last but not least, I wanna thank me. I wanna thank me for believing in me. I wanna thank me for doing all this hard work. I wanna thank me for having no days off. I wanna thank me for never quitting.*

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini masih terdapat kekurangan dan kesalahan yang membutuhkan perbaikan, untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun agar dalam penyusunan karya tulis selanjutnya menjadi lebih baik. Penulis berharap semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat kepada pembaca.

Semarang, 13 Desember 2024

Penulis,



Puja Fitria Wulandari

(12020120140211)

DAFTAR ISI

	Halaman
PERSETUJUAN SKRIPSI	ii
PENGESAHAN KELULUSAN UJIAN.....	iii
PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI.....	iv
<i>ABSTRACT</i>	vi
ABSTRAK	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Rumusan Masalah	11
1.3 Tujuan dan Kegunaan Penelitian.....	12
1.3.1 Tujuan Penelitian	12
1.3.2 Kegunaan Penelitian	12
1.4 Sistematika Penulisan.....	13
BAB II TELAAH PUSTAKA.....	16
2.1 Landasan Teori dan Telaah Pustaka.....	16
2.2 Kerangka Pemikiran	33
2.3 Hipotesis.....	34
BAB III METODE PENELITIAN.....	35
3.1 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....	35
3.1.1 Variabel Dependen.....	35
3.1.2 Variabel Independen.....	35
3.1.3 Variabel Kontrol.....	36
3.2 Jenis dan Sumber Data	39
3.3 Metode Pengumpulan Data	40
3.4 Metode Analisis.....	41

3.4.1 Analisis Regresi Data <i>Cross Section</i>	41
3.4.2 Analisis Deskriptif	41
3.4.3 Estimasi Model Regresi	41
3.5. Uji Statistik	42
3.6 Pengujian Model Statistik dengan Asumsi Gauss – Markov	44
3.6.1 Deteksi Multikolinearitas.....	45
3.6.2 Deteksi Heteroskedastisitas	45
BAB IV HASIL DAN ANALISIS	47
4.1 Deskripsi Objek Penelitian	47
4.2 Karakteristik Responden	50
4.3 Hasil Estimasi.....	52
4.4 Pembahasan Hasil.....	56
BAB V PENUTUP	64
5.1 Simpulan.....	64
5.2 Keterbatasan	65
5.3Saran	65
DAFTAR PUSTAKA	66
LAMPIRAN	70

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2. 1 Penelitian Terdahulu.....	29
Tabel 3. 1 Jenis dan Sumber Data	40
Tabel 4. 1 Distribusi Sampel Berdasarkan Provinsi.....	47
Tabel 4. 2 Distribusi Sampel Berdasarkan Status Kesehatan.....	48
Tabel 4. 3 Distribusi Sampel Berdasarkan Sektor Pekerjaan	49
Tabel 4. 4 Statistik Deskriptif.....	50
Tabel 4. 5 Model Dasar OLS.....	53

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2. 1 Kurva Permintaan MEC.....	19
Gambar 2. 2 Fungsi Produksi Hari Sehat.....	20
Gambar 2. 3 Kerangka Pemikiran.....	33

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Kesehatan memiliki peran penting dalam mendukung produktivitas tenaga kerja, terutama di Indonesia, di mana kondisi kesehatan masyarakat masih menjadi isu yang memerlukan perhatian. Kesehatan yang buruk dapat mengganggu kemampuan pekerja untuk menjalankan aktivitas sehari-hari atau *Activities of Daily Living* (ADL), seperti bekerja, berinteraksi sosial, atau merawat diri sendiri. Ketika pekerja mengalami masalah kesehatan, baik jangka pendek maupun panjang, hal ini dapat memengaruhi kualitas kerja, mengurangi efisiensi, dan menurunkan kemampuan mereka untuk mencapai potensi maksimal di tempat kerja. Akibatnya, kesehatan yang buruk tidak hanya berdampak pada kehidupan pribadi pekerja, tetapi juga pada penghasilan mereka karena pekerja yang sering sakit atau tidak dapat bekerja secara optimal cenderung menerima pendapatan yang lebih rendah (Ardebili, dkk., 2021).

Berdasarkan data BPS prevalensi penyakit tidak menular seperti diabetes, hipertensi, dan penyakit jantung meningkat tajam dalam dekade terakhir (BPS, 2023). Survei Kementerian Kesehatan menunjukkan bahwa prevalensi hipertensi meningkat dari 25,8% pada 2013 menjadi 34,1% pada 2018. Selain itu, kasus diabetes melitus yang terdiagnosis juga naik dari 6,9% pada 2013 menjadi 10,9% pada 2021. Tren ini menunjukkan perlunya perhatian lebih terhadap pola hidup sehat di tengah

masyarakat. Di sisi lain, penyakit menular seperti tuberkulosis dan malaria masih menjadi ancaman di beberapa daerah (Kementerian kesehatan, 2023).

Akses yang tidak merata terhadap fasilitas kesehatan menjadi salah satu faktor yang memengaruhi kondisi kesehatan masyarakat Indonesia. Di daerah perkotaan, fasilitas kesehatan seperti rumah sakit, klinik, dan puskesmas cenderung lebih lengkap dan mudah dijangkau oleh masyarakat, memungkinkan mereka untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang lebih baik. Sebaliknya, di daerah pedesaan, fasilitas kesehatan sering kali terbatas dan kurang memadai, dengan akses yang sulit dan layanan yang terbatas. Selain itu, banyak individu yang tidak memiliki pemahaman yang cukup tentang pentingnya menjaga gaya hidup sehat dan mencegah penyakit yang menyebabkan mereka kurang perhatian terhadap pencegahan penyakit. Pola makan yang tidak sehat, seperti konsumsi makanan tinggi gula, serta kurangnya aktivitas fisik, yang pada akhirnya mengarah pada peningkatan prevalensi penyakit tidak menular, seperti diabetes, hipertensi, dan obesitas (BPS, 2023).

Kesehatan, dalam perspektif ini, dipandang sebagai bentuk akumulasi yang dapat meningkatkan produktivitas dan, pada akhirnya, meningkatkan pendapatan. Akumulasi yang dimaksud ialah pengalaman kesehatan sepanjang hidup seseorang. Kesehatan sebagai akumulasi menunjukkan bahwa kondisi kesehatan seseorang merupakan hasil dari kebiasaan dan lingkungan hidup mereka selama bertahun-tahun (Cholily, 2024). Kesehatan yang buruk dapat memberikan dampak signifikan terhadap kemampuan seseorang untuk menghasilkan pendapatan. Pertama, kondisi

kesehatan yang tidak optimal seringkali diiringi dengan penurunan produktivitas. Penyakit, cedera, atau kondisi kronis dapat mengurangi efisiensi kerja dan kualitas output. Kedua, individu dengan kesehatan buruk cenderung mengalami lebih banyak hari sakit, sehingga mengurangi total jam kerja yang dapat dilakukan. Akibatnya, potensi pendapatan mereka pun berkurang. Selain itu, penyakit kronis atau disabilitas dapat membatasi jenis pekerjaan yang dapat dilakukan oleh seseorang. Kondisi ini seringkali mengharuskan individu untuk menghindari pekerjaan fisik yang berat atau lingkungan kerja yang berisiko. Batasan ini dapat membatasi pilihan karir dan, pada akhirnya, memengaruhi potensi penghasilan mereka. Kesehatan yang buruk mengakibatkan produktivitas yang rendah, yang pada akhirnya membuat mereka tidak mampu bersaing dengan pekerja lain dalam memperoleh upah yang lebih tinggi.

Kesehatan pekerja secara khusus dapat diukur melalui kemampuan mereka dalam menjalankan aktivitas sehari-hari atau *Activities of Daily Living* (ADL). ADL mencakup berbagai aktivitas dasar seperti makan, mandi, berpakaian, serta mobilitas fisik, yang menjadi indikator penting untuk menilai kemandirian seseorang. Pekerja memiliki kemampuan untuk melakukan ADL tanpa hambatan mencerminkan kondisi kesehatan yang mendukung produktivitas (Yusuf, 2023). Sebaliknya, kesulitan dalam ADL sering kali menjadi penanda adanya masalah kesehatan yang signifikan, seperti penyakit kronis atau gangguan mobilitas, yang dapat membatasi kontribusi pekerja di tempat kerja. Kondisi ini mencerminkan sejauh mana seseorang dapat berfungsi secara mandiri tanpa bantuan orang lain. Keterbatasan dalam ADL, seperti kesulitan

berjalan, mengangkat beban, atau melakukan pekerjaan fisik lainnya, dapat memengaruhi kemampuan seseorang untuk bekerja secara efektif. Pekerja dengan keterbatasan ini cenderung memilih pekerjaan yang tidak terlalu menuntut fisik atau beralih ke sektor informal yang lebih fleksibel, meskipun dengan risiko pendapatan yang lebih rendah.

Kesulitan dalam melakukan ADL dapat disebabkan oleh berbagai masalah kesehatan, seperti osteoarthritis, gangguan kardiovaskular, dan kondisi pasca-stroke. Masalah ini tidak hanya mengurangi kemampuan fisik tetapi juga memengaruhi kesehatan mental, seperti stres dan depresi, yang dapat memperburuk produktivitas kerja. Dalam jangka panjang, pekerja dengan kesulitan ADL cenderung mengalami penurunan kualitas hidup dan menghadapi risiko kehilangan pekerjaan (Kementerian Kesehatan, 2023).

Kesehatan merupakan faktor utama yang berpengaruh terhadap produktivitas dan upah yang mereka terima. Kesehatan individu memiliki dampak langsung terhadap kemampuan mereka untuk bekerja dan menghasilkan pendapatan (Salam, dkk. 2022). Menurut teori Grossman yang mengembangkan konsep kesehatan, memperkenalkan gagasan kesehatan sebagai komoditas, stok modal yang tahan lama. Teori ini dibangun di atas konstruksi kesehatan sebelumnya sebagai modal manusia, dan secara khusus menggambarkan kesehatan yang baik sebagai saham yang memberi individu lebih banyak waktu untuk menjadi produktif dan menghasilkan uang (Grossman, 1972, p.224). Jika seseorang mengalami masalah kesehatan, maka

kemampuannya untuk bekerja akan menurun, sehingga berdampak pada upah yang diterima. Misalnya, seorang pekerja informal yang sakit, kemampuan pekerja dalam menyelesaikan pekerjaan akan berkurang atau bahkan pekerja tidak dapat bekerja selama beberapa hari atau minggu, mengakibatkan hilangnya pendapatan. Seseorang dengan kesehatan yang baik lebih mampu bekerja secara konsisten dan lebih produktif, sehingga cenderung mendapatkan upah yang lebih tinggi (Grossman, 1972).

Pekerja di Indonesia, baik yang bekerja di sektor formal maupun informal, menghadapi berbagai tantangan kesehatan. Menurut Survei Angkatan Kerja Nasional, pekerja formal umumnya memiliki akses ke jaminan kesehatan yang memberikan perlindungan kesehatan dan perawatan medis yang cukup. Namun, pekerja di sektor informal sering kali tidak mendapatkan perlindungan kesehatan yang memadai. Risiko kesehatan mereka lebih tinggi, mengingat mereka sering bekerja di lingkungan yang tidak aman, seperti di sektor pertanian, konstruksi, atau transportasi, yang dapat menyebabkan cedera atau paparan terhadap bahan berbahaya. Selain itu, kurangnya perlindungan sosial dan minimnya fasilitas kesehatan di tempat kerja memperburuk keadaan ini, sehingga pekerja sektor informal lebih rentan terhadap penyakit dan kecelakaan yang tidak tertangani dengan baik (BPS, 2022).

Sektor formal di Indonesia ditandai dengan pekerjaan yang memiliki kontrak kerja yang jelas, jaminan sosial, dan upah minimum yang lebih stabil. Pekerja di sektor informal biasanya mendapatkan penghasilan berdasarkan hasil kerja harian

atau mingguan, tanpa perlindungan hukum dan kesehatan yang memadai. Upah adalah imbalan yang diterima pekerja sebagai kompensasi atas tenaga dan waktu yang mereka curahkan dalam melaksanakan pekerjaan (Yulianto, 2022). Merujuk pada Undang-undang (UU) Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang yang menyatakan bahwa upah adalah hak pekerja yang diterima dan dinyatakan dalam bentuk uang sebagai imbalan dari pengusaha atau pemberi kerja kepada pekerja berdasarkan suatu perjanjian kerja, kesepakatan, atau peraturan perundang-undangan, termasuk tunjangan bagi pekerja dan keluarganya (BPK, 2023).

Menurut data BPS (2023), upah rata-rata pekerja di sektor formal selama lima tahun terakhir berkisar antara Rp 4.000.000-5.000.000 per bulan, tergantung pada wilayah dan jenis pekerjaan. Sedangkan sektor informal, pendapatan rata-rata berkisar antara Rp 1.000.000-2.500.000 per bulan. Pekerja dengan kesehatan yang baik cenderung memiliki produktivitas yang lebih tinggi, sehingga lebih mungkin untuk mendapatkan pekerjaan di sektor formal dengan upah yang lebih stabil. Sebaliknya, pekerja yang kesulitan melakukan ADL sering kali harus menerima pekerjaan dengan tuntutan fisik yang lebih rendah di sektor informal, yang biasanya memberikan upah lebih rendah. Hal ini menunjukkan bahwa kesehatan memengaruhi aksesibilitas pekerja terhadap jenis pekerjaan tertentu, yang pada akhirnya berdampak pada pendapatan mereka (ILO, 2022). Studi oleh Kementerian Ketenagakerjaan

(2023) menunjukkan bahwa pekerja dengan kondisi kesehatan baik memiliki peluang 40% lebih tinggi untuk mendapatkan pekerjaan di sektor formal dibandingkan mereka yang memiliki keterbatasan fisik. Selain itu, laporan dari *International Labour Organization* (ILO, 2022) menyebutkan bahwa pekerja dengan keterbatasan ADL di Indonesia rata-rata mendapatkan upah 30% lebih rendah dibandingkan pekerja dengan kondisi kesehatan yang baik, terutama di sektor informal.

Kesehatan pekerja sangat berpengaruh terhadap produktivitas kerja dan pilihan pekerjaan mereka. Pekerja yang sulit melakukan ADL sering menghadapi tantangan dalam memenuhi target pekerjaan, terutama di sektor formal yang memiliki standar produktivitas tinggi. Hal ini mendorong mereka untuk beralih ke pekerjaan yang lebih fleksibel di sektor informal. Namun, pekerjaan di sektor informal cenderung memiliki pendapatan yang tidak stabil dan minim jaminan sosial, sehingga memperburuk kondisi ekonomi pekerja (ILO, 2022). Pekerja dengan kondisi kesehatan yang baik lebih mampu bersaing di pasar kerja formal yang menawarkan upah lebih tinggi dan perlindungan sosial yang memadai. Sebaliknya, pekerja dengan keterbatasan dalam ADL cenderung terjebak dalam sektor informal dengan risiko pendapatan rendah dan minim jaminan sosial.

Studi menunjukkan hubungan signifikan antara kesehatan fisik maupun mental yang buruk dengan upah yang lebih rendah, terutama di sektor yang membutuhkan tenaga fisik seperti pertanian dan manufaktur (Lumbantoruan, 2023). Selain itu, kesehatan juga berdampak pada tingkat kehadiran di tempat kerja, yang

memengaruhi besaran upah. Pekerja yang sehat cenderung lebih jarang absen dan lebih mudah memenuhi target kinerja perusahaan (Assa, 2022). Perusahaan seringkali memberikan insentif kepada pekerja dengan tingkat kehadiran tinggi, seperti bonus atau promosi. Sebaliknya, pekerja yang sering absen akibat masalah kesehatan, terutama di sektor informal, dapat mengalami penurunan pendapatan karena tunjangan absen tidak selalu tersedia. Dalam banyak kasus, pekerja ini terpaksa mengabaikan kesehatan mereka demi mempertahankan pendapatan harian, yang dapat berujung pada konsekuensi serius. Penelitian oleh Sari et al. (2022) menjelaskan bahwa pekerja informal di Indonesia seringkali memiliki masalah kesehatan yang serius. Dalam studi ini, ditemukan bahwa pekerja di sektor informal memiliki prevalensi penyakit menular dan tidak menular yang jauh lebih tinggi dibandingkan dengan rekan-rekan mereka di sektor formal (sari, 2022).

Studi tentang faktor-faktor yang memengaruhi tingkat upah pekerja informal telah banyak dilakukan. Pemilihan topik tentang faktor penentu tingkat upah pekerja informal dalam penelitian ini berdasarkan pada *gap* penelitian terdahulu (*research gap*). Adapun beberapa penelitian yang pernah melakukan studi tentang faktor tingkat upah pekerja informal ialah Thomas, D dan Strauss, J (1997), Lv, Xueliang (2023), Xuan Cui (2014), Wahyuni (2016), dan Baharuddin S. (2018), Siflinger B. (2022), Smith, J dan Jones, R. (2015), Ali. Mohamed, dkk (2014). Hasilnya, status Kesehatan yang baik berpengaruh positif terhadap tingkat upah yang lebih tinggi. Pria dengan kesehatan baik memiliki upah antara 0%-5,9% lebih tinggi dibandingkan mereka

yang menilai kesehatan mereka lebih buruk, sementara wanita dengan penilaian kesehatan serupa memiliki upah antara 0%-3,9% lebih tinggi. Sementara itu, Thomas, D dan Strauss, J. (1997), Wahyuni (2016), Smith, J dan Jones, R. (2015) menemukan bahwa tingkat Pendidikan yang lebih tinggi berpengaruh positif terhadap tingkat upah.

Wahyuni (2016), Baharuddin S. (2018), Smith, J dan Jones, R. (2015) menemukan pengalaman kerja berpengaruh positif terhadap tingkat upah. Lv, Xueliang, dkk. (2023) menemukan bahwa asuransi Kesehatan berpengaruh positif terhadap upah. Sedangkan Megan T. (2009) menemukan bahwa Asuransi yang disponsori perusahaan tidak memiliki pengaruh signifikan terhadap upah, baik yang obesitas, cacat, atau tidak. Selain itu, karakteristik individu seperti yang terdapat pada penelitian Thomas, D dan Strauss, J (1997), Lv, Xueliang (2023), Xuan Cui (2014), Wahyuni (2016), dan Baharuddin S. (2018). Hasilnya tinggi badan memiliki pengaruh positif dan signifikan terhadap upah, pria dan wanita yang lebih tinggi akan mendapat upah lebih tinggi. Sedangkan untuk individu yang sudah menikah, mereka memiliki tingkat upah sekitar 10,6% lebih tinggi dibandingkan dengan individu yang belum menikah. Sementara, kebiasaan merokok dan konsumsi alkohol berpengaruh negatif terhadap tingkat pekerjaan dan upah.

Lv, Xueliang, dkk. (2023) dan Wahyuni (2016) menemukan tingkat upah menurut wilayah tempat tinggal. Hasilnya individu yang bekerja di daerah perkotaan memiliki tingkat upah yang lebih tinggi dibandingkan dengan individu yang bekerja

di daerah pedesaan. Baharuddin S. (2018) menemukan bahwa lingkungan kerja berpengaruh positif signifikan terhadap tingkat upah pekerja informal. Penelitian oleh Wahyuni (2016) merupakan salah satu penelitian dengan studi kasus Indonesia yang menggunakan data IFLS. Sama halnya dengan penelitian ini yang menggunakan data IFLS-5. IFLS adalah survei longitudinal rumah tangga Indonesia dan merupakan survei paling komprehensif yang pernah dilakukan di Indonesia. Survei ini adalah studi panel rumah tangga, individu, dan fasilitas umum yang berlangsung secara terintegrasi selama lima gelombang semenjak tahun 1993 hingga 2014 dengan kolaborasi dari RAND dan surveymeter.

IFLS memberikan informasi yang lebih komprehensif mengenai kondisi kesehatan individu. IFLS mengumpulkan data longitudinal yang mencakup aspek kehidupan keluarga, termasuk akses terhadap layanan kesehatan, pernikahan, fertilitas, status kesehatan, keadaan kesehatan manula, asuransi kesehatan, dan faktor-faktor sosial ekonomi yang dapat memengaruhi upah. Dengan data yang lebih terperinci, dapat memudahkan pemahaman yang lebih baik mengenai kondisi pekerja. Mengingat kompleksitas isu yang dihadapi oleh pekerja di Indonesia, penelitian ini menjadi sangat penting untuk memberikan gambaran yang lebih jelas tentang status kesehatan dapat memengaruhi tingkat upah pekerja. Penelitian lebih lanjut diperlukan untuk mengisi *gap* yang ada dan memberikan wawasan yang lebih mendalam tentang mekanisme yang mendasari topik ini, terutama pada negara berkembang seperti, Indonesia. *Gap* pada penelitian ini menggabungkan dan menambah variabel-variabel

pada penelitian yang sudah dilakukan sebelumnya yang dapat memengaruhi tingkat upah di Indonesia. Oleh karena itu, penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul **“Status Kesehatan dan Tingkat Upah Pekerja di Indonesia (Studi IFLS-5)”**.

1.2 Rumusan Masalah

Isu kesehatan di kalangan pekerja semakin mendapatkan perhatian, pekerja yang memiliki pendidikan rendah atau keterampilan yang terbatas cenderung terlibat dalam pekerjaan yang berisiko tinggi, tidak aman dan tidak sehat. Grossman (1972) dalam teorinya menjelaskan bahwa kesehatan adalah bentuk dari modal manusia yang memengaruhi produktivitas dan kualitas hidup seseorang. Kondisi kesehatan pekerja informal yang kesulitan dalam melakukan kegiatan sehari-hari ataupun memiliki riwayat penyakit dapat memaksa individu untuk mengubah status kerja dari penuh menjadi paruh waktu, atau membatasi tugas kerja, bahkan memerlukan perubahan pekerjaan dalam beberapa kasus. Gangguan pekerjaan oleh kondisi kesehatan kronis dapat menyebabkan ketidakstabilan pendapatan upah dari hasil pekerjaan yang berkurang atau sporadis sering menyebabkan pengurangan upah. Hal ini menyebabkan penurunan tingkat upah yang diterima pekerja karena bergantung pada jam kerja ataupun hasil kerja yang dicapai.

Berdasarkan uraian dalam rumusan masalah tersebut dan adanya variasi hasil penelitian terdahulu, maka dapat dirumuskan pernyataan dalam penelitian, yaitu

bagaimana pengaruh status kesehatan individu terhadap Tingkat upah pekerja di Indonesia?

1.3 Tujuan dan Kegunaan Penelitian

1.3.1 Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah menganalisis pengaruh status kesehatan terhadap tingkat upah pekerja di Indonesia.

1.3.2 Kegunaan Penelitian

1.3.2.1 Kegunaan Teoritis

Adapun kegunaan teoritis dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Penelitian ini diharapkan dapat memperluas wawasan dan pengetahuan mengenai status kesehatan dan tingkat upah pekerja di Indonesia.
2. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan referensi dan informasi yang bermanfaat bagi kalangan akademisi Program Studi Ekonomi dalam melanjutkan penelitian serupa.

1.3.2.2 Kegunaan Praktis

Adapun kegunaan praktis dalam penelitian ini merupakan:

1. Penelitian ini dapat memperkaya literatur terkait kesehatan dan ekonomi, khususnya dalam konteks pekerja di Indonesia.

2. Penelitian dapat memberikan wawasan bagi organisasi non-pemerintah dan lembaga layanan kesehatan untuk mengembangkan program yang lebih efektif dalam mendukung kesehatan dan kesejahteraan pekerja, sehingga mereka dapat bekerja dalam kondisi yang lebih baik dan mendapatkan upah yang lebih layak.

1.4 Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan dalam penelitian ini terdiri atas lima bab untuk membantu pemahaman dan mempermudah penelitian. Adapun sistematika penulisan ini adalah sebagai berikut:

BAB I PENDAHULUAN

Bab ini merupakan bagian pendahuluan yang berisi latar belakang masalah mengapa penelitian status kesehatan dan tingkat upah studi kasus pekerja di Indonesia ini penting untuk dilakukan, rumusan masalah, tujuan dan kegunaan penelitian, dan yang terakhir yaitu sistematika penulisan.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini berisi landasan teori status kesehatan dan tingkat upah yang menjadi acuan dalam penyusunan skripsi ini, seperti teori *Human Capital*, *Concept of Health Capital* dan *Compensating Wage Differentials*, kerangka pemikiran yang menerangkan permasalahan yang akan diteliti yaitu tentang status kesehatan terhadap tingkat upah pekerja, sehingga timbul adanya hipotesis penelitian (dugaan awal penelitian).

BAB III METODE PENELITIAN

Bab metode penelitian ini berisikan deskripsi tentang bagaimana penelitian akan dilaksanakan secara operasional yang menguraikan definisi variabel penelitian dengan variabel dependen yaitu tingkat upah, variabel independen yaitu status kesehatan dan interaksi status kesehatan dengan sektor informal, dan variabel kontrol, yaitu pendidikan, asuransi, sektor informal, konsumsi rokok, pengalaman kerja, pengalaman kerja², jenis kelamin, usia, tempat tinggal, sektor primer, status kepala rumah tangga, serta terdapat definisi operasional, jenis dan sumber data, dan metode analisis.

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan analisis deskriptif atau gambaran umum objek penelitian, analisis data, dan pembahasan dari uji deteksi asumsi klasik dan hasil analisis regresi. Analisis data dilakukan untuk menyederhanakan data ke dalam bentuk yang mudah di baca dan diinterpretasikan. Setelah data dianalisis, dalam pembahasan dijelaskan implikasi dan hasil analisis data dan interpretasi yang dibuat dalam penelitian.

BAB V PENUTUP

Bab ini merupakan bab terakhir yang berisi kesimpulan yang diperoleh dari hasil analisis data dan pembahasan, keterbatasan penelitian, dan saran atas dasar penelitian. Kesimpulan merupakan penyajian secara singkat apa yang telah dipelajari dari pembahasan. Dan saran sebagai masukan pada penelitian mendatang. Saran-saran

yang diajukan untuk perbaikan pelaksanaan (praktek di lapangan) dan perbaikan penelitian berikutnya berdasarkan penerapan teori yang digunakan.

BAB II

TELAAH PUSTAKA

2.1 Landasan Teori dan Telaah Pustaka

Menurut Sugiyono (2015), landasan teori merupakan suatu penalaran logika berupa sekumpulan konsep, definisi, dan proporsi yang tersusun secara sistematis. Berikut ini adalah landasan teori yang digunakan untuk menjadi dasar penelitian.

2.1.1 Konsep Modal Kesehatan

Michael Grossman mengembangkan model yang disebut dengan *Human Capital Model* yang menjelaskan bahwa kesejahteraan sebagai *Human Capital* atau *Health Capital*. Pada tingkat konseptual, peningkatan pengetahuan atau modal manusia seseorang diasumsikan untuk meningkatkan produktivitasnya di sektor pasar ekonomi, di mana ia menghasilkan pendapatan uang, dan di sektor nonpasar atau rumah tangga, di mana ia memproduksi komoditas yang memasuki fungsi utilitasnya. Untuk menyadari Potensi keuntungan dalam produktivitas, individu memiliki insentif untuk berinvestasi dalam sekolah formal atau dalam pelatihan di tempat kerja. Karya kerangka ini telah digunakan oleh Becker (1967) dan oleh Ben-Porath (1967) untuk mengembangkan model yang menentukan kuantitas investasi yang optimal dalam modal manusia pada usia berapa pun. Selain itu, model-model ini menunjukkan bagaimana kuantitas optimal bervariasi selama siklus hidup seseorang dan di antara individu pada usia yang sama. Jika peningkatan stok kesehatan banyak meningkatkan tingkat upah, dapat dengan mudah menerapkan model Becker dan Ben-Porath untuk mempelajari keputusan

untuk berinvestasi dalam kesehatan. Modal kesehatan berbeda dari bentuk modal manusia lainnya. Secara khusus, ia berpendapat bahwa stok pengetahuan seseorang memengaruhi produktivitas pasar dan nonpasarnya, sementara stok kesehatannya menentukan jumlah total waktu yang dapat dia habiskan untuk menghasilkan uang penghasilan (upah) dan komoditas.

Dalam pendekatan ini, konsumen memproduksi komoditas dengan input barang pasar dan waktu mereka sendiri. Mereka menggunakan waktu perjalanan dan layanan transportasi untuk menghasilkan kunjungan; bagian dari hari Minggu dan kebaktian gereja untuk menghasilkan "kedamaian pikiran. Dalam kerangka kerja ini untuk memeriksa perilaku konsumen, diasumsikan bahwa individu mewarisi stok kesehatan awal yang terdepresiasi seiring waktu. Kesehatan dianggap sebagai stok yang dapat ditingkatkan melalui investasi dalam perawatan medis, diet, olahraga, rekreasi, dan perumahan.

Kesehatan menjadi tuntutan karena dua alasan, pertama sebagai komoditas konsumsi yang menentukan preferensi mereka atau dengan kata lain hari sakit menjadi hari tidak produktif tanpa menghasilkan penghasilan. Kedua sebagai bentuk investasi, banyaknya hari sehat menentukan total waktu yang tersedia untuk kegiatan pasar dan nonpasar. Peningkatan stok hari sehat mengurangi kegiatan non produktif individu. Nilai minimum dari berkurangnya hari sakit adalah indeks pengembalian investasi di bidang kesehatan. Hukum paling mendasar dalam ekonomi adalah hukum kurva permintaan yang miring ke bawah, kuantitas kesehatan yang diminta harus berkorelasi negatif dengan harga bayangannya (*shadow price*).

Kesehatan dianggap sebagai input yang memiliki peran penting dalam memengaruhi produktivitas individu. Seorang pekerja yang sehat cenderung lebih produktif karena memiliki lebih banyak energi, fokus, dan kemampuan untuk bekerja secara efisien. Hal ini berarti bahwa stok kesehatan dapat memengaruhi output yang dihasilkan oleh seorang pekerja dan, sebagai akibatnya, dapat memengaruhi upah yang diterima.

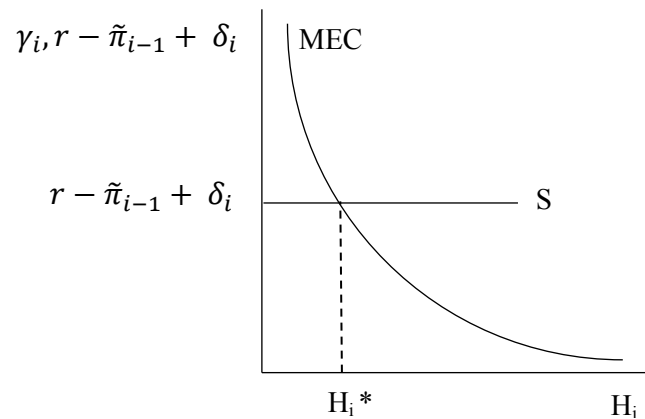
A. Model Stok Kesehatan dan Keseimbangan

Model intertemporal untuk menggambarkan bagaimana individu mengelola kesehatan mereka yang menunjukkan bahwa investasi bersih dalam stok kesehatan ditentukan oleh investasi bruto dikurangi depresiasi. Depresiasi ini bersifat eksogen, dapat bervariasi seiring bertambahnya usia, memengaruhi keputusan investasi individu. Dalam model ini, individu berusaha memaksimalkan utilitas mereka dengan mempertimbangkan semua batasan yang ada, termasuk anggaran dan waktu. Keseimbangan tercapai ketika nilai marginal investasi dalam kesehatan sama dengan biaya marginalnya. Hal ini menciptakan kondisi di mana individu dapat menentukan jumlah optimal dari investasi dalam kesehatan yang perlu dilakukan untuk mencapai tingkat kesejahteraan yang diinginkan.

Gambar 2.1 menunjukkan penentuan stok modal kesehatan yang optimal pada setiap usia i . kurva permintaan *Marginal Efficiency of Health Capital (MEC)* menunjukkan hubungan stok kesehatan dan tingkat pengembalian investasi atau efisiensi marginal modal kesehatan, γ_i . Kurva penawaran S menunjukkan hubungan antara stok kesehatan dengan biaya modal $r - \tilde{\pi}_{i-1}$ karena biaya modal

tidak bergantung pada stok, maka kurva penawaran bersifat elastis tanpa batas. Asalkan ketika MEC miring ke bawah.

Gambar 2. 1
Kurva Permintaan MEC

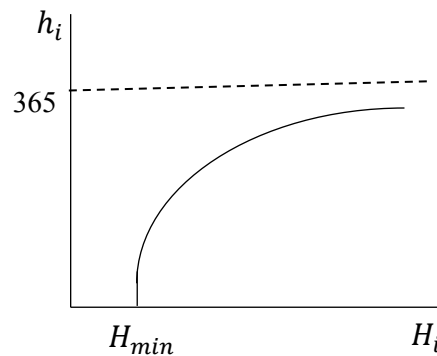


Sejak fungsi produksi investasi bruto homogen dari tingkat pertama $P_i M_i + W_i T H_i = \pi_i I_i$ stok ekuilibrium diberikan oleh H_i^* di mana kurva penawaran dan permintaan berpotongan.

Dalam model ini, tingkat upah dan biaya marginal investasi bruto tidak bergantung pada stok kesehatan. Oleh karena itu, kurva MEC cenderung negatif jika H_i produk marginal dari modal kesehatan berkurang karena output yang dihasilkan modal kesehatan dalam satu tahun terbatas selama 365 hari. Maka diasumsikan bahwa produktivitas marginal menurun. Gambar 2.2 menunjukkan hubungan antara stok kesehatan dan jumlah hari sehat. Kemiringan kurva pada gambar di setiap titik menggambarkan produk marginal dari modal kesehatan. Jumlah hari sehat setara dengan nol pada kematian H_{min} sehingga $\Omega = T L_i = 365$ adalah defnisi lain dari kematian. Melebihi H_{min} , merupakan hari sehat yang

meningkat dengan laju yang menurun, akhirnya mendekati garis asimtot dari 365 hari.

Gambar 2. 2
Fungsi Produksi Hari Sehat



Pengembalian materi dari stok di bidang kesehatan berbeda dengan pengembalian dari stok di bidang pendidikan, pelatihan di tempat kerja, dan bentuk modal manusia lainnya karena kesehatan dapat meningkatkan tingkat upah. Modal stok kesehatan dapat mempengaruhi tingkat upah, tetapi stok kesehatan dapat berkurang karena sakit atau cedera

Grossman membandingkan modal kesehatan dengan modal manusia yang dikembangkan oleh Becker dan Ben-Porath. Dia menunjukkan bahwa dalam modelnya, produk marginal dari modal kesehatan menurun karena output yang dihasilkan memiliki batas atas (misalnya, jumlah hari sehat dalam setahun). Dalam kerangka kerja Grossman, kesehatan berfungsi sebagai modal yang dapat mempengaruhi upah yang diterima pekerja. Kesehatan yang baik meningkatkan produktivitas, mengurangi waktu yang hilang akibat sakit, dan memungkinkan individu untuk mendapatkan pekerjaan yang lebih baik dan upah yang lebih tinggi.

2.1.2 Teori Modal Manusia

Teori *Human Capital*, yang dikembangkan oleh Gary Becker (1993), menekankan pentingnya investasi dalam kesehatan dan pendidikan untuk meningkatkan produktivitas dan kesejahteraan. Becker menyarankan bahwa individu atau masyarakat yang berinvestasi dalam kesehatan dan pendidikan akan mendapatkan manfaat jangka panjang dalam bentuk produktivitas yang lebih tinggi dan kualitas hidup yang lebih baik. Dalam konteks angka harapan hidup, investasi dalam perawatan kesehatan dan pendidikan kesehatan sangat penting. Menurut teori ini, peningkatan akses ke layanan kesehatan, fasilitas medis, dan pendidikan kesehatan akan berdampak positif pada angka harapan hidup. Penduduk yang memiliki akses yang lebih baik ke perawatan kesehatan cenderung memiliki angka harapan hidup yang lebih tinggi karena adanya penurunan tingkat kematian dan peningkatan kualitas hidup (Becker, 1993).

Frank & Bemanke (2007) berpendapat bahwa *human capital* adalah perpaduan antara pendidikan, usia, pengalaman, pelatihan, keterampilan, kebiasaan, kesehatan, energi dan inisiatif yang memengaruhi produktivitas manusia. Todaro (2000) mengungkapkan bahwa *human capital* dapat diukur melalui bidang pendidikan dan kesehatan. Pendidikan dan pelatihan dapat menjadi nilai tambah seorang manusia. Hal ini dapat dijelaskan apabila semakin tinggi pendidikan seseorang atau semakin banyak mengikuti pelatihan maka kemampuan dan keterampilan yang dimiliki semakin tinggi. Sementara itu, kesehatan merupakan bidang yang saling terkait dengan pendidikan. Pendidikan tinggi yang dimiliki tanpa adanya tubuh yang sehat tidak akan menaikkan produktivitas.

Sementara itu, pendidikan yang tinggi juga dapat memengaruhi tingkat kesadaran kesehatan seseorang.

Pekerja memiliki variasi dalam keterampilan yang mereka bawa ke suatu pekerjaan karena Perusahaan membayar upah yang sepadan dengan nilai-nilai produktivitas pekerja, perbedaan tersebut jelas dapat menyebabkan perbedaan besar dalam upah. Modal tersebut yang diakumulasikan dalam banyak cara oleh pekerja, seperti pendidikan dan pelatihan. Pekerja juga dapat memperoleh keterampilan di tempat kerja. Ketika mereka mendapatkan pengalaman, produktivitas mereka akan meningkat, dan mungkin, mereka akan dibayar lebih banyak. Keterampilan yang terkumpul di tempat kerja terkadang dapat dipindahkan ke pekerjaan lain yang memungkinkan. Memperoleh keterampilan tersebut mirip dengan memperoleh pendidikan formal dan karenanya disebut sumber daya manusia umum. Dalam kasus lain, keterampilan yang diperoleh dalam suatu pekerjaan mungkin cukup spesifik untuk pekerjaan atau pemberi kerja tertentu.

Seandainya sebuah perusahaan dan seorang pekerja menjalin hubungan kerja dua periode. Pada periode pertama, Perusahaan harus memutuskan berapa banyak yang harus dibayar kepada pekerja (w_1) dan berapa banyak yang harus diinvestasikan dalam modal manusia secara general (g) dan spesifik (s) untuk pekerja. Misalkan nilai produk marjinal pekerja adalah v_1 pada periode pertama. Pada periode kedua, nilai produk marjinal pekerja diberikan oleh:

$$v^g(g) = v_1 + v^g(g) + v^s(s) \quad (2.18)$$

Di mana v^g dan v^s mewakili peningkatan sumber daya manusia sebagai akibat dari investasi Perusahaan pada periode utama. Asumsikan juga bahwa kedua investasi menguntungkan, dalam hal itu $v^g(g) > p_g g$ dan $v^s(s) > p_s s$ (di mana p_g dan p_s adalah harga per unit untuk menyediakan berbagai jenis keterampilan). Keuntungan Perusahaan diberikan ketika:

$$\pi_1 = v_1 - w_1 - p_g g - p_s s$$

$$\pi_2 = v_1 + v^g(g) + v^s(s) - w_2 \quad (2.19)$$

$$\pi = \pi_1 + \pi_2 = 2v_1 + v^g(g) - p_g g + v^s(s) - p_s s - w_1 - w_2$$

Di mana w_2 adalah upah periode kedua yang dibayarkan kepada pekerja. Dalam situasi kontraktual, pekerja ingin memaksimalkan $w_1 + w_2$ dan Perusahaan ingin memaksimalkan keuntungan dua periode. Persaingan di pasar tenaga kerja akan memainkan peran penting dalam kontrak yang dipilih, dalam situasi ini karena pekerja selalu dapat memilih untuk bekerja di tempat lain. Jika pekerja dibayar produk marjinal dalam pekerjaan alternatif, upah alternatif harus $\bar{w}_1 = v_1$ dan $\bar{w}_2 = v_1 + v^g(g)$. Perhatikan bahwa investasi dalam modal manusia secara general meningkatkan tingkat upah alternatif pekerja, sedangkan investasi modal manusia spesifik tidak, hal ini karena menurut definisi, keterampilan tersebut tidak berguna pada pekerjaan lain. Jika perusahaan menetapkan upah yang sama dengan alternatif ini, keuntungan diberikan ketika:

$$\pi = v^s(s) - v^g(g) - p_s s \quad (2.20)$$

Pilihan optimal perusahaan adalah menetapkan $g = 0$. Secara intuitif, jika perusahaan tidak dapat memperoleh pengembalian investasinya dalam modal manusia secara general, keputusan memaksimalkan keuntungannya adalah menahan diri dari investasi tersebut. Namun, dari sudut pandang pekerja, keputusan ini tidak akan optimal. Pekerja akan meminta upah yang lebih tinggi karena memiliki modal manusia yang lebih unggul. Oleh karena itu, pekerja dapat memilih untuk membayar akumulasi modal manusia secara general dengan mengambil pengurangan upah pada periode pertama. Total upah kemudian diberikan ketika:

$$w = w_1 + w_2 = 2\bar{w}_1 + v^g(g) - p^g g \quad (2.21)$$

Periode pertama untuk g optimal untuk pekerja adalah $\partial v^g(g)/\partial g = p_g$. Hal ini adalah kondisi optimalitas yang sama yang akan berlaku jika perusahaan dapat mengambil semua keuntungan dari investasinya dalam modal manusia secara general. Perhatikan pula bahwa pekerja tidak dapat memilih kontrak optimal ini jika pembatasan hukum (seperti UU upah minimum) mencegahnya membayar investasi modal manusia dengan upah periode pertama yang lebih rendah.

Kondisi periode pertama perusahaan untuk pilihan memaksimalkan keuntungan (s) segera mengikuti dari persamaan (2.20) di mana $\partial v^s(s)/\partial s = p_s$. Namun, begitu perusahaan melakukan investasi, ia harus memutuskan bagaimana, jika ada, peningkatan nilai produk marjinal akan dibagikan kepada pekerja. Pekerja dapat meminta untuk meninggalkan perusahaan kecuali pekerja

mendapatkan bagian dari produk marjinal yang ditingkatkan. Persamaan (2.18) hingga (2.21) dimaksudkan untuk menambah modal kesehatan seseorang (yang merupakan salah satu komponen modal manusia). Terdapat banyak bukti bahwa modal tersebut terbayarkan dalam hal peningkatan produktivitas, dan pada akhirnya, meningkatkan upah yang diterima pekerja.

2.1.3 Teori *Compensating Wage Differentials*

Compensating Wage Differentials merujuk pada perbedaan upah yang diterima pekerja karena perbedaan karakteristik pekerjaan. Adam Smith (1776), mengemukakan bahwa perbedaan upah kompensasi muncul untuk memberi kompensasi kepada pekerja atas karakteristik pekerjaan yang tidak dibayar upah, seperti yang dikatakan Smith dalam bagian terkenal dari *The Wealth of Nation* bahwa seluruh keuntungan dan kerugian dari penggunaan tenaga kerja dan stok yang berbeda harus, di lingkungan yang sama, sama sekali atau terus-menerus cenderung pada kesetaraan. Jika di lingkungan yang sama ada pekerjaan yang jelas lebih atau kurang menguntungkan daripada yang lain, begitu banyak orang akan berkerumun di dalamnya dalam satu kasus, dan begitu banyak yang akan meninggalkannya di kasus lain sehingga keuntungannya akan segera kembali ke tingkat pekerjaan lainnya.

Menurut Smith, bukan upah yang disamakan di seluruh pekerjaan di pasar yang kompetitif, tetapi "seluruh kelebihan dan kekurangan" dari pekerjaan tersebut. Perusahaan yang memiliki kondisi kerja yang tidak menyenangkan dan berisiko tinggi harus menawarkan beberapa keuntungan yang mengimbangi (seperti upah yang lebih tinggi) untuk menarik pekerja; Perusahaan yang

menawarkan kondisi kerja yang menyenangkan dan kecil risikonya dapat membayar tingkat upah yang lebih rendah (pada dasarnya, membuat pekerja membayar untuk lingkungan yang menyenangkan).

Dalam konteks kesehatan, Perbedaan kompensasi sehubungan dengan upah dan asuransi, sudah banyak studi empiris telah mengaitkan asuransi kesehatan dengan upah yang lebih tinggi, bukan lebih rendah karena kompensasi (upah ditambah asuransi) didasarkan pada *productivity*, pemberi kerja menghabiskan banyak upaya untuk mengidentifikasi pekerja yang lebih baik, lebih dapat diandalkan, lebih terampil, dan lebih mampu berinteraksi dengan klien dan pelanggan. Para peneliti seringkali hanya memiliki ukuran usia atau sekolah untuk menangkap *productivity* dan atribut lain dari pekerja yang kurang produktif tidak diamati. Hal ini karena pekerja yang lebih produktif mendapatkan upah yang lebih tinggi dan lebih banyak asuransi kesehatan, substitusi antara upah dan asuransi mungkin dibanjiri oleh efek produktivitas.

Gruber dan Krueger (1992) dan Gruber (1994) berpendapat bahwa adanya penyesuaian upah rata-rata "spesifik kelompok". Artinya, kelompok-kelompok yang dibayar lebih banyak dalam tunjangan menerima upah yang lebih rendah. Jensen dan Morrisey (2001) menggunakan data tahun 1994 dan 1998 tentang upah, cakupan asuransi kesehatan, karakteristik demografis, dan ukuran status kesehatan untuk pekerja dan pasangan mereka dari Survei Kesehatan dan Pensiun (HRS) untuk memeriksa *trade-off* cakupan upah untuk pekerja yang lahir antara tahun 1931 dan 1941. Mereka menemukan bukti kompensasi perbedaan untuk pekerja yang lebih tua. Para pekerja dengan asuransi kesehatan memiliki upah

tahunan sekitar \$6.300 lebih rendah daripada mereka yang tidak memiliki asuransi karena pertanggung jawaban asuransi kesehatan keluarga tahunan yang diberikan melalui pemberi kerja seringkali menelan biaya \$6.000 hingga \$7.000 per tahun, bukti menunjukkan bahwa pekerja memang membayar asuransi kesehatan mereka melalui upah yang lebih rendah.

Bhattacharya dan Bundorf (2005) mencari perbedaan dalam konteks obesitas. Dalam penelitian mereka, pekerja obesitas di tingkat lima dengan asuransi yang disponsori pemberi kerja menerima upah yang lebih rendah, sementara mereka yang tidak memiliki pertanggung jawaban yang disponsori pemberi kerja, yang memiliki pertanggung jawaban individu, atau tidak ada pertanggung jawaban, memiliki upah yang lebih tinggi. Emanuel dan Fuchs (2008) menyimpulkan *trade-off* antara upah dan premi sebagai "bukan hanya poin teori ekonomi tetapi fakta sejarah." Sejak akhir 1970-an, premi asuransi meningkat sebesar 300% setelah penyesuaian untuk inflasi. Laba perusahaan per karyawan berkembang, dengan kenaikan yang disesuaikan dengan inflasi sebesar 150% sebelum pajak dan 200% setelah pajak. Sebaliknya, rata-rata penghasilan per jam pekerja di industri swasta nonpertanian stagnan, justru menurun sebesar 4% setelah penyesuaian inflasi. Alih-alih keluar dari keuntungan perusahaan, meningkatnya biaya perawatan kesehatan menghasilkan upah riil yang relatif datar selama 30 tahun.

2.1.4 Hubungan antara Status Kesehatan dengan Tingkat Upah Pekerja

Tingkat upah pekerja pada dasarnya bergantung pada kondisi atau status kesehatan individu. Semakin baik status kesehatan pekerja, semakin tinggi juga

Tingkat upah yang akan ia peroleh. Pekerja yang memiliki kondisi kesehatan optimal cenderung lebih produktif, memiliki stamina yang baik, dan mampu bekerja secara efisien. Hal ini memungkinkan mereka untuk mendapatkan akses ke peluang kerja yang lebih baik, termasuk pekerjaan dengan upah yang lebih tinggi. Sebaliknya, pekerja yang mengalami masalah kesehatan sering kali menghadapi biaya perawatan yang mengurangi pendapatan bersih mereka dan berisiko kehilangan waktu kerja, yang berdampak negatif pada tingkat upah yang diterima.

Selain itu, status kesehatan yang baik juga memengaruhi motivasi dan kinerja pekerja. Pekerja yang sehat secara fisik dan mental memiliki kecenderungan untuk menunjukkan sikap positif dan komitmen yang lebih tinggi terhadap pekerjaan mereka, yang dapat meningkatkan penilaian kinerja dan, akhirnya, upah yang mereka terima.

2.1.5 Penelitian Terdahulu

Penelitian ini didasari oleh penelitian terdahulu yang telah dilakukan sebelumnya mengenai pengaruh beberapa variabel terhadap Tingkat upah pekerja di Indonesia. Penelitian terdahulu berguna sebagai rujukan untuk membantu dalam proses penyusunan penelitian ini. Beberapa penelitian terkait Tingkat upah yang disebabkan oleh status kesehatan sudah banyak dilakukan, bahkan di berbagai negara.

Tabel 2. 1
Penelitian Terdahulu

No.	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Variabel Penelitian	Metode Analisis	Hasil Penelitian
1.	<p><i>“The Impact of Health on Wages: Evidence from Grouped Fixed Effects Estimation”</i></p> <p>(Siflinger B., 2022)</p>	<p>Tujuan penelitian ini untuk menyelidiki dampak kesehatan terhadap upah di Jerman, khususnya pada pria dan wanita berusia antara 35-50 tahun. Penelitian ini berfokus pada pengaruh kesehatan yang dinilai sendiri terhadap upah per jam.</p>	<p>Upah per jam, <i>Self-Assessed Health</i>, demografis</p>	<p>Penelitian ini menggunakan <i>Grouped Fixed Effects Estimator</i> (GFE). Penelitian ini mencakup individu berusia antara 35 hingga 50 tahun. Jumlah sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah 322 pria dan 212 wanita, sehingga totalnya adalah 534 individu.</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa pria dengan kesehatan baik atau sangat baik memiliki upah antara 0% hingga 5,9% lebih tinggi dibandingkan mereka yang menilai kesehatan mereka sebagai adil atau lebih buruk, sementara wanita dengan penilaian kesehatan serupa memiliki upah antara 0% hingga 3,9% lebih tinggi.</p>
2.	<p><i>“The impact of health status and smoking behaviour on Indonesian labor wage”</i></p> <p>(Heni Wahyuni, 2016)</p>	<p>Penelitian ini bertujuan untuk memperkirakan dampak perilaku kesehatan dan merokok terhadap tingkat upah pekerja Indonesia.</p>	<p>Status Kesehatan yang Dilaporkan Sendiri, Indeks Massa Tubuh, Kebiasaan Merokok dan Minum Alkohol, Demografi, Ekonomi</p>	<p>Data untuk penelitian ini berasal dari (IFLS). Survei tersebut dilakukan oleh <i>RAND Corporation</i>, bersama dengan tiga lembaga Indonesia. Metode penelitian ini menggunakan model regresi.</p>	<p>Hasilnya menunjukkan bahwa status kesehatan dan variabel sosial ekonomi secara signifikan memengaruhi upah, dengan dampak lebih besar pada bukan perokok. Penelitian ini menyoroti pentingnya menjaga kesehatan dan mengurangi perilaku merokok untuk meningkatkan kesejahteraan ekonomi.</p>
3.	<p><i>“The Role of Health in Determining</i></p>	<p>Penelitian ini mengeksplorasi bagaimana</p>	<p>Upah, keadaan kesehatan, pendidikan,</p>	<p>Penelitian ini menggunakan metode regresi</p>	<p>Hasil menunjukkan bahwa individu dengan kesehatan</p>

	<p><i>Wage Differentials: Evidence form the UK</i></p> <p>(Smith, J dan Jones, R., 2015)</p>	<p>kesehatan memengaruhi upah di Inggris, serta memahami pengaruh kesehatan terhadap ekonomi, terutama di tengah perbedaan demografi dan social.</p>	<p>dan pengalaman kerja</p>	<p>multivariant berdasarkan data survei dari populasi kerja di Inggris</p>	<p>yang lebih baik cenderung menerima upah yang lebih tinggi. Selain itu, pendidikan dan pengalaman kerja juga berkontribusi signifikan terhadap perbedaan upah, menyoroti pentingnya faktor-faktor tersebut dalam konteks ekonomi.</p>
4.	<p><i>“Wage differences according to health status in France”</i></p> <p>(Mohamed Ali, Ben Halima, dan Emeline Rococo, 2014)</p>	<p>Tujuan penelitian ini adalah untuk memperkirakan tingkat komponen yang tidak dapat dijelaskan dalam kesenjangan upah yang dapat dikaitkan dengan diskriminasi upah berdasarkan status kesehatan di Prancis pada tahun 2010.</p>	<p>Upah, Kesehatan Demografis dan Sosial, Kondisi kerja.</p>	<p>Penelitian ini menggunakan data dari survei Kesehatan, Kesehatan, dan Asuransi (ESPS) yang melibatkan 1.594 individu. Penelitian ini menerapkan model ekonometrik untuk mengatasi seleksi endogen status kesehatan dan perbedaan produktivitas yang tidak teramati.</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa individu dengan status kesehatan buruk dan bekerja di sektor informal mengalami diskriminasi upah yang signifikan. Rata-rata upah per jam untuk individu yang memiliki kesehatan mereka buruk adalah 14,2% lebih rendah dibandingkan dengan mereka yang kesehatannya baik. Untuk individu yang menderita penyakit kronis jangka panjang, perbedaan upah mencapai 6,3%, sedangkan yang mengalami batasan aktivitas, perbedaan tersebut adalah 4,5%. Untuk pekerja yang bekerja di sektor primer memiliki upah</p>

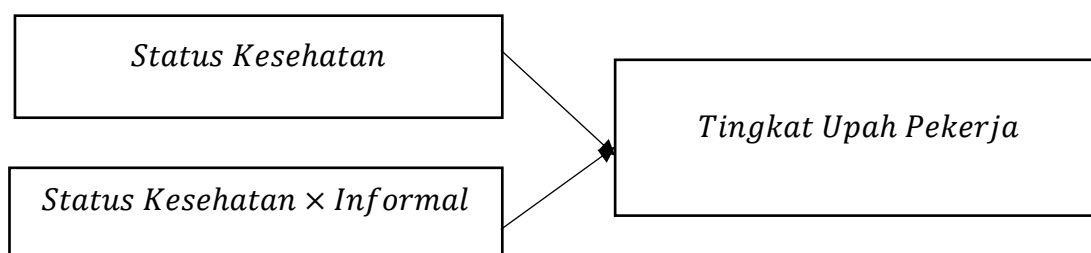
					yang lebih tinggi.
5.	<p><i>“An Investigation Into The Impact Of Health And Health Related Behaviour On Employment And Wages In China?”</i></p> <p>(Xuan Cui, 2014)</p>	<p>Penelitian ini mengeksplorasi dampak kesehatan dan perilaku terkait kesehatan terhadap pekerjaan dan upah di Tiongkok.</p>	<p>Tingkat Upah, Indeks Massa Tubuh, <i>Self Reported Health Status</i> (SRHS), merokok, dan konsumsi alkohol.</p>	<p>Penelitian menggunakan data dari <i>China Health and Nutrition Survey</i> (CHNS) yang meliputi data cross-sectional dan longitudinal. Metode analisis yang diterapkan ialah <i>Pooled Probit dan Random Effects (RE), Pooled Ordinary Least Squares (OLS) dan Fixed Effects (FE), Two Stage Least Squares (2SLS), Heckman Sample Selection Model.</i></p>	<p>Hasilnya menunjukkan bahwa status kesehatan yang lebih baik, diukur melalui <i>Self-Reported Health Status</i> (SRHS) dan <i>Body Mass Index</i> (BMI), berhubungan positif dengan tingkat pekerjaan dan upah. Individu dengan kesehatan yang baik cenderung memiliki peluang kerja yang lebih tinggi dan mendapatkan upah yang lebih baik, sementara kebiasaan merokok dan konsumsi alkohol berpengaruh negatif terhadap hasil tersebut.</p>
6.	<p><i>“The impact of health on wages in Europe – does gender matter?”</i></p> <p>(Lynn M Gambin, 2005)</p>	<p>Tujuan penelitian ini untuk mengeksplorasi bagaimana kesehatan memengaruhi upah jam kerja di Eropa dan apakah perbedaan gender berperan dalam masalah ini.</p>	<p>Upah per jam, Pendapatan, usia, pendidikan, pengalaman kerja, jenis pekerjaan, dan kesehatan. status kesehatan yang dinilai sendiri dan indikator penyakit kronis atau disabilitas.</p>	<p>Menggunakan data tingkat individu 8 gelombang Panel Rumah Tangga Komunitas Eropa (ECHP). estimasi pada panel yang tidak seimbang dari 14 negara yang berbeda. Sampel terdiri dari orang dewasa yang bekerja berusia 24-64 tahun. Data digunakan dalam estimasi fungsi upah tipe</p>	<p>Hasil dari penelitian ini untuk sejumlah negara, tampaknya tidak ada perbedaan gender yang signifikan. Secara keseluruhan, kesehatan yang dinilai sendiri memiliki efek yang lebih besar pada upah pria daripada wanita, sementara penyakit kronis tampaknya lebih signifikan bagi wanita. "Kesenjangan gender"</p>

				<i>Mincer</i> di mana logaritma natural upah per jam seseorang.	terbesar tampaknya ada di Prancis, Portugal, Spanyol, dan Inggris.
7.	<p>“<i>Health and Wages: Evidence on men and women in urban Brazil</i>”</p> <p>(Thomas, D., dan Strauss, J., 1997)</p>	<p>Penelitian ini bertujuan untuk menyelidiki dampak dari berbagai indikator kesehatan terhadap upah pekerja perkotaan di Brasil, dengan fokus pada perbedaan antara pria dan wanita. Studi ini ditujukan untuk memahami bagaimana faktor-faktor kesehatan ini memengaruhi pendapatan di sektor upah pasar, dengan mempertimbangkan endogenitas ukuran kesehatan dan potensi kesalahan pengukuran.</p>	<p>Upah, Tinggi Badan, Indeks Massa Tubuh (BMI), Pendidikan, gender, usia dan kuadratnya,</p>	<p>Penelitian ini menggunakan survei rumah tangga <i>cross-sectional</i> yang besar untuk mengumpulkan data tentang indikator Kesehatan. Studi ini menerapkan metode <i>bootstrap</i> untuk memperhitungkan heteroskedastisitas dan endogenitas dalam model, untuk memastikan hasil empiris yang kuat.</p>	<p>Hasil menemukan bahwa kesehatan secara signifikan memengaruhi upah di perkotaan Brasil, dengan efek berbeda antara laki-laki dan perempuan. Tinggi badan merupakan faktor yang berpengaruh, karena individu yang lebih tinggi menghasilkan lebih tinggi. Untuk laki-laki, (BMI) yang lebih tinggi dikaitkan dengan peningkatan upah, terutama di antara mereka yang memiliki tingkat pendidikan yang lebih rendah, yang menunjukkan bahwa kekuatan fisik mungkin dihargai di pasar tenaga kerja. Sebaliknya, BMI tidak secara signifikan memengaruhi upah perempuan.</p>

2.2 Kerangka Pemikiran

Teori kesehatan yang dikemukakan oleh Grossman menjelaskan bagaimana individu memperlakukan kesehatan sebagai investasi yang berpengaruh langsung terhadap kualitas hidup dan kemampuan kerja karena kesehatan yang baik dapat meningkatkan produktivitas, sementara kesehatan yang kurang baik dapat mengurangi kemampuan kerja. Teori *human capital*, berfokus bahwa keterampilan, pendidikan, dan kemampuan individu meningkatkan produktivitas dalam bekerja. Kesehatan merupakan salah satu komponen dalam pengembangan *human capital* karena individu yang sehat memiliki potensi yang lebih besar untuk belajar, bekerja lebih lama, dan berkontribusi lebih maksimal dalam pekerjaan mereka. Sementara itu, teori *compensating wage differentials* mengungkapkan bahwa pekerja yang bekerja di lingkungan yang lebih berisiko, tidak nyaman, atau memerlukan usaha fisik yang lebih besar, akan menerima kompensasi dalam bentuk upah yang lebih tinggi sebagai ganti dari risiko atau kondisi yang buruk. Begitupun sebaliknya. Maka, berdasarkan teori-teori tersebut, dapat dijelaskan bahwa tingkat kesehatan akan memengaruhi upah yang diterima pekeraja, karena individu yang sehat akan lebih produktif. Oleh karena itu, dapat dirancang suatu kerangka pemikiran:

Gambar 2.3
Kerangka Pemikiran



2.3 Hipotesis

Hipotesis merupakan dugaan sementara yang harus diuji kembali kebenarannya menggunakan data yang telah dikumpulkan sehingga hipotesis dapat berpeluang benar atau pun salah (Sugiyono, 2013). Penelitian ini merujuk pada telaah teoritis dan hasil penelitian sebelumnya. Adapun hipotesis atau jawaban sementara dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Status kesehatan diduga berpengaruh terhadap tingkat upah dan pengaruhnya berbeda antara sektor formal dan sektor informal.
2. Status kesehatan diasumsikan sama, maka tingkat upah pekerja sektor formal diduga mendapat lebih tinggi.

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

Variabel penelitian adalah hal yang menjadi titik perhatian dalam suatu penelitian. Dalam penelitian ini terdiri dari variabel dependen, variabel independent, dan variabel kontrol. Variabel dependen adalah variabel yang terpengaruhi atau dijelaskan oleh variabel bebas atau independen. Sementara itu, variabel independent adalah variabel yang memengaruhi atau menjelaskan terhadap variabel dependen (terikat). Sedangkan variabel kontrol disebut sebagai variabel kendali. Variabel ini merupakan variabel yang diupayakan untuk dinetralisasi oleh peneliti dalam penelitiannya. Variabel inilah yang menyebabkan hubungan antara variabel independent (bebas) dan variabel dependen (terikat) bisa tetap konstan.

3.1.1 Variabel Dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah tingkat upah. Tingkat upah yang dimaksud total gaji/upah bersih pekerjaan yang diterima pekerja selama sebulan, didapat dari kuisioner IFLS-5 seksi TK25A1. Variabel ini menggunakan simbol \ln_{upah} , log karena ingin mengubah nilai menjadi satuan persen (%) dan mengurangi variasi data dengan satuan rupiah.

3.1.2 Variabel Independen

A. Status Kesehatan

Status kesehatan dilihat melalui kemampuan fisik responden dalam melakukan aktivitas/kegiatan sehari-hari seperti mengangkat barang berat sejauh

20 meter, menimba seember air, berjalan kaki sejauh 1 kilometer, berjalan kaki sejauh 5 kilometer, menyapu lantai rumah atau halaman, membungkuk, jongkok, berlutut, atau bersujud, berjalan melintasi ruangan, berdiri sendiri setelah duduk di lantai tanpa bantuan, berdiri sendiri setelah duduk di kursi tanpa bantuan, mengangkat lengan sampai di atas bahu, dan mengambil koin kecil di atas meja yang didapat dari kuisioner IFLS-5 di seksi KK. Variabel ini menggunakan simbol *hs* yang diukur dengan *dummy* *hs* yang bernilai 1 jika susah/tidak bisa dan 0 jika mudah.

B. Interaksi Status Kesehatan dan Informal

Interaksi antara status kesehatan dan pekerja informal untuk melihat efek gabungan antara keadaan kesehatan pekerja dan sektor pekerjaan pekerja. Pada penelitian ini ingin melihat hubungan status kesehatan pekerja dengan tingkat upah yang diterimanya, terutama sektor informal.

3.1.3 Variabel Kontrol

Untuk meminimalisir *omitted variable bias*, peneliti memasukkan beberapa variabel kontrol. Berikut variabel kontrol dari penelitian ini antara lain:

A. Pendidikan

Tingkat Pendidikan yang pernah/sedang diikuti dan Tingkat/kelas tertinggi yang pernah diselesaikan responden. Variabel ini menggunakan simbol *educ* dan data didapat dari kuisioner IFLS-5 seksi DL dengan satuan tingkat terakhir yang ditamatkan dengan satuan tahun sekolah.

B. Asuransi Kesehatan

Responden yang memiliki asuransi kesehatan dalam bentuk jaminan/tunjangan apapun yang didapat dari kuisioner IFLS-5 seksi AK. Variabel ini menggunakan simbol asuransi yang diukur dengan *dummy* asuransi yang bernilai 1 jika memiliki asuransi dan 0 jika tidak memiliki. Asuransi yang digunakan baik asuransi dari sektor formal ataupun informal.

C. Konsumsi Rokok

Responden yang memiliki kebiasaan merokok yang didapat dari kuisioner IFLS-5 seksi KM01A. Variabel ini menggunakan simbol merokok dan diukur dengan *dummy* merokok yang bernilai 1 jika merokok dan 0 jika tidak merokok.

D. Pengalaman Kerja

Responden belum atau pernah bekerja di tempat lain dan lama waktu responden sudah terjun di dunia kerja yang didapat dari kuisioner IFLS-5 seksi TK05. Variabel ini menggunakan simbol pengalaman dan diukur dengan:

pengalaman kerja =

usia (saat ini) – pendidikan tertinggi – usia pertama sekolah

E. Pengalaman Kerja²

Pangalaman kerja² adalah transformasi variabel pengalaman kerja yang melibatkan kuadrat dari nilai pengalaman kerja itu sendiri. Variabel ini menggunakan simbol pengalaman² dan diukur dengan:

pengalaman kerja² = pengalaman kerja × pengalaman kerja

F. Jenis Kelamin

Jenis kelamin responden yang didapat dari kuisisioner IFLS-5 seksi COV5. Variabel ini menggunakan simbol *male* yang diukur dengan *dummy male* yang bernilai 1 jika laki-laki dan 0 jika perempuan.

G. Usia

Usia adalah ukuran waktu yang telah berlalu sejak kelahiran seseorang yang terdapat pada IFLS buku 3A. Dalam penelitian, Usia responden saat ini dengan menggunakan simbol usia.

H. Tempat Tinggal

Variabel ini menggunakan simbol urban dan diukur dengan *dummy* bernilai 1 jika perkotaan (urban) dan 0 jika pedesaan (rural). Data yang digunakan merupakan tempat tinggal responden sekarang yang didapat dari kuisisioner IFLS-5 seksi DL

I. Sektor Primer

Variabel ini menggunakan simbol primer dan diukur dengan *dummy* 1 jika sektor primer (bidang pertanian kehutanan, pertambangan, dan sejenisnya) sedangkan 0 jika selain sektor primer (industri, perdagangan, dan sejenisnya). Lapangan usaha sektor primer yang dilakukan oleh responden yang didapat dari kuisisioner IFLS-5 seksi TK19Ab.

J. Sektor Informal

Sektor informal merupakan bagian dari kegiatan ekonomi yang mencakup kegiatan usaha kecil dan tidak terdaftar secara resmi. Variabel ini menggunakan

simbol informal dan diukur dengan *dummy* 1 jika informal dan 0 jika formal. Sektor informal didapat dari kuisisioner IFLS-5 seksi TK2

K. Status Kepala Rumah Tangga

Status responden di dalam rumah tangganya yang didapat dari kuisisioner IFLS-5 seksi COV1. Variabel ini menggunakan simbol *hhstat* yang diukur dengan *dummy* *hhstat* yang bernilai 1 jika kepala rumah tangga dan 0 jika selain kepala rumah tangga.

L. Karakteristik Pekerjaan

Karakteristik pekerjaan utama yang dilakukan oleh responden yang membutuhkan banyak tenaga/usaha fisik didapat dari kuisisioner IFLS-5 seksi TK26A5-7, yaitu pekerjaan yang membutuhkan banyak tenaga/usaha fisik, mengangkat beban berat, harus membungkuk, berlutut, atau berjongkok. Variabel ini menggunakan simbol *jobcar* pada model regresi yang diukur dengan *dummy* bernilai 1 jika sering melakukan aktivitas fisik dan 0 jika tidak pernah.

3.2 Jenis dan Sumber Data

Penelitian ini memanfaatkan data kuantitatif dan data sekunder, dimana data ini diperoleh secara tidak langsung dari instansi terkait yaitu *Indonesian Family Life Survey* (IFLS). IFLS dipelopori oleh sebuah lembaga penelitian nonprofit Amerika Bernama *RAND Corporation* yang bekerja sama dengan institusi lain. Adapun jenis data yang digunakan adalah data runtut silang (*cross section*) untuk mengestimasi status Kesehatan terhadap Tingkat upah pekerja informal di Indonesia dengan data IFLS-5. IFLS-5 bekerja sama dengan *Center of Population and Policy Studies* (CPPS) Universitas Gadjah Mada dan

SurveyMETER. Jumlah observasi ialah 6.714 individu yang bekerja dan berpenghasilan. Sampel yang digunakan ditingkat individu.

Tabel 3. 1
Jenis dan Sumber Data

Variabel	Satuan	Sumber
Upah Perbulan	Rupiah	Buku 3A
Status Kesehatan	Dummy 1= status Kesehatan kurang baik	Buku 3B
Tingkat Pendidikan	Lulus Pendidikan terakhir	Buku 3A
Asuransi Kesehatan	Dummy 1= memiliki asuransi kesehatan	Buku 3B
Konsumsi Rokok	Dummy 1= merokok	Buku 3B
Pengalaman Kerja	Tahun	Buku 3A
Pengalaman Kerja ²	Kuadrat dari pengalaman kerja	Buku 3A
Jenis Kelamin	Dummy 1= laki-laki	Buku 3A
Usia	Tahun	Buku 3A
Tempat Tinggal	Dummy 1= perkotaan	Buku K
Status Kepala Rumah Tangga	Dummy 1= kepala rumah tangga	Buku 3A
Sektor Pekerjaan	Dummy 1= sektor primer	Buku 3A
Sektor Informal	Dummy 1= sektor informal	Buku 3A
Karakteristik Pekerjaan	Dummy 1=banyak aktivitas fisik	Buku 3A

3.3 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data dari penelitian ini adalah dokumentasi dan telaah literatur. Berbagai data ditingkat individu, rumah tangga, maupun komunitas dikumpulkan untuk membentuk variabel yang dibutuhkan dalam penelitian. Berbagai literatur juga ditinjau sebagai bahan analisis dari penelitian ini.

3.4 Metode Analisis

Metode analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis regresi *cross section* dengan menggunakan *software* STATA17 dan analisis deskriptif. Penggunaan regresi data *cross section* dan analisis deskriptif adalah untuk menjawab pertanyaan yang dirumuskan.

3.4.1 Analisis Regresi Data *Cross Section*

Analisis data *cross section* pada penelitian ini digunakan untuk mengkaji keterkaitan dan mengidentifikasi determinan serta pengaruh dari variabel status kesehatan. Data *cross section* merupakan data yang terdiri dari sejumlah individu yang dikumpulkan pada satu waktu tertentu.

3.4.2 Analisis Deskriptif

Dalam penelitian ini, analisis deskriptif digunakan untuk menggambarkan bagaimana pengaruh status kesehatan terhadap tingkat upah pekerja informal di Indonesia.

3.4.3 Estimasi Model Regresi

Penelitian ini menggunakan data *cross section* di Indonesia yang bertujuan untuk menganalisis hubungan status Kesehatan individu terhadap Tingkat upah yang diterima pekerja infomal di Indonesia. Dalam penelitian ini menggunakan persamaan dengan satu variabel dependen dan satu variabel independent, serta 12 variabel kontrol.

Metode *Ordinary Least Square* (OLS) standar digunakan untuk mengestimasi tingjat upah, maka model dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

$$\ln w_{pah}_i = \beta_0 + \beta_1 hs_i + \beta_2 (hs_i \times informal_i) + X_k + u_i \quad (3.1)$$

Dengan $\ln w_{pah}_i$ adalah logaritma dari tingkat upah pekerja i , β_0 adalah konstanta regresi, β_1 dan β_2 adalah koefisien variabel, hs adalah status Kesehatan i , $(hs_i \times informal_i)$ adalah interaksi antara status kesehatan dan pekerja informal, X merupakan vektor karakteristik pekerja yang mencakup sektor informal, memiliki asuransi, tingkat pendidikan, konsumsi rokok, pengalaman kerja, pengalaman kerja², *gander*, usia, tempat tinggal, status kepala rumah tangga, sektor pekerjaan primer, karakteristik pekerjaan, dan u adalah unsur error yang bersifat acak dan berdistribusi normal.

Variabel interaksi antara status kesehatan dan pekerja informal untuk melihat efek gabungan antara keadaan kesehatan pekerja dan sektor pekerjaan pekerja. Selain itu, unsur interaksi ditambahkan karena apabila sampel pekerja hanya dibatasi pada pekerja sektor informal, sampel yang didapat hanya sedikit sehingga tidak dapat merepresentasikan populasi pekerja informal.

3.5. Uji Statistik

A. Koefisien Determinasi (R^2)

Menurut Gujarati dan Porter (2013), koefisien determinasi (R^2) digunakan untuk mengukur sejauh mana model dalam penelitian ini dapat menjelaskan variasi dari variabel dependen. Rentang nilai koefisien determinasi bernilai antara 0 dan 1. Ketika nilai R^2 semakin mendekati nilai 1, maka model regresi yang digunakan mampu menjelaskan model keseluruhan dengan lebih baik. Begitu pula sebaliknya.

B. Uji Signifikansi Simultan (Uji F)

Uji statistik F bertujuan untuk mengetahui pengaruh secara bersama-sama seluruh variabel independen terhadap variabel dependen. Uji F pada penelitian ini menggunakan uji F restriksi karena parameter yang diuji pada penelitian ini adalah parameter interaksi. Berikut merupakan hipotesis pada penelitian ini:

$H_0: \beta_1, \beta_2 = 0$, artinya variabel status kesehatan dan variabel kontrol secara bersama-sama tidak berpengaruh signifikan terhadap tingkat upah.

$H_1: \beta_1, \beta_2 < 0$, artinya variabel status kesehatan dan variabel kontrol secara bersama-sama berpengaruh signifikan terhadap tingkat upah.

Dalam uji hipotesis yang melibatkan parameter terkait (*joint hypothesis*), jika uji t menunjukkan hasil signifikan, uji F cenderung juga menunjukkan hasil signifikan. Oleh karena itu, uji F sering kali dihampiri menggunakan uji t. Keputusan dari uji ini diambil berdasarkan tingkat signifikansi yang telah ditentukan. Jika p-value lebih kecil daripada tingkat signifikansi yang dipilih, maka hipotesis nol tidak akan ditolak pada tingkat signifikansi tersebut.

B. Uji Statistik t (Uji t)

Hipotesis statistic dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

$$H_0: \beta_1 = 0$$

$$H_1: \beta_1 < 0$$

Untuk mendapatkan Kesimpulan statistik, dilakukan perbandingan antara probabilitas *t-statistics* (*p-value*) dengan tingkat signifikansi (α). Apabila *p-value* bernilai lebih dari α . Maka hipotesis ditolak di tingkat signifikansi α . Hal ini

berarti variabel penjelas signifikan secara statistik dalam memengaruhi variabel dependen. Begitupun sebaliknya.

Penelitian ini juga menambahkan interaksi antara status kesehatan dan pekerja informal untuk melihat efek gabungan antara keadaan kesehatan pekerja dan sektor pekerjaan pekerja. Selain itu, unsur interaksi ditambahkan karena apabila sampel pekerja hanya dibatasi pada pekerja sektor informal, sampel yang didapat hanya sedikit sehingga tidak dapat merepresentasikan populasi pekerja informal. Dengan menambahkan unsur interaksi, parameter yang menjadi fokus utama adalah (β_2), di mana menunjukkan efek dari keadaan kesehatan yang bergantung pada sektor pekerjaan pekerja.

$$\frac{\Delta \ln \text{upah}}{\Delta \text{status kesehatan}} = \beta_1 + \beta_2 \text{informal} \quad (3.2)$$

Persamaan 3.2 merupakan bentuk persamaan regresi yang menyertakan interaksi antara dua variabel, yaitu status kesehatan dan sektor informal (pekerjaan informal). β_1 menggambarkan pengaruh perubahan dalam status kesehatan terhadap perubahan dalam variabel upah tanpa melihat sektor formal ataupun informal. Sedangkan β_2 ialah pengaruh variabel informal terhadap variabel upah. Variabel informal merupakan dummy 1 sektor informal dan 0 sektor formal.

3.6 Pengujian Model Statistik dengan Asumsi Gauss – Markov

Setiap model dapat dikatakan baik apabila memenuhi kriteria BLUE, yaitu *Best*, *Linear* merupakan kombinasi linear dari data sampel; *Unbiased*, terdapat beberapa asumsi Gauss-Markov yang harus dipenuhi. Asumsi merupakan linear dalam parameter, sampel bersifat acak, tidak ada multikolinearitas sempurna, *zero*

conditional mean, dan homoskedastisitas (Wooldridge, 2015). Oleh karena itu, penelitian ini menjalankan beberapa uji, yaitu VIF untuk mengecek adanya multikolinearitas sempurna dan uji Breusch-Pagan untuk menguji ada tidaknya heteroskedastisitas.

3.6.1 Deteksi Multikolinearitas

Gujarati & Porter (2013) menyatakan bahwa deteksi multikolinearitas bertujuan untuk mendeteksi apakah ada korelasi di antara variabel bebas dalam model regresi. Masalah ini hanya terjadi pada regresi ganda. Model regresi yang baik tidak seharusnya memiliki korelasi tinggi antara variabel bebas karena jika ada, model tersebut mengalami masalah multikolinearitas. Multikolinearitas menyebabkan kesulitan dalam menilai pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen. Masalah ini menunjukkan adanya hubungan linear yang sempurna atau hampir sempurna di antara sebagian atau seluruh variabel bebas dalam model regresi. Variabel independent dianggap mengalami multikolinearitas yang serius ketika nilai VIF lebih dari 10.

3.6.2 Deteksi Heteroskedastisitas

Gujarati & Porter (2013) menyatakan bahwa deteksi heteroskedastisitas bertujuan untuk mengidentifikasi apakah terdapat perbedaan varian residual (kesalahan pengganggu) dalam model regresi dari satu pengamatan ke pengamatan lainnya. Jika varian residual konsisten dari satu pengamatan ke pengamatan lainnya, maka disebut homoskedastik (varian yang sama). Bilamana tidak terpenuhinya asumsi heteroskedastisitas, maka model regresi dinyatakan tidak akurat sebagai alat peramalan. Varians error bersifat homoskedastik jika Uji

Breusch-Pagan tidak menolak hipotesis nol. Jika ternyata varians error bersifat heteroskedastis, maka *robust-standard error* akan digunakan.

BAB IV HASIL DAN ANALISIS

4.1 Deskripsi Objek Penelitian

Uraian statistik dalam penelitian ini didasarkan pada data *Indonesian Family Life Survey (IFLS)-5*. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah individu yang bekerja dan berpenghasilan. Jumlah sampel dalam IFLS-5 adalah 6.714 individu bekerja dan berpenghasilan. Sampel penelitian didominasi pekerja yang berasal dari pulau Jawa, yaitu provinsi Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, DKI Jakarta, DI Yogyakarta. Provinsi Jawa Barat menyumbang sampel terbanyak.

**Tabel 4. 1
Distribusi Sampel Berdasarkan Provinsi**

Kode	Nama Provinsi	Frekuensi (Jiwa)	Persentase
32	Jawa Barat	1,565	13,17
33	Jawa Tengah	1,504	12,65
35	Jawa Timur	1,301	10,95
31	DKI Jakarta	891	7,50
34	DI Yogyakarta	881	7,41
12	Sumatera Utara	874	7,35
52	Nusa Tenggara Barat	866	7,29
51	Bali	847	7,13
13	Sumatera Barat	656	5,52
73	Sulawesi Selatan	558	4,69
63	Kalimantan Selatan	394	3,31
18	Lampung	354	2,98
19	Kep. Bangka Belitung	93	0,78
14	Riau	77	0,65
64	Kalimantan Timur	53	0,45
21	Kep. Riau	40	0,34
62	Kalimantan Tengah	19	0,16
76	Sulawesi Barat	19	0,16
15	Jambi	15	0,13
61	Kalimantan Barat	3	0,03
11	Aceh	1	0,01

91	Papua Barat	1	0,01
Total		11,886	100

Tabel 4.2 menunjukkan distribusi sampel berdasarkan status kesehatan pekerja, yang memberikan gambaran mengenai perbedaan kondisi kesehatan dan dampaknya terhadap upah yang diterima. Pekerja dengan status kesehatan buruk, yang mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, cenderung memperoleh upah yang lebih rendah dibandingkan dengan pekerja yang memiliki status kesehatan baik, yang mampu melakukan aktivitas sehari-hari dengan mudah. Hal ini menunjukkan pekerja yang memiliki kondisi kesehatan yang kurang baik mungkin menghadapi tantangan dalam mempertahankan produktivitas, sehingga berdampak pada penurunan penghasilan mereka. Sebaliknya, pekerja yang sehat dan mampu bekerja secara optimal lebih cenderung mendapatkan upah yang lebih tinggi, mencerminkan efisiensi dan kapasitas mereka dalam memenuhi tuntutan pekerjaan.

Tabel 4. 2
Distribusi Sampel Berdasarkan Status Kesehatan

	Obs	Mean Upah	Std. dev.	Min	Max
Sulit	3.768	1.888.705	2.512.302	0	90.000.000
Mudah	3.507	2.675.954	1.7.100.000	0	1.000.000.000

Tabel 4.3 menunjukkan distribusi sampel berdasarkan sektor pekerjaan, yang menggambarkan perbedaan dalam tingkat upah antara pekerja di sektor formal dan sektor informal. Pekerja yang berada di sektor informal cenderung menerima upah yang lebih rendah dibandingkan dengan pekerja di sektor formal. dan kesempatan untuk meningkatkan kesejahteraan ekonomi antara kedua sektor tersebut.

Tabel 4. 3
Distribusi Sampel Berdasarkan Sektor Pekerjaan

	Obs	Mean Upah	Std. dev.	Min	Max
Informal	372	512.668	563132.3	0	3.000.000
Formal	6.903	2.362.813	12.300.000	0	1.000.000.000

4.2 Karakteristik Responden

Tabel 4. 4
Statistik Deskriptif

Variabel	Obs	Mean	Std.Dev	Min	Max
Upah (logaritma natural)	6.714	14,1578	1,0621	8.517193	20.72327
Status Kesehatan (susah/tidak bisa==1)	6.714	0,554	0,497	0	1
Informal (informal==1)	6.714	0,413	0,492	0	1
Memiliki asuransi Kesehatan (asuransi==1)	6.714	0,998	0,036	0	1
Pendidikan tertinggi (tahun)	6.714	9,515	4,544	0	23
Konsumsi rokok (merokok==1)	6.714	0,434	0,495	0	1
pengalaman bekerja (tahun)	6.714	21,313	13,938	0	92
Pengalaman bekerja ² (tahun)	6.714	648,540	773,368	0	8.464
Jenis kelamin (laki-laki==1)	6.714	0,568	0,495	0	1
Usia (tahun)	6.714	38,811	13,185	15	10
Tempa tinggal (kota==1)	6.714	0,650	0,476	0	1
Status kepala rumah tangga (kepala rumah tangga==1)	6.714	0,493	0,499	0	1
Sektor pekerjaan (primer==1)	6.714	0,225	0,417	0	1
Karakteristik pekerjaan (sering aktivitas fisik==1)	6.714	0,844	0,362	0	1

Pada Tabel 4.4 variabel dari yang digunakan dari tingkat upah merupakan upah perbulan yang diterima oleh pekerja informal. Diperoleh dari upah yang diterima sebulan lalu. Diperoleh nilai upah rata-rata pekerja dalam sebulan

mencapai Rp14.000.000,00 dengan upah terendah mencapai Rp8.500.000,00 dan tertinggi mencapai Rp20.700.000,00 yang dihitung dari jumlah observasi keseluruhan yang memiliki upah perbulan.

Pada tabel 4.4 juga terdapat nilai rata-rata status kesehatan pekerja informal mencapai 0,554. Hal tersebut menunjukkan bahwa status kesehatan pekerja informal yang tidak baik mendominasi dari jumlah sampel. Kesehatan yang tidak baik dilihat dari bagaimana individu melakukan aktivitas sehari-hari. Untuk variabel informal memiliki rata-rata 0,413 yang berarti hamper setengah pekerja pada sampel ini bekerja dibidang informal. Variabel kepemilikan asuransi memiliki rata-rata 0,998 yang artinya hampir seluruh pekerja memiliki asuransi berupa asuransi pemerintah maupun dari perusahaan baik berupa AKSES, ASTEK/Jamsostek, Jaminan kesehatan dan Perusahaan, asuransi yang dikaitkan dengan Tabungan, JAMKESMAS, JAMKESDA, JAMKESSOS, JAMPERSAL, dan JKN.

Variabel Pendidikan memiliki rata-rata mencapai 9,51 yang menunjukkan bahwa rata-rata individu menghabiskan 9 tahun untuk Pendidikan terakhir yang ditamatkan atau setara Sekolah Menengah Pertama (SMP). Pada tabel 4.4 variabel konsumsi rokok memiliki rata-rata mencapai 0,434 yang menunjukkan bahwa hampir sebagian besar pekerja mengonsumsi rokok. Pada variabel pengalaman kerja rata-rata mencapai 21,31 yang menunjukkan bahwa individu pada sampel memiliki nilai rata-rata pengalaman bekerja selama 21 tahun.

Pada tabel 4.4 variabel jenis kelamin memiliki rata-rata mencapai 0,568 yang menunjukkan bahwa rata-rata individu pada sampel jenis kelamin didominasi oleh laki-laki daripada perempuan. Variabel usia menunjukkan rata-rata mencapai 38,81 menunjukkan bahwa individu pada sampel rata-rata berumur 38 tahun. Variabel tempat tinggal memiliki rata-rata mencapai 0,65 yang menunjukkan bahwa rata-rata individu yang tinggal di perkotaan lebih banyak dibandingkan individu yang tinggal di pedesaan. Pada variabel status kepala rumah tangga rata-rata mencapai 0,493 yang artinya hampir sebagian sampel merupakan kepala rumah tangga.

Variabel sektor pekerjaan primer memiliki rata-rata mencapai 0,225 yang menunjukkan hanya sedikit sampel yang bekerja pada sektor primer. Variabel karakteristik pekerja memiliki rata-rata mencapai 0,844 yang menunjukkan bahwa populasi pada sampel rata-rata melakukan pekerjaan yang sering/selalu membutuhkan aktivitas fisik seperti mengangkat berat lebih banyak dibandingkan dengan pekerjaan yang tidak membutuhkan aktivitas fisik,

4.3 Hasil Estimasi

Penelitian ini menggunakan hasil estimasi model dasar dengan metode *Ordinary Least Square* (OLS). Hasil estimasi pada studi ini, melakukan pengujian multikolinearitas melalui penggunaan *Variance Inflation Factor* (VIF) dan *tolerance*, di mana hampir semua variabel independen memiliki nilai VIF kurang dari 10, kecuali variabel pengalaman kerja, usia, dan tingkat pendidikan mengalami multikolinearitas. Hasil dari uji Breusch-Pagan mengkonfirmasi

bahwa error bersifat heteroskedastis. Oleh karena itu, koreksi *standard error* dilakukan menggunakan *robust standard error*.

Tabel 4. 5
Model Dasar OLS

	Variabel Dependen: Tingkat Upah Pekerja OLS
Status Kesehatan	-0.053** (0.015)
Informal	-0.586*** (0.000)
Status Kesehatan#informal 1#1:informal	-0.235** (0,049)
Kepemilikan Asuransi	-0.018 (0.961)
Pendidikan	0.162*** (0.000)
Status Merokok	0.002 (0.961)
Pengalaman kerja	0.074*** (0.000)
Pengalaman kerja ²	-0.000*** (0.000)
Laki-Laki	0.367*** (0.000)
Usia	-0.041*** (0.001)
Tempat Tinggal	0.144*** (0.000)
Status Kepala Rumah Tangga	0.176*** (0.000)
Sektor Primer	0.176*** (0,000)
Karakteristik Pekerjaan	-0.124** (0.000)
Konstanta	12.537*** (0.000)
Number of obs	6,714
F	215.44
Prob>F	0.000
R-squared	0,332

Robust standar errors in parentheses *p<0,1; **p<0,05; ***p<0,01

Berdasarkan Tabel 4.5 status kesehatan bertanda negatif dengan koefisien sebesar -0,053 dan signifikan di tingkat 5%. Artinya pekerja dengan status kesehatan buruk atau tidak baik menerima upah lebih rendah sebesar 5,3%, *ceteris paribus*. Akan tetapi, koefisien tersebut mengukur efek dari keadaan kesehatan terhadap upah ketika bidang pekerjaan sama dengan 0, atau tanpa mempertimbangkan efek bidang pekerjaan. Variabel informal bertanda negatif yang memiliki koefisien sebesar -0.586 dan signifikan. Artinya pekerja informal di Indonesia memiliki upah yang lebih rendah daripada pekerja formal sebesar 58,6%. Untuk mendapatkan interpretasi efek keadaan kesehatan terhadap upah yang lebih relevan, efek parsial keadaan kesehatan akan dihitung dengan mempertimbangkan efek interaksinya dengan bidang pekerjaan informal mengikuti persamaan (persamaan 3.2). Efek parsial keadaan kesehatan berdasarkan nilai *dummy* variabel informal adalah $-0,289 (-0.053863 + (-0.2356826 * 1)) = -0.289$). Artinya, pekerja dengan status kesehatan buruk atau tidak baik dan bekerja di sektor informal menerima upah lebih rendah sebesar 28,9%, *ceteris paribus*.

Sebagian besar variabel kontrol menunjukkan hubungan yang signifikan terhadap upah. Hal ini berarti variabel-variabel tersebut dapat menjelaskan variasi pada variabel upah dengan baik dan meminimalisir masalah endogenitas berupa *omitted variable bias*. Kepemilikan asuransi bertanda negatif dengan koefisien sebesar -0.018 dan tidak signifikan. Artinya tidak ada perbedaan upah yang signifikan antara individu yang memiliki asuransi dan yang tidak memiliki. Variabel pendidikan bertanda positif dengan koefisien 0,162 dan signifikan.

Pendidikan yang lebih tinggi 1 tahun dapat meningkatkan upah sebesar 16,2%. Status merokok dengan koefisien -0.002 dan tidak signifikan yang artinya tidak ada perbedaan upah yang signifikan antara individu yang merokok dan tidak merokok. Variabel pengalaman kerja bertanda positif dan kuadratnya bertanda negatif, dan keduanya signifikan. Ini berarti variabel pengalaman memiliki hubungan yang konkaf dengan tingkat upah. Temuan ini mengonfirmasi Mincer (1974) yang mengungkapkan bahwa pengalaman dan pendapatan individu memiliki hubungan yang konkaf. Berkaitan dengan hal tersebut, titik balik berada pada angka 68. Artinya upah seseorang akan turun atau berhenti bertambah setelah memiliki pengalaman bekerja selama 68 tahun.

Kemudian, untuk variabel kontrol lainnya seperti jenis kelamin bertanda positif memiliki nilai koefisien 0,367 dan signifikan yang berarti pekerja laki-laki memiliki upah 36,7% lebih tinggi daripada pekerja perempuan, variabel usia memiliki koefisien -0,041 dan signifikan. Artinya semakin tinggi usia seorang pekerja maka upahnya akan semakin rendah sebesar 4,1%. Variabel tempat tinggal juga memiliki tanda positif dan signifikan dengan koefisien 0,144 menandakan pekerja yang tinggal di kota memiliki upah lebih tinggi sebesar 14,4% daripada pekerja di pedesaan. Variabel status kepala rumah tangga bertanda positif signifikan dengan koefisien 0,176 yang artinya pekerja dengan status kepala rumah tangga memiliki upah lebih tinggi 17,6% dibandingkan dengan yang tidak berstatus kepala rumah tangga

Variabel sektor pekerjaan primer bertanda positif dan signifikan dengan koefisien 0,176 yang artinya pekerja di sektor primer memiliki upah lebih tinggi

17,6% daripada pekerja disektor nonprimer. Sedangkan untuk variabel karakteristik pekerjaan bertanda negatif dan signifikan dengan koefisien -0,124. Artinya pekerja dengan karakteristik pekerjaan yang membutuhkan banyak aktivitas fisik atau mengangkat beban berat memiliki upah yang lebih rendah sebesar 12,4% daripada pekerja yang tidak banyak melakukan aktivitas fisik dan mengangkat beban berat.

Berdasarkan Tabel 4.3 Koefisien determinasi R^2 diperoleh angka mencapai 0,332 untuk hasil estimasi, artinya semua variabel seperti variabel independen status kesehatan dan kontrol seperti memiliki asuransi, pendidikan, status merokok, pengalaman kerja, jenis kelamin, usia, tempat tinggal, status kepala rumah tangga, sektor pekerjaan primer, sektor informal, dan karakteristik pekerjaan dapat menjelaskan variabel dependen (tingkat upah) senilai 0,33 dan memiliki tingkat signifikansi variabel independen pada variabel dependen secara simultan senilai 0.000 serta signifikansi pada tingkat 1%. Temuan ini mengindikasikan adanya korelasi antara variabel independen (status kesehatan) dengan variabel dependen (tingkat upah). Jadi dapat dikatakan bahwa status kesehatan memengaruhi tingkat upah pekerja di Indonesia secara signifikan.

4.4 Pembahasan Hasil

Pada penelitian ini menunjukkan hasil estimasi berbagai faktor yang memengaruhi tingkat upah pekerja di Indonesia. Faktor-faktor yang diteliti meliputi status kesehatan, sektor pekerjaan, kepemilikan asuransi, Pendidikan, status merokok, pengalaman kerja, jenis kelamin, usia, tempat tinggal, status kepala rumah tangga, dan karakteristik pekerjaan. Hasil estimasi model dasar pada

penelitian ini menunjukkan variabel status kesehatan memperoleh nilai yang signifikan dan negatif. Hal ini sejalan dengan penelitian yang ditemukan oleh (Thomas, D dan Strauss J., 1997; Lv, Xueliang, dkk. 2023; Xuan Cui, 2014; Wahyuni, 2016; Baharuddin S., 2018) yang membuktikan bahwa status kesehatan yang buruk atau sulit dalam melakukan aktivitas sehari-hari memengaruhi tingkat upah yang diterima pekerja baik secara signifikan dan negatif.

Variabel interaksi pada penelitian ini memperoleh negatif dan signifikan terhadap tingkat upah yang diterima. Variabel interaksi ini menunjukkan pekerja dengan status kesehatan yang buruk atau sulit melakukan aktivitas sehari-hari dan bekerja di sektor informal menerima upah lebih rendah dibandingkan dengan pekerja yang memiliki status kesehatan yang lebih baik. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ali, M. dkk. (2014) menunjukkan bahwa individu dengan status kesehatan buruk dan bekerja di sektor informal mengalami diskriminasi upah yang signifikan. Rata-rata upah untuk individu yang memiliki kesehatan mereka buruk adalah 14,2% lebih rendah dibandingkan dengan mereka yang kesehatannya baik. Untuk individu yang menderita penyakit kronis jangka panjang, perbedaan upah mencapai 6,3%, sedangkan yang mengalami batasan aktivitas, perbedaan tersebut adalah 4,5%.

Penelitian ini juga menunjukkan pengaruh pekerja sektor informal terhadap tingkat upah secara negatif dan signifikan. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang ditemukan oleh (Baharuddin S., 2018; Ali, M. dkk., 2014; Xuan Cui, 2014; Helburn, Amy B., 2014; John C. Landefeld, dkk, 2014; Thomas, D dan Strauss J., 1997). Hal ini menunjukkan bahwa terjadi perbedaan upah yang

diterima pada tingkat tertentu pada sektor formal dan informal, di mana sektor formal menerima upah yang lebih rendah daripada sektor informal.

Variabel kepemilikan asuransi pada penelitian ini menunjukkan tidak ada perbedaan upah yang signifikan antara pekerja yang memiliki asuransi dan yang tidak memiliki asuransi. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Megan T. (2009) yang menunjukkan temuan penelitian bahwa asuransi yang disponsori perusahaan tidak memiliki pengaruh signifikan terhadap upah, baik yang obesitas, cacat, ataupun tidak memiliki penyakit atau dengan kondisi kesehatan yang baik. Namun, berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Lv, Xueliang, dkk., (2023) yang menunjukkan bahwa pekerja yang memiliki asuransi kesehatan memiliki tingkat upah yang lebih tinggi daripada pekerja yang tidak memiliki asuransi kesehatan.

Variabel Pendidikan pada penelitian ini menunjukkan hasil positif signifikan. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Baharuddin S., 2018; Smith, J dan Jones, R., 2015; Helburn, Amy B., 2014; Thomas, D., dan Strauss, J., 1997) yang membuktikan bahwa variabel Pendidikan memengaruhi tingkat upah pekerja secara positif dan signifikan. Hal ini menunjukkan bahwa Pendidikan yang lebih tinggi biasanya memiliki upah yang lebih tinggi dibandingkan dengan pekerja yang memiliki Pendidikan lebih rendah,

Variabel status merokok pada penelitian ini menunjukkan hasil tidak ada perbedaan upah yang signifikan antara pekerja yang mengkonsumsi rokok dan yang tidak merokok. Hal ini sejalan dengan penelitian oleh Xuan, C (2014) yang

menunjukkan hasil kebiasaan merokok dan konsumsi alkohol tidak memiliki pengaruh signifikan terhadap upah, berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Heni, W (2016), hasil yang didapat ialah status kesehatan secara signifikan memengaruhi upah, pekerja yang tidak mengkonsumsi rokok memiliki upah yang lebih tinggi daripada pekerja yang memiliki kebiasaan merokok. Penelitian ini menyoroti pentingnya menjaga kesehatan dan mengurangi perilaku merokok untuk meningkatkan kesejahteraan ekonomi.

Variabel pengalaman kerja pada penelitian ini menunjukkan hasil positif dan kuadratnya bertanda negatif, dan keduanya signifikan. Ini berarti variabel pengalaman memiliki hubungan yang konfah dengan tingkat upah. Temuan ini mengonfirmasi Mincer (1974) yang mengungkapkan bahwa pengalaman dan pendapatan individu memiliki hubungan yang konfah. Penelitian yang dilakukan oleh (Baharuddin S., 2018; Smith, J dan Jones, R., 2015) yang membuktikan bahwa pekerja memiliki pengalaman kerja yang lebih lama berpengaruh signifikan terhadap produktivitas kerja pekerja industri kecil sehingga dapat memiliki upah yang lebih tinggi daripada yang hanya memiliki pengalaman kerja sedikit atau tidak sama sekali memiliki pengalaman kerja.

Variabel jenis kelamin pada penelitian ini memperoleh hasil positif signifikan. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Siflinger B., 2022; Helburn, Amy B., 2014; John C. L., dkk, 2014; Thomas, D., dan Strauss, J., 1997) yang membuktikan bahwa variabel jenis kelamin memengaruhi tingkat upah yang diterima secara positif dan signifikan, di mana pekerja berjenis kelamin laki-laki memiliki upah yang lebih tinggi daripada pekerja berjenis kelamin

Perempuan. Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh (Baharuddin S., 2018; Lynn M. G., 2005) bahwa variabel jenis kelamin tidak memiliki perbedaan upah yang signifikan antara pekerja laki-laki dan pekerja perempuan.

Variabel usia pada penelitian ini memperoleh hasil negatif dan signifikan terhadap tingkat upah yang diterima pekerja. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Pamila (2015) yang menunjukkan bahwa variabel usia memengaruhi tingkat upah pekerja secara negatif signifikan. Hal ini menunjukkan seiring bertambahnya usia seorang pekerja, maka kemampuan fisik dan produktivitas individu cenderung menurun. Hal ini berkontribusi pada turunnya efisiensi kerja dan produktivitas yang pada gilirannya berdampak pada penurunan upah yang diterima. Oleh karena itu, perusahaan atau pemberi kerja melihat pekerja yang lebih tua sebagai sumber daya yang kurang efisien dibandingkan dengan pekerja yang lebih muda, yang lebih mampu bekerja dengan optimal dan mempertahankan kecepatan serta kualitas kerja yang lebih tinggi.

Variabel tempat tinggal pada penelitian ini memperoleh hasil positif dan signifikan terhadap tingkat upah pekerja. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Lv, Xueliang, dkk., (2023) yang membuktikan bahwa pekerja yang berada di perkotaan memiliki upah lebih tinggi daripada di pedesaan. Hal ini dapat dipahami dengan melihat perbedaan dalam struktur ekonomi dan pasar tenaga kerja di kedua wilayah tersebut. Di perkotaan, terdapat lebih banyak peluang pekerjaan yang berkualitas tinggi, industri yang berkembang pesat, dan sektor-sektor yang menawarkan upah yang lebih tinggi, sementara di pedesaan,

lapangan pekerjaan cenderung terbatas dan lebih banyak didominasi oleh sektor pertanian yang seringkali memberikan upah yang lebih rendah.

Variabel status kepala rumah tangga dalam penelitian ini menunjukkan hasil yang positif dan signifikan terhadap tingkat upah yang diterima oleh pekerja, yang berarti pekerja yang memiliki status sebagai kepala rumah tangga cenderung menerima upah yang lebih tinggi dibandingkan dengan pekerja yang tidak memiliki status tersebut. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Helburn, Amy B. (2014), yang mengungkapkan bahwa karakteristik pribadi, seperti status pekerjaan sebagai kepala rumah tangga, berhubungan langsung dengan besaran upah yang diterima. Dalam hal ini, pekerja yang menjadi kepala rumah tangga memiliki tanggung jawab yang lebih besar, baik secara finansial maupun sosial, yang sering kali memotivasi mereka untuk mencari pekerjaan dengan gaji yang lebih tinggi untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

Variabel sektor pekerjaan primer dalam penelitian ini menunjukkan hasil positif dan signifikan terhadap tingkat upah yang diterima oleh pekerja, yang berarti pekerja yang terlibat dalam sektor pekerjaan primer cenderung menerima upah yang lebih tinggi dibandingkan dengan pekerja yang bekerja di sektor lainnya. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ali, M., dkk. (2014) yang menunjukkan bahwa pekerja yang bekerja di sektor primer, seperti pertanian, pertambangan, dan perikanan, memiliki upah yang lebih tinggi dibandingkan dengan pekerja di sektor sekunder atau tersier.

Variabel karakteristik pekerjaan dalam penelitian ini menunjukkan hasil negatif dan signifikan terhadap tingkat upah yang diterima oleh pekerja, yang berarti pekerjaan yang melibatkan aktivitas fisik yang berat dan mengangkat beban cenderung memiliki tingkat upah yang lebih rendah dibandingkan dengan pekerjaan yang tidak memerlukan aktivitas fisik yang intens atau pengangkatan beban berat. Temuan ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ali, M., dkk. (2014) yang menunjukkan bahwa karakteristik pekerjaan seperti sering melakukan aktivitas fisik dan mengangkat beban berat memiliki upah yang lebih rendah daripada pekerjaan yang tidak memerlukan tenaga fisik yang berat atau keterampilan fisik khusus.

Hal tersebut dapat dijelaskan dengan mempertimbangkan jenis pekerjaan yang melibatkan aktivitas fisik intensif. Pekerjaan yang mengharuskan pekerjanya untuk mengangkat beban berat atau melakukan aktivitas fisik yang menuntut sering kali ditemukan di sektor-sektor seperti konstruksi, pertanian, dan manufaktur. Meskipun pekerjaan ini mungkin sangat penting untuk keberlanjutan ekonomi, mereka cenderung dihargai dengan upah yang lebih rendah karena tidak memerlukan keterampilan teknis atau pendidikan tinggi. Selain itu, pekerjaan yang mengandalkan tenaga fisik sering kali dianggap sebagai pekerjaan yang lebih mudah diakses, dengan kompetisi yang lebih tinggi di pasar tenaga kerja, yang pada gilirannya menurunkan tingkat upah yang ditawarkan.

Sebaliknya, pekerjaan yang tidak memerlukan aktivitas fisik berat, seperti pekerjaan di sektor jasa, teknologi, atau administrasi, sering kali membutuhkan keterampilan tertentu atau pendidikan yang lebih tinggi, yang memungkinkan

pekerja di sektor-sektor ini untuk memperoleh upah yang lebih tinggi. Pekerjaan yang lebih "ringan" secara fisik biasanya lebih bergantung pada keterampilan kognitif, pengetahuan teknis, atau pengalaman profesional, yang sering dihargai lebih tinggi dalam struktur pasar tenaga kerja.

BAB V

PENUTUP

5.1 Simpulan

Penelitian ini ditujukan untuk melakukan analisis secara empiris mengenai pengaruh status kesehatan terhadap tingkat upah pekerja di Indonesia. Pengukuran tingkat upah pekerja menggunakan jumlah pendapatan bersih yang diterima pekerja dalam sebulan. Sedangkan faktor-faktor yang memengaruhi diukur dengan status kesehatan pekerja dan interaksi status kesehatan dengan sektor informal, kepemilikan asuransi, tingkat pendidikan, status merokok, pengalaman kerja, pengalaman kerja², jenis kelamin, usia, tempat tinggal, status kepala rumah tangga, sektor pekerjaan primer, sektor pekerjaan informal, karakteristik pekerjaan. Digunakan jenis data sekunder yang diperoleh dari *Indonesian Family Life Survey (IFLS)-5*. Jumlah sampel pada studi ini yaitu 6.714 observasi dengan menggunakan model *Ordinary Least Square (OLS)*. Diperoleh hasil estimasi bahwa secara umum variabel status kesehatan, interaksi status kesehatan dengan sektor informal, tingkat pendidikan, pengalaman kerja, pengalaman kerja², jenis kelamin, usia, tempat tinggal, status kepala rumah tangga, sektor informal, sektor primer, karakteristik pekerjaan memengaruhi tingkat upah yang diterima pekerja secara signifikan. Faktor-faktor yang memengaruhi tingkat upah pekerja secara positif, yaitu variabel tingkat pendidikan pengalaman kerja, jenis kelamin, tempat tinggal, status kepala rumah tangga, dan sektor primer. Sedangkan sejumlah faktor lainnya memengaruhi tingkat upah pekerja yang diterima secara negatif ditemukan pada variabel status kesehatan pekerja, pengalaman kerja², usia, sektor

informal, karakteristik pekerjaan, dan interaksi pekerja dengan keadaan kesehatan buruk atau susah melakukan aktivitas sehari-hari yang bekerja di sektor informal.

5.2 Keterbatasan

Penelitian ini tidak terlepas dari berbagai keterbatasan dan kendala yang memengaruhi hasil dan Kesimpulan yang diambil. Salah satu keterbatasan utama adalah penelitian ini hanya berfokus pada tingkat upah pekerja namun alangkah baiknya untuk penelitian selanjutnya dapat menambah variabel dependen yang lebih sesuai dengan kondisi dan isu terbaru. Dengan menggunakan data yang diperoleh dari IFLS-5, di mana masih terdapat sampel yang mengalami data *missing* pada variabel tertentu sehingga mengurangi jumlah observasi yang diteliti. Pada penelitian ini belum dapat menyelesaikan isu endogenitas.

5.3 Saran

Dengan demikian, peneliti menyarankan untuk menambahkan sejumlah variabel lain yang dianggap dapat berpengaruh secara langsung terhadap tingkat upah yang diterima pekerja. Dengan memasukkan variabel tambahan, diharapkan analisis yang dilakukan lebih mendalam dan dapat memberikan wawasan yang lebih baik mengenai faktor yang memengaruhi tingkat upah pekerja.

DAFTAR PUSTAKA

- Ardebili, M. E., Naserbakht, M., Bernstein, C., Alazmani-Noodeh, F., Hakimi, H., & Ranjbar, H. (2021). Healthcare providers experience of working during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *American journal of infection control*, 49(5), 547-554.
- Assa, A. F. 2022. Dampak beban kerja dan lingkungan kerja terhadap burnout syndrome pada karyawan PT. Sinergi integra services. *Jurnal Ilmiah Manajemen, Ekonomi, & Akuntansi (MEA)*, 6(3), 436-451.
- Badan Pusat Statistik. 2023. *Laporan Upah Minimum Provinsi*. Indonesia.
- _____. 2023. *Profil Statistik Kesehatan 2023*. Indonesia.
- _____. 2022. *Booklet Survei Angkatan Kerja Nasional Agustus 2022*. Indonesia.
- Becker, Gary S. 1965. "A Theory of the Allocation of Time." *Econ. J.* 75. hlm: 493-517.
- _____. 1993. *Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education*. University of Chicago Press.
- Ben Halima, M. A., & Rococo, E. 2014. *Wage differences according to health status in France*. *Social Science and Medicine*, 120, 260–268.
- <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.09.035>
- Ben-Porath, Yoram. "The Production of Human Capital and the Life Cycle of Earnings." *J.P.E.* 75 (August 1967): 353-67.
- Borjas, G. J., 2010. *Labor economics* (p. 45). Boston: McGraw-Hill/Irwin. 362-405.
- BPK. 2023. *Undang-undang (UU) Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti UU Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang*.
- <https://peraturan.bpk.go.id/Details/149750/uu-no-11-tahun-2020>
- Cholily, V. H. (2024). Pengaruh Belanja Pemerintah Bidang Kesehatan Dan Tingkat Pengangguran Terhadap Angka Harapan Hidup. *Journal of Comprehensive Science (JCS)*, 3(4), 838-849.
- Cui, X, 2014. *An Investigation Into the Impact of Health and Health Related Behavior on Employment and Wages in China*. ProQuest. LLC, January.
- Ehrenberg, R., Smith, R., & Hallock, K. 2021. *Modern labor economics: Theory and public policy*. Routledge. 241-266.

- Frank, R.H., Bemanke, B.S. 2007. *Principles of Microeconomics*. New York: McGraw-Hill/Irvin.
- Galama, T., & Kapteyn, A. 2011. *Grossman's Missing Health Threshold*. *Journal of Health Economics*, 30, 1044–1056.
- Gambin, L. M. 2005. *The impact of health on wages in Europe - Does gender matter?* (Issue HEDG Working Paper 05/03).
- Gitacahyani, A. R., Arrigo, F., & Putri, R. K. 2024. Dinamika Kebijakan Upah Minimum Terhadap Ketenagakerjaan Dan Produktivitas Industri Di DKI Jakarta. *Gudang Jurnal Multidisiplin Ilmu*, 2(6), 310-317.
- Grossman, M. 1972. *On the Concept of Health Capital and the Demand for Health*. *The Journal of Political Economy*, 80(2), 223–255.
- Grossman, M. 2000. *The Human Capital Model*. In *Handbook of Health Economics* (pp. 347–406).
- Gujarati, D.N. & Porter, D.C. 2013. *Dasar-dasar Ekonometrika*, Edisi 5. Jakarta: Salemba Empat.
- Helburn, A.B. 2014. *A longitudinal look at social protection: Does unequal receipt of employment-based benefits lead to health disparities, thus limiting earnings mobility?* University of Massachusetts Boston.
- International Labour Organization*. 2022. *Keselamatan dan Kesehatan Kerja 2022*.
- Jacobus, E. H., Kindangen, P., & Walewangko, E. N. 2021. Analisis faktor-faktor yang memengaruhi kemiskinan rumah tangga di Sulawesi Utara. *Jurnal Pembangunan Ekonomi dan Keuangan Daerah*, 19(3), 86-103.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2024). *Profil Kesehatan Indonesia 2023*.
- Kementerian Ketenagakerjaan (2023). *Satudata Kemnaker|portal data ketenagakerjaan RI*.
- Landefeld, J. C., Burmaster, K. B., Rehkopf, D. H., Syme, S. L., Lahiff, M., Adler- Milstein, S., and Fernald, L. C. H. 2014. *The association between a living wage and subjective social status and self-rated health: A quasi-experimental study in the Dominican Republic*.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.09.051>
- Lumbantoruan, M. 2023. Analisis Pengaruh Produk Domestik Bruto, Penggunaan dan Upah Minimum terhadap Jumlah Penduduk Miskin di Indonesia Tahun 2000-2019.

Lv, X., Yu, Y., Zhao, X., & Si, D. K. 2023. *Minimum wage and household economic vulnerability: Evidence from China. Economic Analysis and Policy*, 80(21), 624–646.

<https://doi.org/10.1016/j.eap.2023.09.008>

Maharani, A., Arum, S. P. S., & Taufiqurahman, Y. (2024). Perlindungan Hukum Terhadap Asisten Rumah Tangga (ART) yang Mengalami Kekerasan Ditinjau dari Hukum Ketenagakerjaan. *Aktivisme: Jurnal Ilmu Pendidikan, Politik dan Sosial Indonesia*, 1(3), 279-287.

Mincer, J. A. (1974). *Schooling, Experience, and Earnings*. NBER.

Nazila, R. (2024). *Analisis Faktor yang Memengaruhi Pekerjaan Layak di Indonesia: Pendekatan Panel Data Dinamis* (Doctoral dissertation, Universitas Sultan Ageng Tirtayasa).

Nicholson, W., & Snyder, C. 1997. *Microeconomic theory*. Harcourt Brace College Publishers (12th ed). Boston: Cengage Learning.

Pamila, Helki Lugis. (2015). ANALISIS PENAWARAN TENAGA KERJA WANITA MENIKAH PADA USAHA DAGANG SEKTOR INFORMAL DI KOTA MAKASSAR. Skripsi dipublikasikan, Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Hasanuddin.

Panjaitan, S., & Ritonga, R. 2024. Analisis Perlindungan Hukum Bagi Pekerja Informal Dalam Perspektif Hukum Ketenagakerjaan. *Doktrin: Jurnal Dunia Ilmu Hukum dan Politik*, 2(3), 250-262.

Salam, P., Djazuli, A., & Choiriyah, C. (2022). Pengaruh Kompensasi, Kompetensi dan Lingkungan Kerja terhadap Kinerja Pegawai Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan. *Jurnal Nasional Manajemen Pemasaran & SDM*, 3(4), 177-196.

Sari, R., et al. 2022. "Health Status of Informal Workers in Indonesia." *Journal of Public Health*.

Semmaila, B. 2017. Karakteristik Individu, Sosial Ekonomi, Budaya Dan Kesehatan Terhadap Produktivitas Kerja Karyawan Pada Industri Kecil Di Kota Makassar. *EKUITAS (Jurnal Ekonomi Dan Keuangan)*, 12(4), 549. <https://doi.org/10.24034/j25485024.y2008.v12.i4.2094>

Siflinger, B 2022. *The Impact of Health on Wages: Evidence from Grouped Fixed Effects Estimation* (Doctoral dissertation, TILBURG UNIVERSITY).

Smith, J, Jones, R,. 2015. *The Role of Health in Determining Wage*

Differentials: Evidence from the UK.

- Sugiyono. 2015. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan RnD. Alfabeta, Bandung.
- Syafitri, N., 2019. *Pengaruh pendapatyan, pendidikan dan jumlah anggota keluarga terhadap tingkat kesejahteraan keluarga di kecamatan Medan Belawan (Doctoral dissertation, Universitas Islam Negeri Sumatera Utara)*
- Thomas, M. 2009. *The effect of obesity or disability on the wages on employees in employer- sponsored health insurance plans* (Doctoral dissertation, Georgetown University).
- Thomas, D., & Strauss, J. 1997. *Health and wages: Evidence on men and women in urban Brazil. Journal of econometrics*, 77(1), 159-185.
- Wahyuni,H. 2016. *The impact of health status and smoking behaviour on Indonesian labor wage. Economic Journal of Emerging Markets*, 8(1),1–12.
- <https://doi.org/10.20885/ejem.vol8.iss1.art1>
- Widarjono, Agus. 2018. *Ekonometrika: Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: UPP STIM YKPN.
- Yulianto, W. 2022. Pengaruh Kompetensi dan Kompensasi terhadap Kepuasan Pegawai pada Balai Pendidikan dan Pelatihan Aparatur Kementerian Kelautan dan Perikanan. *Eqien-Jurnal Ekonomi dan Bisnis*, 9(2), 1-6.
- Yusuf, M. (2023). Konsep Ergonomi Dalam Manajemen Perkantoran Pendidikan Islam: Menjaga Kesejahteraan Dan Produktivitas Karyawan. *AN NAHDLIYYAH*, 2(2), 14-32

LAMPIRAN

Lampiran 1 Penurunan Matematis Model Modal Kesehatan

Anggapan bahwa fungsi utilitas intertemporal dari seorang konsumen:

$$U = U(\phi_0 H_0, \dots, \phi_n H_n, Z_0, \dots, Z_n) \quad (2.1)$$

Di mana H_0 adalah stok kesehatan yang diwariskan, H_i adalah stok kesehatan pada periode waktu ke- i , ϕ_0 adalah aliran jasa per unit stok, $h_i = \phi_i H_i$ adalah total konsumsi “jasa kesehatan”, dan Z_i adalah total konsumsi komoditas pada periode ke- i . Secara khusus, kematian terjadi ketika $H_i = H_{min}$. Oleh karena itu, lama hidup bergantung pada jumlah H_i yang memaksimalkan utilitas dengan batasan-batasan produksi dan sumber daya tertentu.

Menurut definisi, investasi bersih dalam saham kesehatan:

$$H_{i+1} - H_i = I_i - \delta H_i \quad (2.2)$$

Di mana I_i : investasi bruto dan δ_i adalah tingkat penyusutan selama periode ke- i . tingkat penyusutan diasumsikan bersifat eksogen, tetapi dapat bervariasi sesuai usia individu. Konsumen menghasilkan investasi bruto di bidang kesehatan dan komoditas lain dalam fungsi utilitas sesuai dengan seperangkat fungsi produksi rumah tangga:

$$I_i = I_i(M_i, TH_i, E_i) \quad (2.3)$$

$$Z_i = Z_i(X_i, T_i, E_i)$$

Dalam persamaan M_i adalah perawatan medis, X_i adalah input barang dalam produksi komoditas Z_i, TH_i , dan T_i adalah input waktu, dan E_i : stok modal manusia. Diasumsikan pula bahwa semua fungsi produksi adalah homogen pada derajat I dalam input barang dan waktu. Oleh karena itu, fungsi produksi investasi bruto dapat ditulis sebagai:

$$I_i = M_i g(t_i; E_i) \quad (2.4)$$

Di mana $t_i = TH_i/M_i$. Oleh karena itu, produk marjinal dari waktu dan perawatan medis dalam produksi investasi bruto di bidang kesehatan adalah:

$$\frac{\partial I_i}{\partial TH_i} = \frac{\partial g}{\partial t_i} = g' \quad (2.5)$$

$$\frac{\partial I_i}{\partial TH_i} = g - t_i g'$$

Kendala anggaran barang menyamakan nilai sekarang dari pengeluaran untuk barang dengan nilai sekarang dari pendapatan selama hidup ditambah aset awal.

$$\sum \frac{P_i M_i + V_i X_i}{(1+r)^i} = \sum \frac{W_i T W_i}{(1+r)^i} + A_0 \quad (2.6)$$

Di mana P_i dan V_i adalah harga M_i dan X_i , W_i adalah tingkat upah, $T W_i$ adalah jam kerja, A_0 adalah pendapatan property yang didiskontokan, dan r adalah tingkat suku bunga. Kendala waktu mensyaratkan bahwa Ω adalah jumlah total waktu yang tersedia pada suatu periode, harus habis untuk semua penggunaan yang memungkinkan:

$$T W_i + T L_i + T H_i + T_i = \Omega \quad (2.7)$$

Di mana $T L_i$ adalah waktu yang hilang dari aktivitas pasar dan nonpasar karena sakit atau cedera. Model ini mengasumsikan bahwa $T L_i$ berbanding terbalik dengan stok kesehatan, yaitu $\partial T L_i / \partial H_i < 0$. Jika diukur dalam hari ($\Omega = 365$ hari jika tahun adalah periode yang relevan), dan jika \emptyset_i didefinisikan sebagai aliran hari sehat per unit dari H_i , h_i akan sama dengan jumlah total hari sehat dalam satu tahun, maka:

$$T L_i = \Omega - h_i \quad (2.8)$$

Secara lebih formal, jika tingkat depresiasi dianggap konstan, peningkatan $T H_i$ akan meningkatkan I_i dan H_{i+1} dan mengurangi $T L_{i+1}$. Dengan demikian, $T H_i$ dan $T L_{i+1}$ akan berkorelasi negatif. Dengan demikian $T W_i$ dari persamaan (2.7) ke dalam persamaan (2.6), kita akan mendapatkan batasan “kekayaan penuh”:

$$\sum \frac{P_i M_i + V_i X_i + W_i (T L_i + T H_i + T_i)}{(1+r)^i} = \sum \frac{W_i \Omega}{(1+r)^i} + A_0 = R \quad (2.9)$$

Kekayaan penuh sama dengan aset awal ditambah nilai sekarang dari pendapatan yang akan diperoleh seseorang jika ia menghabiskan seluruh waktu untuk bekerja. Sebagian dari kekayaan ia digunakan untuk membeli barang di pasar, sebagian lagi digunakan untuk waktu produksi di luar pasar, dan sebagian lagi hilang karena sakit. Kuantitas keseimbangan H_i dan Z_i sekarang dapat ditemukan dengan memaksimalkan fungsi utilitas yang diberikan oleh persamaan (2.1) dengan tunduk pada kendala yang diberikan oleh persamaan (2.2), (2.3), dan (2.9). Karena stok kesehatan yang diwariskan dan tingkat penyusutan diberikan, maka jumlah investasi bruto yang optimal menentukan jumlah modal kesehatan yang optimal.

$$\begin{aligned} \frac{\pi_{i-1}}{(1+r)^{i-1}} &= \frac{W_i G_i}{(1+r)^i} + \frac{(1-\delta_i) W_{i+1} G_{i+1}}{(1+r)^{i+1}} + \frac{(1-\delta_i) \dots (1-\delta_{n-1}) W_n G_n}{(1+r)^n} + \frac{U h_i}{\lambda} G_i + \dots + \\ &(1-\delta_i) \dots (1-\delta_{n-1}) \frac{U h_n}{\lambda} G_n \end{aligned} \quad (2.10)$$

$$\pi_{i-1} = \frac{P_{i-1}}{g-t_{i-1}g'} = \frac{W_{i-t}}{g'} \quad (2.11)$$

Simbol baru dalam persamaan ini adalah: $U h_i = \partial U / \partial h_i$ adalah utilitas marginal hari sehat; λ adalah utilitas marginal kekayaan; $G_i = \frac{\partial h_i}{\partial H_i} = -\left(\frac{\partial T L_i}{\partial H_i}\right)$ adalah produk marginal stok kesehatan dalam produksi sehat, dan π_{i-1} adalah biaya marginal investasi bruto di bidang kesehatan pada periode ke-i. Persamaan (2.10) secara sederhana menyatakan bahwa nilai sekarang dari biaya marginal investasi bruto pada periode i-1 harus sama dengan nilai sekarang dari manfaat marginal. Manfaat marginal yang didiskontokan pada usia i sama dengan:

$$G_i \left[\frac{W_i}{(1+r)^i} + \frac{U h_i}{\lambda} \right]$$

Di mana G_i adalah produk marginal dari modal kesehatan-peningkatan jumlah hari sehat yang disebabkan oleh peningkatan satu unit

stok kesehatan. Persamaan (2.10) menentukan jumlah investasi bruto yang optimal pada periode $i - 1$, persamaan (2.11) menunjukkan kondisi untuk meminimalkan biaya untuk memproduksi sejumlah investasi bruto. Biaya total diminimalkan ketika peningkatan investasi bruto dari pengeluaran satu dolar tambahan tepat waktu karena fungsi produksi investasi bruto adalah homogen dengan derajat 1 dan karena harga perawatan medis dan waktu tidak bergantung pada tingkat input ini, biaya rata-rata investasi bruto adalah konstan dan sama dengan biaya marginal.

Untuk melihat kekuatan yang dipengaruhi permintaan kesehatan dan investasi bruto, ada baiknya kita mengubah persamaan (2.10) ke dalam bentuk yang sedikit berbeda. Jika investasi bruto pada periode i adalah positif, maka:

$$\frac{\pi_i}{(1+r)^i} = \frac{W_{i+1}G_{i+1}}{(1+r)^{i+1}} + \frac{(1-\delta_{i+1})W_{i+2}G_{i+2}}{(1+r)^{i+1}} + \frac{(1-\delta_{i+1})\dots(1-\delta_{n-1})W_nG_n}{(1+r)^n} + \frac{Uh_{i+1}G_{i+1}}{\lambda} + \dots + (1-\delta_{i+1}) \dots (1-\delta_{n-1}) \frac{Uh_nG_n}{\lambda} \quad (2.12)$$

$$G_i \left[W_i + \left(\frac{Uh_i}{\lambda} \right) \mathbf{1} + r^i \right] = \pi_{i-1} (r - \tilde{\pi}_{i-1} + \delta_i) \quad (2.13)$$

Di mana $\tilde{\pi}_{i-1}$ adalah persentase tingkat biaya marginal antara periode $i - 1$ dan periode i . Persamaan (2.13) mengimplikasikan bahwa nilai tak terdiskonto dari produk marginal dari stok modal kesehatan yang optimal pada suatu saat harus sama dengan harga penawaran modal $\pi_{i-1}(r - \tilde{\pi}_{i-1} + \delta_i)$, dan yang terakhir berisi komponen bunga, depresiasi, dan keuntungan modal dan dapat ditafsirkan sebagai harga sewa atau biaya pengguna modal kesehatan. Kondisi persamaan (2.13) sepenuhnya menentukan permintaan barang modal yang dapat dibeli dan dijual di pasar yang sempurna. Dalam pasar seperti ini, jika perusahaan atau rumah tangga membeli satu unit barang pada periode $i - 1$ dengan harga π_{i-1} , maka mereka dapat menjual $(1 - \delta_i)$ unit dengan harga π_i pada akhir periode i . Akibatnya, $\pi_{i-1}(r - \tilde{\pi}_{i-1} + \delta_i)$ mengukur biaya memegang satu unit modal selama satu periode.

Dalam model ini, stok modal kesehatan tidak dapat dijual di pasar modal, sama seperti stok pengetahuan. Ini berarti investasi bruto haruslah tidak negatif. Meskipun penjualan modal kesehatan dikesampingkan, asalkan investasi bruto positif, ada biaya modal yang digunakan dalam keseimbangan harus sama dengan nilai produk marginal dari saham. Bentuk yang sedikit berbeda dari persamaan (2.13) muncul jika kedua sisi dibagi dengan biaya marginal dari investasi bruto:

$$\gamma_i + \alpha_i = r - \tilde{\pi}_{i-1} + \delta_i \quad (2.13')$$

$\gamma_i = (W_i G_i) / \tilde{\pi}_{i-1}$ adalah tingkat pengembalian moneter marginal atas investasi di bidang kesehatan dan $\alpha = \left[\frac{(U^h_i)}{\lambda} (1+r)^i G_i \right] / \tilde{\pi}_{i-1}$ adalah tingkat pengembalian psikis. Dalam keseimbangan, tingkat pengembalian total atas investasi di bidang kesehatan harus sama dengan biaya penggunaan modal kesehatan dalam hal harga investasi bruto. Variabel yang terakhir ini didefinisikan sebagai jumlah dari tingkat bunga riil dan tingkat penyusutan.

$$\frac{W_i G_i}{\pi_{i-1}} = \gamma_i = r - \tilde{\pi}_{i-1} + \delta_i \quad (2.14)$$

Persamaan (2.14) dapat diturunkan secara eksplisit dengan mengecualikan kesehatan dari fungsi utilitas dan dengan mendefinisikan ulang kendala kekayaan penuh sebagai

$$\mathbf{R}' = A_0 + \sum \frac{W_i h_i - \pi_i I_i}{(1+r)^i} \quad (2.15)$$

Memaksimalkan \mathbf{R}' sehubungan dengan investasi bruto pada periode $i - 1$ dan hasil i adalah

$$\frac{\pi_{i-1}}{(1+r)^{i-1}} = \frac{W_i G_i}{(1+r)^i} + \frac{(1-\delta_i)W_{i+1}G_{i+1}}{(1+r)^{i+1}} + \dots + \frac{(1-\delta_{n-1})W_n G_n}{(1+r)^n} \quad (2.16)$$

$$\frac{\pi_i}{(1+r)^i} = \frac{W_{i+1}G_{i+1}}{(1+r)^{i+1}} + \frac{(1-\delta_{i+1})W_{i+2}G_{i+2}}{(1+r)^{i+2}} + \dots + \frac{(1-\delta_{n-1})W_n G_n}{(1+r)^n} \quad (2.17)$$

Kedua persamaan ini mengimplikasikan bahwa persamaan (2.14) harus digunakan.

Lampiran 2 Hasil Regresi

```

Linear regression              Number of obs   =    6,714
                              F(14, 6699)    =   215.44
                              Prob > F              =    0.0000
                              R-squared             =    0.3328
                              Root MSE         =    .86158

```

Inupah	Coefficient	Robust std. err.	t	P> t	[95% conf. interval]	
keadaan_kesehatan	-.053863	.0221145	-2.44	0.015	-.0972144	-.0105116
1.keadaan_kesehatan	0	(omitted)				
informal						
1:informal	-.586074	.0910992	-6.43	0.000	-.7646575	-.4074906
keadaan_kesehatan#informal						
1#1:informal	-.2356826	.1197426	-1.97	0.049	-.4704162	-.0009489
informal	0	(omitted)				
asuransi	-.0181166	.3675511	-0.05	0.961	-.7386338	.7024006
educ	.1628884	.0123054	13.24	0.000	.138766	.1870109
merokok	-.0023338	.0269465	-0.09	0.931	-.0551576	.0504899
pengalaman	.074579	.0129991	5.74	0.000	.0490967	.1000613
pengalaman2	-.0005454	.0000716	-7.61	0.000	-.0006859	-.000405
male	.3672269	.0355837	10.32	0.000	.2974715	.4369822
usia	-.0417757	.0122755	-3.40	0.001	-.0658397	-.0177118
urban	.1447315	.0257314	5.62	0.000	.0942899	.1951732
hhstat	.176845	.0299962	5.90	0.000	.1180429	.2356471
primer	.1768727	.0399355	4.43	0.000	.0985864	.255159
karakterpekerjaan	-.1248892	.0298208	-4.19	0.000	-.1833475	-.0664308
_cons	12.53736	.3821393	32.81	0.000	11.78825	13.28648

Lampiran 3 Hasil Uji Asumsi Klasik

Multikolinearitas

Variable	VIF	1/VIF
keadaan_ke~n	1.12	0.892441
1.informal	2.59	0.386423
keadaan_ke~n# informal		
1 1	2.22	0.451381
asuransi	1.00	0.997572
educ	22.99	0.043493
merokok	1.95	0.513911
pengalaman	222.62	0.004492
pengalaman2	9.38	0.106633
male	2.55	0.392057
usia	170.19	0.005876
urban	1.09	0.919145
hhstat	1.88	0.532606
primer	1.45	0.690400
karakterpe~n	1.04	0.966097
Mean VIF	31.57	

Heteroskedastisitas

Breusch-Pagan/Cook-Weisberg test for heteroskedasticity

Assumption: Normal error terms

Variable: Fitted values of lnupah

H0: Constant variance

chi2(1) = 155.17

Prob > chi2 = 0.0000