

Daftar Inventarisasi Masalah RUU Kesehatan:

Menempatkan Kader Kesehatan dalam RUU Kesehatan

Koalisi Kesejahteraan Kader Kesehatan

Ringkasan Eksekutif

RUU Kesehatan akan mempengaruhi kehidupan semua warga Indonesia, dan oleh karena itu proses legislasinya perlu dicermati. Kritik dalam proses pada awal pembuatan naskah RUU Kesehatan mengiringi penyusunan, mulai dari minimnya pelibatan masyarakat sipil dalam proses dan terbatasnya akses publik terhadap naskah awal. Hal ini sudah ditanggapi pihak Kementerian Kesehatan melalui *Public Hearing*. Koalisi Kesejahteraan Kader Kesehatan menyambut baik upaya ini dengan mengirimkan Daftar Inventarisasi Masalah (DIM) sebagai masukan untuk RUU Kesehatan.

Koalisi Kesejahteraan Kader Kesehatan menyoroti isu Kader Kesehatan sesuai dengan pengalaman program dan kajian organisasi masyarakat sipil selama ini. Pada bulan April 2023, koalisi telah mengadakan diskusi secara informal dengan berbagai organisasi masyarakat sipil yang memiliki perhatian pada isu hak dan pengakuan kader selaku tenaga pendukung atau penunjang kesehatan. Hasil diskusi tersebut menjadi pijakan analisis dokumen ini. Koalisi berusaha memastikan bahwa rekomendasi yang diberikan adalah rekomendasi dari berbagai perwakilan masyarakat sehingga bersifat inklusif.

Koalisi Kesejahteraan Kader Kesehatan mendorong adanya perubahan fundamental terkait dengan kondisi kesejahteraan kader seiring dengan meningkatnya beban dan tuntutan terhadap kader kesehatan. Selain itu, koalisi menuntut adanya pengakuan kader sebagai bagian tidak terpisahkan dari sistem kesehatan sehingga perlu ada perubahan struktural mengenai posisi kader dalam sistem kesehatan kita. Melalui DIM ini, koalisi merekomendasikan adanya pemberian insentif wajib kepada kader kesehatan (Pasal 36 RUU Kesehatan atau Pasal 21J (6) DIM Pemerintah RUU Kesehatan); serta mendorong diakuinya posisi Kader Kesehatan sebagai Sumber Daya Manusia Kesehatan yaitu tenaga pendukung kesehatan (Pasal 193) sebagaimana yang direkomendasikan oleh WHO pada dokumen panduan *health policy and system support to optimize community health worker programmes* dan sesuai klasifikasi *International Classification of Health Workers*.

Kami merekomendasikan agar tim penyusun RUU Kesehatan di bawah Kementerian Kesehatan dan Badan Legislatif DPR RI untuk menghapus, mengubah ayat dan/atau pasal penjelas untuk memperkuat sistem kesehatan nasional melalui momentum penyusunan RUU Kesehatan



Daftar Inventarisasi Masalah untuk Perbaikan RUU Kesehatan
Koalisi Kesejahteraan Kader Kesehatan

Topik: Kader Kesehatan sebagai Sumber Daya Manusia Kesehatan

Bunyi Pasal dan Penjelasan		Catatan Koalisi	Rekomendasi Koalisi	
Draf DPR (7 Feb 2023)	Naskah DIM Pemerintah (13 April 2023)		Draf DPR (7 Feb 2023)	Naskah DIM Pemerintah (13 April 2023)
<p>Pasal 36 Dalam penyelenggaraan Upaya Kesehatan bersumber daya masyarakat, Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah dapat memberikan penghargaan dan/atau insentif kepada kader, tenaga pendamping, dan/atau</p>	<p>Pasal 21J (6) Dalam penyelenggaraan pelayanan sosial dasar bidang kesehatan di pos pelayanan terpadu, Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah atau Pemerintah Desa dapat memberikan insentif kepada kader.</p>	<p>Kader layak mendapatkan kepastian imbalan jasa atau upah atas perannya sebagai bagian Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK).</p> <p>Pengakuan kader sebagai SDMK tenaga penunjang atau pendukung kesehatan penting karena hak dan kewajiban kader sepatutnya juga dilindungi secara hukum seperti hak dan kewajiban tenaga kesehatan dan tenaga medis yang tertera pada Pasal 282 - 284. Ketergantungan sistem kesehatan terutama layanan kesehatan primer pada kader yang bersifat sukarela sudah tidak sesuai dengan agenda internasional terkait pekerjaan yang layak (SDG 8 -</p>	<p>Pasal 36 diubah menjadi</p> <p>(1) Dalam penyelenggaraan Upaya Kesehatan bersumber daya masyarakat, terutama kader, termasuk di dalamnya tenaga pendamping, dan/atau masyarakat berhak menerima upah.</p> <p>(2) Dalam pemenuhan hak kader untuk menerima upah</p>	<p>Pasal 21J (6) diubah menjadi</p> <p>Dalam penyelenggaraan pelayanan sosial dasar bidang kesehatan di pos pelayanan terpadu, kader kesehatan berhak mendapatkan upah dari Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah atau Pemerintah Desa dan dapat digabungkan dengan sumber lain</p>

<p>masyarakat.</p>		<p>mempromosikan pekerjaan yang layak dan pertumbuhan ekonomi). WHO (2018) melalui <i>Guideline on Health Policy and System Support to Optimize CHW Programmes</i> merekomendasikan remunerasi kader kesehatan berdasarkan dengan tuntutan pekerjaan, kompleksitas, jumlah jam kerja, pelatihan dan tupoksi. Hal ini juga sejalan dengan rekomendasi International Labour Organization tahun 2018.</p> <p>Selama ini, CISDI melalui intervensi di lapangan menemukan bahwa pemberian insentif bagi kader tidak dapat dijamin oleh anggaran pemerintah desa maupun daerah karena tidak ada aturan yang mengharuskan adanya anggaran tersebut. Tidak adanya aturan tersebut membuat tidak adanya standarisasi insentif kader, baik dari segi jumlah penerima maupun besaran uangnya. Oleh karena itu mekanisme kompensasi dan umpan balik atas performa kader harus dimulai dari pengakuan hak dasar kader dimulai dari dasar hukum yang tertinggi, yakni RUU Kesehatan. Apabila melihat Pasal 36, pemberian imbalan jasa / insentif terhadap kader masih bersifat sukarela karena menggunakan kata “dapat”.</p>	<p>sebagaimana yang disebutkan dalam pasal 1, Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah harus menetapkan kewajiban pengupahan. (3) Pemerintah Daerah dalam melaksanakan kebijakan pengupahan wajib berpedoman pada kebijakan Pemerintah Pusat. (4) Kebijakan pengupahan sebagaimana disebut dalam ayat (2) meliputi: upah minimum, struktur dan skala upah, bentuk dan cara pembayaran upah (5) Ketentuan lebih lanjut mengenai kebijakan pengupahan diatur dalam Peraturan Pemerintah.</p>	<p>yang sah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.</p>
--------------------	--	--	--	--

		<p>Penggunaan kata "dapat" secara hukum biasanya bersifat diskresioner, atau dibebaskan pada pengambil kebijakan. Tidak ada sanksi yang berlaku jika kewenangan tidak dijalankan, sehingga pemberian insentif kader boleh dilakukan boleh juga tidak. Oleh karena itu, menyesuaikan dengan adanya penguatan sistem kesehatan nasional, maka pasal 36 perlu direvisi secara substansi.</p> <p>CISDI merekomendasikan remunerasi kader ditetapkan berdasarkan jam kerja, jumlah hari kerja, jumlah kepala keluarga yang dikunjungi per hari, dan target KK yang dikunjungi atau tugas lainnya per bulan. Nominal upah yang ditetapkan harus dari hasil kajian literatur praktik negara lain terkait kader / <i>community health workers</i>, survei kebutuhan kader di Indonesia, kebutuhan masyarakat daerah, dan kapasitas pemerintah.</p> <p>Remunerasi penting karena penelitian menemukan bahwa kader memiliki performa yang lebih baik dengan adanya insentif finansial. Penelitian Gadsden et al. (2021) di Malang menunjukkan bahwa</p>		
--	--	--	--	--

		<p>pemberian insentif finansial lebih disukai oleh kader dibandingkan pemberian insentif non-finansial, terutama karena insentif finansial dapat membantu pembiayaan kebutuhan rumah tangga mereka. Performa kader yang mendapat insentif finansial juga ditemukan meningkat setelah adanya skema pemberian insentif finansial pada penelitian tersebut. Kajian publikasi internasional juga menemukan bahwa insentif finansial lebih meningkatkan performa kader dibandingkan insentif seperti sembako atau insentif non-finansial lainnya (Kok et al., 2014).</p>		
<p>Pasal 193 ayat (17) Tenaga penunjang atau pendukung kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d antara lain tenaga administrasi,</p>	<p>Pasal 193C Dalam rangka mendukung dan menunjang pelayanan kesehatan, Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 193 huruf a dan huruf b dapat</p>	<p>Kader Kesehatan harus diakui sebagai bagian sumber daya manusia kesehatan.</p> <p>Terkait Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) yang dilaksanakan oleh kader sesuai pasal 34 ayat 4, kami ingin mengusulkan kejelasan status dan hak kader kesehatan. Kader masih belum masuk secara eksplisit ke dalam klasifikasi sumber daya manusia kesehatan (SDMK). Pada pasal 193 ayat 17 dapat dilihat bahwa kader kesehatan tidak termasuk klasifikasi tenaga</p>	<p>Koalisi tetap mengusulkan agar kader kesehatan terkategori sebagai tenaga kesehatan pembantu sesuai dengan klasifikasi <i>International Classification of Health Workers.</i></p>	<p>Penjelasan Pasal 193C ditambah</p> <p>Pasal 193C Ayat (1) Yang dimaksud dengan “tenaga penunjang atau pendukung” antara lain asisten tenaga kesehatan, tenaga administrasi, tenaga keuangan, petugas</p>

<p>tenaga keuangan, petugas pemulasaran jenazah, dan supir ambulans.</p> <p>Penjelasan pasal 193: Ayat (17) Cukup jelas</p>	<p>dibantu oleh tenaga penunjang atau pendukung kesehatan.</p> <p>Penjelasan Pasal 193C Pasal 193C Ayat (1) Yang dimaksud dengan “tenaga penunjang atau pendukung” antara lain asisten tenaga kesehatan, tenaga administrasi, tenaga keuangan, petugas pemulasaran jenazah, dan supir ambulans.</p>	<p>pendukung atau penunjang kesehatan. Padahal <i>World Health Organization</i> (2019) (WHO) telah memasukkan kader kesehatan (<i>community health workers / CHW</i>) ke dalam kategori tenaga kesehatan pembantu (<i>health associate professionals</i>) berdasarkan klasifikasi <i>International Classification of Health Workers</i>.</p> <p>Kader kesehatan adalah perpanjangan tangan tenaga medis dan tenaga kesehatan terutama di daerah dengan rasio tenaga kesehatan di Indonesia yang masih kurang dan mengatasi disparitas akses terutama pada daerah tertinggal, terdepan, terluar (3T). Kader kesehatan mampu dengan cepat memobilisasi dan menyentuh kelompok rentan di komunitas. Di Indonesia, jumlah kader kesehatan yang terkini tidak diketahui secara pasti karena sistem pencatatan kader juga belum baku. Kader yang direkrut atau mengajukan diri secara sukarela / <i>voluntary</i> menyebabkan perbedaan pencatatan, pelatihan, dan pendayagunaan pada tiap wilayah di Indonesia. Kementerian Kesehatan (2012) menyatakan estimasi jumlah posyandu di Indonesia sebanyak 266.827 dan terdapat</p>	<p>Sehingga perlu ditambahkan pada pasal 193 ayat ke-17:</p> <p>(17) Tenaga penunjang atau pendukung kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d antara lain tenaga administrasi, tenaga keuangan, petugas pemulasaran jenazah, supir ambulans, dan kader kesehatan.</p> <p>Diubah pada penjelasan pasal 193: Ayat (17) <u>Yang dimaksud dengan kader kesehatan adalah sumber daya manusia kesehatan yang dipilih oleh masyarakat, memenuhi kriteria guna menunjang kompetensi yang diharapkan, dilatih</u></p>	<p>pemulasaran jenazah, supir ambulans, dan kader kesehatan.</p>
--	--	---	---	---

		<p>sekitar 3 sampai 4 orang kader per posyandu, berarti ada lebih dari 1 juta kader posyandu. Kemungkinan besar angka ini sudah meningkat karena jumlah posyandu yang juga meningkat.</p> <p>Kajian publikasi internasional terkait kader kesehatan menunjukkan bahwa peran kader penting dalam menurunkan angka malnutrisi, angka kematian bayi, angka kematian anak di bawah 5 tahun, peningkatan status kesehatan perempuan, penanggulangan HIV/AIDS, TB, Diabetes, Hipertensi, bahkan membantu skrining kanker (Perry et al., 2014). Pada tahun 2022, Kementerian Kesehatan juga merencanakan bahwa terkait Integrasi Layanan Primer kader akan berperan dengan melakukan kunjungan rumah, pengecekan buku KIA, identifikasi warga yang putus pengobatan, dan sebagainya. Kader diminta berperan dalam pelayanan KIA, penanggulangan penyakit menular seperti TB, dan penanggulangan PTM termasuk kanker. Jadi dapat dilihat bahwa peran kader adalah peran esensial dalam layanan kesehatan primer.</p>	<p>untuk mendapatkan sertifikasi berjenjang, dan berkemampuan untuk menggerakkan masyarakat untuk berpartisipasi dalam upaya pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan serta memiliki kemampuan untuk mendampingi serta membantu proses pengambilan keputusan yang dilakukan oleh masyarakat dalam mengadopsi inovasi di bidang kesehatan. Kader berperan dalam mendukung upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, paliatif, juga surveilans pencegahan dan penanggulangan wabah. Kader dapat dilatih secara spesialistik seperti</p>	
--	--	---	--	--

		<p>Agar kader dapat melakukan tugas dengan berkesinambungan, maka proses pengadaan, pelatihan, dan pendayagunaan kader harus menjadi lebih efisien melalui gerakan pelembagaan kader. Gerakan ini juga sudah disuarakan oleh masyarakat global. WHO (2018) juga sudah membuat panduan bagaimana sebaiknya mengoptimalkan peran kader kesehatan. Pada panduan tersebut ditekankan bahwa kader kesehatan adalah elemen penting dari layanan primer yang terintegrasi. Pelembagaan kader kesehatan bukan berarti hanya berfokus pada insentif yang diberikan, melainkan lebih kepada rekognisi bahwa kader kesehatan adalah tenaga kerja yang memiliki hak untuk bekerja dengan aman, memiliki ruang lingkup pekerjaan yang terdokumentasi, pelatihan, dan mekanisme untuk mendapatkan umpan balik atas hasil kerjanya.</p> <p>Pelembagaan kader penting untuk meregistrasikan kader, memetakan jumlah dan lokasi kader sebagai sumber daya kesehatan garda terdepan, membuat struktur pelatihan yang berkesinambungan,</p>	<p>menjadi kader KIA, kader remaja, kader lansia, dan sebagainya.</p>	
--	--	--	---	--

		<p>memastikan kualitas layanan dengan standar kompetensi, menerapkan standar pelayanan minimal kader, dan melakukan monitoring dan evaluasi rutin agar kader mengetahui besarnya kontribusi mereka dan dapat mengembangkan kapasitas.</p> <p>Pada penelitian yang dilakukan di 4 negara di Afrika, saat pandemi COVID-19, daerah yang kadernya mendapat pelatihan, insentif, APD sesuai rekomendasi WHO mampu mempertahankan kecepatan dan cakupan layanan kesehatan masyarakat (Ballard et al., 2021; Ballard et al., 2022).</p> <p>Kajian CISDI (2021) sebelumnya yang menggunakan metode <i>Foresight</i> untuk Masa Depan Layanan Kesehatan Primer merekomendasikan adanya program pelatihan sekitar 6 - 12 bulan untuk menghasilkan kader secara formal. Pelatihan penyegaran juga dilaksanakan secara berkala dan terpadu. Kader formal ini juga seharusnya menerima gaji/insentif dengan besaran yang jelas secara rutin. Kapasitas yang bisa dilatih juga tidak hanya upaya promotif preventif dan di-limitasi hanya untuk kesehatan ibu dan anak,</p>		
--	--	---	--	--

		<p>melainkan bisa diperluas untuk berbagai tantangan kesehatan seperti penanggulangan penyakit tidak menular, surveilans penyakit infeksi <i>emerging re-emerging</i>, dan sebagainya.</p> <p>Pemberian pelatihan yang terstruktur dan insentif untuk kader ditujukan agar kader kesehatan mendapat kebanggaan dan merasa bahwa menjadi kader adalah bagian dari identitas diri. Hal ini mendukung performa mereka dan juga menunjukkan masyarakat bahwa kader adalah seorang ahli, sehingga dapat menambah rasa kepercayaan dari masyarakat. Selain itu, kapasitas kader pun akan meningkat dan dapat mengatasi tantangan kesehatan seiring perubahan di masa depan. Saat ini pelatihan kader di Indonesia hanya 3 hari, padahal pelatihan kader di Kenya selama 10 hari, Malawi 12 minggu, Mozambique 4 bulan, dan Ethiopia 1 tahun (Kok et al., 2017).</p> <p>Di Surabaya sudah ada inisiatif untuk melembagakan kader kesehatan melalui inovasi Kader Surabaya Hebat yang diatur Peraturan Walikota Surabaya Nomor 14 Tahun 2022. Melalui perwali tersebut, surat</p>		
--	--	--	--	--

		<p>keterangan kerja kader dikeluarkan langsung oleh walikota. Setiap RT memiliki 8 - 10 kader sehingga totalnya ada 45.000 kader dengan rasio kader dan masyarakat di Surabaya 1:60 orang. Insentif KSH adalah Rp 500.000,-. Kader Surabaya Hebat melibatkan pihak Dinas Kesehatan, Dinas Lingkungan Hidup, dan Dinas Sosial, yang menunjukkan adanya integrasi peran kader. Tentunya inisiatif serupa akan lebih baik bila dilaksanakan di seluruh Indonesia dan disesuaikan dengan kebutuhan populasi di daerah dan kapasitas pemerintah daerahnya masing-masing, didukung oleh pemerintah nasional.</p> <p>Perlu diingat bahwa pelembagaan kader tidak mengurangi peran komunitas tiap daerah untuk bekerja dengan sukarela, memilih, dan berpartisipasi sebagai kader kesehatan. Terlebih, peran kader kesehatan meskipun sangat penting juga tetap terkait dengan ketersediaan sarana prasarana lain di tiap daerah. Harus ada perubahan yang radikal dalam melihat peran kader dari yang berbasis kerelawanan saja menjadi kerelawanan yang profesional dimana mereka mendapat pelatihan yang terstandar,</p>		
--	--	--	--	--

		<p>mekanisme pelaporan-feedback dan insentif yang sesuai. Perubahan ini akan memiliki implikasi yang besar karena menciptakan ekosistem yang mendukung bagi kader sebagai bagian formal dalam sumber daya pembangunan kesehatan, termasuk regenerasi kader kesehatan yang saat ini didominasi oleh kelompok usia 40-60an.</p> <p>Agar kader dapat melakukan tugas dengan berkesinambungan, maka proses pengadaan, pelatihan, dan pendayagunaan kader harus menjadi lebih efisien melalui gerakan pelembagaan kader. Gerakan ini juga sudah disuarakan oleh masyarakat global. WHO (2018) juga sudah membuat panduan bagaimana sebaiknya mengoptimalkan peran kader kesehatan. Pada panduan tersebut ditekankan bahwa kader kesehatan adalah elemen penting dari layanan primer yang terintegrasi. Pelembagaan kader kesehatan bukan berarti hanya berfokus pada insentif yang diberikan, melainkan lebih kepada rekognisi bahwa kader kesehatan adalah tenaga kerja yang memiliki hak untuk bekerja dengan aman, memiliki ruang lingkup pekerjaan yang terdokumentasi,</p>		
--	--	---	--	--



Stop TB Partnership Indonesia



		pelatihan, dan mekanisme untuk mendapatkan umpan balik atas hasil kerjanya.		
--	--	---	--	--

Rekomendasi dan Masukan Koalisi terkait Substansi Baru dari DIM Pemerintah

Pasal / Ayat	Bunyi	Rekomendasi dan Masukan
Pasal 21 G (6)	Unit pelayanan kesehatan tingkat desa/kelurahan sebagaimana dimaksud pada ayat (5) paling sedikit dilaksanakan oleh kader kesehatan yang ditugaskan oleh desa dan tenaga kesehatan.	Perlu dipertahankan
Pasal 21 J (4)	Pos pelayanan terpadu sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan oleh kader dan/atau masyarakat.	Perlu dipertahankan
Pasal 21 J (5)	Dalam rangka pelayanan sosial dasar bidang kesehatan di pos pelayanan terpadu, dilakukan pembinaan teknis dan peningkatan kemampuan kader oleh unit kesehatan di desa dan Puskesmas.	Perlu dipertahankan