

Kader Kesehatan untuk Perwujudan Kesehatan Masyarakat: Masukan Peraturan Turunan UU Kesehatan

Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives (CISDI)

Pesan Kunci

- Kader kesehatan perlu dipandang sebagai investasi jangka panjang dalam sistem kesehatan nasional. Kebijakan-kebijakan saat ini masih dapat ditingkatkan agar dapat memastikan perlindungan hak kader kesehatan, salah satunya untuk mendapatkan insentif pekerja layak di sektor kesehatan.
- Perlu adanya regulasi yang mengatur dan menjelaskan terkait remunerasi insentif kader kesehatan, rekrutmen, standarisasi kompetensi, monitoring kinerja kader kesehatan. Standarisasi pemberian besaran insentif diperlukan dengan mempertimbangkan tuntutan pekerjaan, kompleksitas, jumlah jam kerja, pelatihan dan peran bagi kader kesehatan. Hal ini agar kader kesehatan dapat bekerja optimal mendukung transformasi sistem kesehatan.

Melalui dokumen kebijakan ini, CISDI akan menjelaskan lebih rinci mengapa peraturan turunan UU Kesehatan perlu memperhatikan dua hal penting dalam tata kelola kader kesehatan, yakni 1) peningkatan kompetensi serta retensi kader kesehatan, dan 2) insentif layak bagi kader kesehatan.

Analisa Situasional

Kader kesehatan telah diakui sebagai pengelola / pelaksana kegiatan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) pada UU Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Hal ini membuktikan bahwa pemerintah sudah mengakui posisi kader kesehatan sebagai salah satu komponen sistem kesehatan, meskipun kader kesehatan belum dimasukkan sebagai tenaga pendukung / penunjang kesehatan atau sumber daya manusia kesehatan (SDMK)¹.

Namun, selayaknya pekerja lain di sektor kesehatan, kader kesehatan perlu diposisikan sebagai pekerja layak yang hak dan kewajibannya diatur dengan regulasi yang memadai. Hak yang dimaksud ialah peningkatan kompetensi dan pemberian insentif finansial dan non-finansial.

Kementerian Kesehatan menyebutkan jika kader kesehatan harus menguasai dua puluh lima kompetensi dasar yang terbagi sesuai dengan siklus hidup (*Kementerian Kesehatan*, 2023).² Akan tetapi, banyaknya kompetensi yang harus dikuasai belum berbanding lurus dengan apresiasi yang kader kesehatan dapatkan. Padahal, World Health Organization (WHO) dalam Panduan mengenai Integrasi *Community Health Workers* ke Sistem Kesehatan menyebutkan pemberian insentif finansial dan non-finansial bagi kader kesehatan berdampak meningkatkan motivasi, mengurangi hambatan pekerjaan, serta mendorong keberlanjutan program kesehatan (WHO, 2018). Upaya baik telah dilakukan pemerintah dengan menjamin pemberian insentif bagi kader dalam UU Kesehatan (Pasal 36 ayat 5). Akan tetapi, hal ini perlu dikawal dengan seksama, khususnya terkait dengan komitmen pemerintah pusat dan

¹ Pasal 200 ayat 1 dan pasal penjelasan (1): Tenaga pendukung atau penunjang kesehatan, antara lain, berupa, tenaga biologi, tenaga administratif, pramusaji, tenaga keuangan, petugas pemulasar jenazah, dan petugas ambulans.

²

<https://ayosehat.kemkes.go.id/integrasi-layanan-primer-mela-lui-posyandu>

daerah dalam mengalokasikan anggaran terhadap insentif kader kesehatan.

Di Indonesia, kader kesehatan saat ini masih terbagi dalam banyak nama dan pembagian peran khusus misalnya kader TB, Stunting, Malaria. WHO berpendapat jika model yang hanya didasarkan pada spesialisasi dapat membawa risiko fragmentasi di perawatan, dan lebih mengusulkan mengadopsi model kader kesehatan polivalen (multi-modal), yang dapat memahami kebutuhan masyarakat dan menyediakan layanan sesuai dengan perspektif holistik (WHO, 2018). Oleh karenanya CISDI mendorong pelembagaan kader kesehatan untuk menjamin hak serta kewajiban dalam penguatan posisi kader kesehatan dalam sistem kesehatan di Indonesia.

Rekomendasi

A. Mendorong peningkatan kompetensi dan retensi kader kesehatan

Pemerintah perlu memperbaiki proses rekrutmen kader kesehatan secara profesional dan berkelanjutan. Selama ini rekrutmen kader kesehatan didasarkan pada penunjukan pemangku kepentingan di tingkat lokal seperti kepala desa/lurah (*Permenkes Nomor 8 Tahun 2019*), dan proses penunjukan kader kesehatan ini kerap dipengaruhi situasi politik desa yang akhirnya berpengaruh terhadap kualitas layanan kesehatan. Oleh karenanya, pemerintah harus memperbaiki proses rekrutmen dari kader kesehatan salah satunya lewat pembuatan petunjuk teknis dari pemerintah pusat atau daerah yang dapat dituangkan dalam Rancangan Peraturan Pemerintah (RPP) bidang kesehatan. Terlebih saat ini layanan kesehatan primer telah perlahan bertransformasi dengan diintegrasikannya Posyandu ke dalam

Kelembagaan Desa, sebagai salah satu jenis Lembaga Kemasyarakatan Desa (LKD).

Untuk menjaga retensi serta meningkatkan kualitas kader kesehatan selaku SDMK, diperlukan perbaikan proses perekrutan dan pemberian kompetensi secara berjenjang. WHO merekomendasikan proses perekrutan memperhatikan gender, jenjang pendidikan, keberterimaan masyarakat dan kapasitas serta pengalaman kandidat kader kesehatan (WHO, 2018) – kategori ini dapat menjadi acuan dalam menganalisa pembagian tugas kerja kader kesehatan berdasarkan kapasitas kompetensi dan pendidikan kandidat kader kesehatan.

Kader kesehatan di Indonesia masih banyak berstatus relawan. Kerelawanannya tidak boleh menjadi alasan pemerintah untuk tidak menggunakan mekanisme perekrutan yang merit dan profesional. Jika pemerintah ingin menciptakan kader kesehatan yang profesional dan berkompeten, perlu ada pelatihan standar (dasar) sebelum kader dapat turun melakukan intervensi ke masyarakat. Kader kesehatan harus diikutsertakan dalam program orientasi atau pelatihan yang sesuai (*Jaskiewicz & Deussom, 2013*).

Brazil dan Iran telah menerapkan perekrutan kader kesehatan yang mengedepankan profesionalisme dan prinsip meritokrasi. Dalam menetapkan kader kesehatan / *Agente comunitário de saúde* (ACS), Brazil mengimplementasikan tes tertulis dan wawancara yang diselenggarakan oleh pemerintah kota. Sementara dalam studi kasus Iran, proses rekrutmen kader kesehatan dipimpin oleh komite rekrutmen *Behvarz* yang juga mengimplementasikan metode tes tertulis dan wawancara bagi kandidat kader

kesehatan. Komite tersebut juga memperhatikan kualifikasi yang dibutuhkan seperti gelar pendidikan, gender, dan asal daerah kader dari area layanan (Schleiff *et al.*, 2021).

Proses perekrutan kader kesehatan di Indonesia memerlukan standar acuan yang jelas. Oleh karena itu, pemerintah perlu merevisi *Permendagri Nomor 18 Tahun 2018 (Tentang Lembaga Kemasyarakatan Desa dan Adat)* dan *Permenkes Nomor 8 Tahun 2019 (Tentang Pemberdayaan Masyarakat Dibidang Kesehatan)*, untuk memberikan landasan regulasi dalam merekrut kader kesehatan secara profesional. Selain itu, pemerintah dapat mengadopsi dan memodifikasi praktik baik negara lain dalam membuat **komite atau tim pendamping kader khusus yang melibatkan lintas sektor** dalam hal ini melibatkan dinas kesehatan, dinas lingkungan hidup, kependudukan dan catatan sipil, pemerintah desa, TP-PKK Kecamatan dan TP-PKK Kelurahan, dengan Puskesmas sebagai koordinator. Tim pendamping kader bertugas memimpin proses perekrutan kader kesehatan, menentukan klasterisasi, serta *monitoring evaluasi kinerja kader kesehatan*. Tim ini juga dapat membantu pemangku kebijakan setempat dalam membuat skema pengupahan bagi kader kesehatan dan dapat terlibat dalam proses pengawasan distribusinya insentif bagi kader kesehatan.

Dengan adanya kebijakan Integrasi Layanan kesehatan Primer (ILP) (Kepmenkes HK.01.07/2023), maka ekspektasi terhadap kerja dan kompetensi kader kesehatan semakin tinggi. Sebagai gambaran, saat ini kader kesehatan harus dapat menguasai 25 kompetensi dasar.

25 keterampilan dasar kader bidang kesehatan

Keterampilan Pengelolaan Posyandu	Keterampilan Bayi dan Balita	Keterampilan Ibu Hamil, Menyusui	Keterampilan Usia Sekolah & Remaja	Keterampilan Usia Produktif & Lansia
1. Mengelola pokok bahasan untuk seluruh siklus hidup	2. Melakukan Pengawasan Buku KIA dan Pengawasan Ibu	3. Mengelola Pengawasan B.A.U. IKA dan Pengawasan Ibu	4. Melakukan pemeriksaan kesehatan dan pengawasan kesehatan pada ibu hamil dan remaja	5. Melakukan penyuluhan dan cek kesehatan bagi ibu hamil dan remaja
2. Melakukan pencatatan dan pelaporan	3. Melakukan pelaporan dan pelaporan	4. Melakukan pemeriksaan kesehatan dan pengawasan kesehatan pada ibu hamil dan remaja	5. Melakukan pemeriksaan kesehatan dan pengawasan kesehatan pada ibu hamil dan remaja	6. Melakukan penyuluhan dan cek kesehatan bagi ibu hamil dan remaja
3. Melakukan kunjungan rutin	4. Melakukan komunikasi efektif	5. Melakukan hal pengupahan berdasarkan buku nomor, buku kesehatan ibu hamil dan remaja	6. Melakukan bantuan buku kesehatan ibu hamil dan remaja	7. Melakukan pemeriksaan kesehatan ibu hamil dan remaja
4. Melakukan komunikasi efektif	5. Melakukan pelatihan dan pengembangan keterampilan kader kesehatan	6. Melakukan bantuan buku kesehatan ibu hamil dan remaja	7. Melakukan pemeriksaan kesehatan ibu hamil dan remaja	8. Melakukan penyuluhan dan cek kesehatan bagi ibu hamil dan remaja
5.	6. Melakukan layanan imunisasi rutin lengkap dan PDS (Pengawas Diri dan Simpan, Ruketa, Darel)	7. Melakukan pemeriksaan kesehatan ibu hamil dan remaja		



Sumber: Kementerian Kesehatan, 2023

Kompetensi terbaru kader kesehatan dalam Petunjuk Teknis Integrasi Layanan Primer, terbagi ke dalam lima klaster yakni kompetensi pengelolaan posyandu, bayi dan balita, ibu hamil dan menyusui, usia sekolah dan remaja serta yang terakhir usia produktif dan lansia. Lima klaster kompetensi ini nantinya akan dipakai untuk melakukan klasterisasi kader kesehatan berdasarkan kecakapan kompetensi yang dimiliki masing-masing individu kader kesehatan, contohnya kader madya, kader purwa, dan kader utama.

Apa yang dilakukan pemerintah sudah cukup baik, namun, selain kompetensi di atas, Pemerintah juga dapat menambahkan **klasterisasi kompetensi berdasarkan rekomendasi WHO**, yakni pelatihan pemberian layanan **promosi dan pencegahan, integrasi dengan layanan di sistem kesehatan** yang luas menyesuaikan peran (misal, surveilans penyakit di masyarakat, melacak pasien), **determinan kesehatan sosial dan lingkungan, pelatihan dukungan psikososial, keterampilan interpersonal** (konfidensialitas, komunikasi, *community engagement*, dan mobilisasi), **keamanan kerja**, serta tambahan lainnya yakni **pelatihan layanan kuratif** (diagnostik, pengobatan, dan perawatan) (WHO, 2018).

Selain itu berkaca dari peran kader kesehatan di

masa pandemi COVID-19, kader kesehatan juga perlu mendapat kompetensi persiapan krisis kesehatan. Keterbatasan lain dalam pelibatan kader dalam respons pandemi dan pemulihan layanan kesehatan esensial adalah kurangnya pelatihan terkait respons COVID-19 untuk kader kesehatan. **CISDI menemukan pemberian pelatihan bagi kader kesehatan hanya dilakukan oleh 57,45% puskesmas yang disurvei.** Padahal, pelatihan merupakan komponen penting untuk membekali kader kesehatan dalam melaksanakan layanan kesehatan di masa krisis (CISDI, 2023).

Untuk dapat memenuhi kompetensi dasar, diperlukan pelatihan untuk peningkatan pengetahuan atau keterampilan dasar kader kesehatan. Adapun jenis pelatihan yang dibutuhkan oleh kader kesehatan juga harus berkaitan dengan konteks sistem kesehatan nasional di Indonesia (WHO, 2018). Upaya ini dilakukan agar kita dapat menghasilkan kader kesehatan yang kompeten. Oleh karena itu, RPP bidang kesehatan harus dapat memuat standar acuan pengembangan kapasitas kader kesehatan yang melengkapi penyediaan akses pelatihan terakreditasi, pengembangan pendidikan dan pelatihan, serta pengembangan karir (CISDI, 2022).

B. Membangun sistem pembiayaan untuk kader kesehatan

Insentif adalah sebuah hak yang harus diberikan kepada kader kesehatan, setelah menjalankan kewajibannya sebagai kader kesehatan berdasarkan kompetensi dasar yang telah ditentukan Kementerian Kesehatan. Pemberian insentif untuk kader kesehatan adalah cara yang baik untuk meningkatkan capaian kesehatan, dan insentif dapat diberikan secara paralel, baik

insentif finansial maupun non-finansial (WHO, 2018).

Meningkatnya peran dan tugas kader berdasarkan 25 kompetensi dasar kader kesehatan, harus diiringi dengan pemberian apresiasi, yakni dalam bentuk insentif. Negara melalui UU 17 Tahun 2023 sudah mengakui adanya pemberian insentif oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, atau Pemerintah Desa kepada kader kesehatan dalam penyelenggaraan pelayanan sosial dasar di bidang kesehatan pada pasal 35 ayat 6.

Agar pemberian insentif dapat berjalan dengan optimal, pemerintah perlu menjabarkan bentuk, penentuan besaran, penentuan pengadaan, dan cara distribusi insentif finansial maupun non-finansial. Insentif finansial yakni berupa dukungan finansial dalam bentuk gaji dan bonus. Insentif non-finansial seperti pelatihan, pengakuan / apresiasi (sertifikat, piagam), seragam dan kesempatan untuk pengembangan karir (Agarwal *et al.*, 2019).

Selain kompetensi, waktu kerja juga dapat menjadi pertimbangan pemerintah dalam menghitung besaran remunerasi yang diterima kader kesehatan. Rerata dari berbagai negara menunjukkan kader kesehatan bekerja selama 12-20 jam dalam seminggu. Untuk Indonesia, terdapat dua temuan terkait waktu kerja kader kesehatan. Pertama, survei program PN-PRIMA CISDI di Kota Depok, Kab. Bekasi, dan Kota Bandung, menemukan rerata jam kerja kader kesehatan adalah lebih dari delapan jam dalam seminggu. Studi kedua, yakni studi yang dilakukan di kota Malang menemukan dari 471 kader kesehatan yang mengikuti survei, 46.5% bekerja <2 jam seminggu, 32.3% 2-4 jam seminggu, dan 21.2% lebih dari 4 jam seminggu. (Gadsden *et al.*, 2022). Survei yang ada bersifat

subjektif karena berdasarkan persepsi kader sendiri, sehingga dapat tidak menghitung waktu yang digunakan saat perjalanan ke lokasi bekerja dan lain-lain. Saat ini belum ada survei nasional yang mengkaji lebih detail lama waktu kerja kader kesehatan di semua provinsi di Indonesia.

Perbedaan waktu kerja kader kesehatan di setiap daerah dikarenakan belum adanya regulasi terkait standar jam kerja kader kesehatan. RPP bidang kesehatan diharapkan pelan-pelan dapat memasukan waktu kerja sebagai komponen remunerasi secara bertahap (transisi), selain mempertimbangkan komponen kompetensi. Hal ini agar remunerasi kader dapat lebih ideal sesuai beban kerja kader.

Survei CISDI tahun 2022 terkait kesiapsiagaan puskesmas di masa pandemi COVID-19, menemukan adanya variasi pemberian insentif untuk kader. **Sebanyak 28,22% Puskesmas melaporkan pemberian insentif bagi kader secara insidental atau sesuai dengan kegiatan yang dilakukan**—kader menerima insentif antara Rp100.000 hingga Rp500.000, akan tetapi **masih banyak proporsi kader yang mendapatkan insentif kurang dari Rp100.000 per bulan**. Sumber pendanaan insentif banyak diambil dari APBN (40,96%), sedangkan dana desa dan APBD hanya didapatkan masing-masing kurang dari 15% untuk setiap puskesmas. Adanya perbedaan besaran dan sumber insentif menunjukkan bahwa masing-masing daerah memiliki ketentuan yang berbeda terhadap insentif kader kesehatan (CISDI, 2023).

Sebuah studi di Kota Malang menunjukkan bahwa pemberian insentif finansial lebih disukai oleh kader dibandingkan pemberian insentif non-finansial, terutama insentif finansial dapat membantu pembiayaan kebutuhan rumah

tangga mereka. Performa kader kesehatan yang mendapat insentif finansial juga ditemukan meningkat setelah adanya skema pemberian insentif finansial. Pada penelitian di Malang, performa kader dinilai dari jumlah pasien yang ditugaskan, tanggal tindak lanjut setiap pasien dan hasil kunjungan, data pemantauan faktor risiko penyakit kardiovaskuler seperti tekanan darah, kadar glukosa darah, dan kepatuhan pengobatan pasien. Performa ini dilaporkan oleh kader kesehatan dan diperiksa oleh supervisor penelitian (Gadsden *et al*, 2021).

Sayangnya, Indonesia masih belum memiliki standar penentuan insentif dan sumber anggaran khusus untuk pembiayaan kader kesehatan. Dikarenakan belum adanya landasan regulasi dan komitmen anggaran. CISDI merekomendasikan pemerintah untuk dapat menentukan besaran insentif dengan mempertimbangkan hak dan kewajiban kader kesehatan, serta adanya alokasi anggaran khusus untuk kader kesehatan setiap tahun dalam hal ini bisa ditarik ke dalam Rancangan Induk Besar Kesehatan (RIBK). Adanya, integrasi layanan kesehatan primer (ILP) yang menempatkan Posyandu sebagai salah satu LKD (mitra Pemerintah Desa), juga jadi peluang baik untuk mulai memastikan dan menyediakan anggaran spesifik insentif untuk kader kesehatan dalam alokasi anggaran dana desa (LKD) yang disediakan Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah.

Indonesia dapat mengikuti rekomendasi WHO untuk menghitung insentif bagi kader kesehatan. Untuk menentukan besaran insentif kader kesehatan pemerintah dapat menggunakan mekanisme *Remunerasi dukungan finansial yang memperhatikan tuntutan pekerjaan, kompleksitas, jumlah jam*

kerja, pelatihan dan peran yang mereka lakukan. WHO tidak merekomendasikan mekanisme *based on performance* sebagai mekanisme pemberian insentif utama, dikarenakan risiko kader kesehatan akan terlalu berfokus pada indikator yang telah diidentifikasi sebelumnya, yang menyebabkan kegiatan dan upaya kesehatan lain yang tidak terkait diabaikan (WHO, 2018). Oleh karena itu CISDI merekomendasikan Pemerintah untuk dapat mengkombinasikan mekanisme remunerasi dasar dan *based on performance*, di mana kader tetap mendapatkan upah finansial dan dapat insentif tambahan berdasarkan kinerja mereka. Hal ini dapat menjadi motivasi tambahan kader kesehatan saat bekerja.

Selain itu diperlukan mekanisme khusus dalam mendistribusikan insentif, dimulai dari dimuatnya peraturan teknis dalam RPP bidang kesehatan yang didukung dengan pembuatan Surat Keputusan (SK) soal Petunjuk Teknis (juknis) distribusi insentif kader kesehatan oleh pemerintah daerah, sebagai landasan regulasi bagi pemangku kebijakan di tingkat lokal. Adanya juknis juga dapat memperjelas alur distribusi, kerjasama lintas sektor dan monitoring (akuntabilitas), sehingga dapat membantu mencegah adanya praktik korupsi atau misalokasi anggaran (Argwal et al., 2019) serta dapat meminimalisir kader kesehatan untuk mengeluarkan biaya sendiri (misal, untuk komunikasi) serta memastikan pembayaran insentif yang tepat waktu dan lengkap sebagai kompensasi atas pekerjaan mereka (WHO, 2018).

Saat ini sudah ada beberapa wilayah di Indonesia yang mempunyai regulasi juknis perihal insentif kader kesehatan, yakni Kota Surabaya lewat Peraturan Walikota Surabaya Nomor 14 Tahun 2022 tentang Pemberian Biaya

Jasa Pelayanan/Honorarium bagi Warga Pelayan Masyarakat di Kota Surabaya dan Provinsi Nusa Tenggara Barat lewat Peraturan Gubernur Nusa Tenggara Barat No 30 Tahun 2021 Tentang Revitalisasi Pos Pelayanan Terpadu (Didukung oleh Instruksi Gubernur NTB No 050.01/KUM/Tahun 2022). Beberapa praktik tersebut dapat digunakan sebagai contoh dokumen juknis pembuatan SK tiap daerah. Harapannya semua daerah di Indonesia dapat memiliki SK masing-masing terkait insentif kader kesehatan, sehingga pemberian insentif tidak terpengaruhi situasi sosio-ekonomi politik.

Kesimpulan Rekomendasi

Untuk mendukung peran kader kesehatan yang terintegrasi di strategi transformasi sistem kesehatan nasional, CISDI merekomendasikan tiga hal penting yang perlu diperhatikan dan direalisasikan dalam aturan turunan UU Kesehatan:

- 1. Mendorong pemerintah pusat untuk membuat petunjuk teknis sebagai acuan pemerintah daerah mengenai pengelolaan kader** yang meliputi kriteria, perekutan, tugas sesuai kompetensi, monitoring dan supervisi terhadap kinerja kader kesehatan agar terstandar dan mampu menciptakan sumber daya manusia kesehatan (SDMK) yang profesional dan komprehensif dalam peningkatan keterlibatan masyarakat.
- 2. Mendorong pemerintah pusat dan daerah membentuk tim pendamping kader yang bersifat lintas sektor** untuk memimpin proses perekutan, menentukan klasterisasi, monitoring evaluasi kinerja, dan membantu membuat skema pengupahan kader kesehatan.
- 3. Mendorong pemerintah pusat dan daerah untuk menerbitkan aturan yang mengatur**

- soal pengalokasian khusus insentif kader** serta aturan teknis yang menginstruksikan pemangku kebijakan di daerah untuk wajib mengalokasikan, mengkoordinasikan dan mendistribusikan insentif kepada kader kesehatan. Pengaturan insentif perlu mempertimbangkan tuntutan pekerjaan, kompleksitas, jumlah jam kerja, pelatihan dan peran bagi kader kesehatan.
4. **Pemerintah juga dapat melibatkan kader kesehatan di masa krisis kesehatan** mengingat prinsip partisipasi masyarakat, dengan memperhatikan peningkatan kompetensi dan kebutuhan kader kesehatan selama masa krisis kesehatan.

Daftar Isi

- Agarwal et al. Human Resources for Health. 2019. A conceptual framework for measuring community health workforce performance within primary health care systems.
- Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives. 2023. Health Outlook 2023: Saatnya Berubah.
- Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives. 2023. Gambaran Kebutuhan dan Kesiapan Puskesmas Di Indonesia Dalam Menghadapi Pandemi COVID-19.

- Gadsden, T., Jan, S., Sujarwoto, S., Kusumo, B. E. & Palagyi, A. Assessing the feasibility and acceptability of a financial versus behavioural incentive-based intervention for community health workers in rural Indonesia. Pilot Feasibility Stud 7, 1-10 (2021).
- Gadsden, T. et al. Understanding community health worker employment preferences in Malang district, Indonesia, using a discrete choice experiment. BMJ Global Health 7, e008936 (2022).
- Koalisi Kesejahteraan Kader Kesehatan. 2023. Daftar Inventarisasi Masalah RUU Kesehatan: Menempatkan Kader Kesehatan dalam RUU Kesehatan.
- Schleiff et al. 2021. Community health workers at the dawn of a new era: 6. Recruitment, training, and continuing education.
- Wanda Jaskiewicz & Rachel Deussom. 2013. Recruitment of Community Health Workers.
- World Health Organization. 2018. WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes WHO.