



Pedoman Strategi & Langkah Aksi

# **PENGEMBANGAN PERAWATAN PALIATIF**

Seri

**5**

**2019**

© Komite Penanggulangan Kanker Nasional Periode 2014 - 2019

# **PEDOMAN STRATEGI & LANGKAH AKSI PENGEMBANGAN PERAWATAN PALIATIF**

**KOMITE PENANGGULANGAN KANKER NASIONAL (KPKN)  
PERIODE 2014-2019**

# PEDOMAN STRATEGI & LANGKAH AKSI PENGEMBANGAN PERAWATAN PALIATIF

**Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang**

*Dilarang memperbanyak, mencetak dan menerbitkan sebagian atau seluruh isi buku ini dengan cara dan dalam bentuk apapun juga tanpa seizin penulis dan penerbit*

**Diterbitkan pertama kali oleh:**

Komite Penanggulangan Kanker Nasional (KPKN) Periode 2014-2019

Jakarta, 2019

**Penerbit buku ini dikelola oleh:**

Komite Penanggulangan Kanker Nasional (KPKN) Periode 2014 - 2019

**Koordinator penerbit:**

Prof. Dr. dr. Soehartati Gondhowiardjo, Sp.Rad(K)Onk.Rad

ISBN 978-623-90408-7-1

ISBN:



**Editor Utama :**

Prof. DR. dr. Soehartati A. Gondhowiardjo, Sp.Rad (K) Onk.Rad;  
dr. Cut Putri Arianie, MH.Kes; Prof. Dr. dr. Akmal Taher, Sp.U (K).

**Tim Penyusun :**

dr. Tiara Bunga Mayang Permata, MARS, PhD; dr. Steven Octavianus;  
dr.Novi Elis Khumaesa; dr. Putri Maharani; dr. Lusi Tania Rahmartani;  
dr. Nicholas; dr. Angela Giselvania, Sp.Onk.Rad;  
Dr. dr. Sonar Soni Panigoro, Sp.B-Onk, M.Epid, MARS.

## KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr.Wb dan Salam Sejahtera bagi kita semua.

Puji dan syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa karena hanya dengan rahmat dan karunia-Nya, Komite Penanggulangan Kanker Nasional (KPKN) berhasil menuntaskan penyusunan materi pembekalan berupa seri tujuh (7) buku yang terdiri dari Pedoman Strategi & Langkah Aksi (1) Peningkatan Aktivitas Fisik (2) Penerapan Perilaku Diet Sehat (3) Pengelolaan Stress (4) Pengendalian Konsumsi Tembakau & Alkohol (5) Pengembangan Perawatan Paliatif (6) Penyelenggaraan Tata Kelola Pencegahan & Pengendalian Kanker di Tingkat Pusat – Provinsi – Kabupaten/Kota (7) Pengembangan Registrasi Kanker Berbasis Populasi



Seri Buku ini diarahkan bagi beberapa pengguna kunci yaitu pembuat kebijakan, pengelola program dan penggiat masyarakat di tingkat Nasional dan Daerah. Buku ini secara singkat dan padat memuat informasi, referensi, contoh program, rekomendasi serta langkah-langkah aksi. Berbekal buku-buku ini diharapkan tersusunlah Rencana Aksi Pencegahan dan Pengendalian Kanker yang berbasis data, bukti dan pembelajaran, sesuai konteks

global, nasional dan lokal dan tepat sasaran serta berhasil guna. Pada akhirnya, upaya sistematis dan berkelanjutan secara bersama-sama diharapkan berkontribusi menurunkan angka kejadian, meningkatkan kesintasan serta mencapai kualitas hidup bagi keluarga dan pasien kanker.

Ragam data menunjukkan masih banyak pasien kanker yang hadir di pelayanan kesehatan pada stadium lanjut. Kondisi ini mengakibatkan angka kematian akibat kanker relatif tinggi. Keparahan berdampak negatif pada kondisi psikologis, relasional dan spiritual pasien dan keluarga. Lebih lanjut angka pembiayaan yang harus ditanggung negara maupun pasien menjadi sangat besar. Pembelajaran ini mendorong kesadaran dan semangat untuk lebih memberikan perhatian dan penekanan kepada upaya promosi sehat, pencegahan dan skrining. Selaras dengan Rencana Aksi Nasional Pencegahan dan Pengendalian Kanker 2020 – 2024, Buku lima bertajuk Pedoman Strategi & Langkah Aksi Pengembangan Perawatan Paliatif merangkum informasi kunci terpusat pada aspek perawatan paliatif.

Berbesar harap buku ini mampu melengkapi perbendaharaan pengetahuan serta asupan teknis bagi para pembuat kebijakan, pengelola program dan penggiat masyarakat di Indonesia. Dengan diterbitkannya edisi pertama buku ini juga diharapkan dapat memicu peneliti Indonesia dalam menghasilkan bukti-bukti baru, sehingga dapat dijadikan bahan acuan perbaikan/pengkinian buku ini edisi selanjutnya.

Akhir kata, ketidaklengkapan, ketidaktepatan dan kekurangan dalam buku ini adalah semata keterbatasan kami. Ruang perbaikan dan pengembangan selalu terbuka dan menjadi pembelajaran kami untuk pengembangan selanjutnya.

Salam sehat,  
Ketua Komite Penanggulangan Kanker Nasional

Prof. Dr. dr. Soehartati A. Gondhowiardjo, Sp. Rad (K) Onk. Rad

# DAFTAR ISI

Halaman Judul .....	i
Editor .....	iii
Kata Pengantar Ketua Komite Penanggulangan Kanker Nasional (KPKN) .....	iv
Daftar isi .....	vii
Tata Cara Menggunakan Pedoman .....	viii
Perawatan Paliatif .....	1
<b>Strategi 1.</b> Manajemen Organisasi .....	8
<b>Strategi 2.</b> Peran Pemangku Kepentingan .....	15
<b>Strategi 3.</b> Pendidikan dan Pelatihan .....	19
<b>Strategi 4.</b> Penelitian dan Manajemen Informasi .....	27
<b>Strategi 5.</b> <i>Monitoring</i> dan Evaluasi .....	32
Daftar Pustaka .....	38

# Tata Cara Menggunakan Pedoman

Dokumen ini memberikan panduan bagi manajer program, pembuat kebijakan, peneliti dan lainnya tentang cara memilih strategi untuk pengembangan perawatan paliatif dengan informasi yang paling relevan pada setiap jenis strategi.

## **Strategi**

Menjelaskan perubahan lingkungan atau kegiatan terkait kebijakan yang dimaksudkan untuk mencegah penyakit atau meningkatkan kesehatan dalam kelompok orang, juga disebut dalam literatur sebagai pendekatan. Kriteria untuk dimasukkannya strategi dalam dokumen ini adalah alasan yang mendukung strategi dan bukti bahwa strategi telah efektif.

## **Dasar Pemikiran**

Menjelaskan mengapa strategi khusus penting untuk upaya pengembangan perawatan paliatif.

## **Bukti Efektivitas**

Bukti literatur yang ditinjau dan praktik saat ini untuk merangkum bukti efektivitas strategi.

## **Pertimbangan**

Informasi yang mungkin penting untuk diingat selama tahap perencanaan, implementasi, atau evaluasi strategi.

## **Langkah Tindakan**

Mengidentifikasi kegiatan spesifik untuk setiap strategi yang dapat diambil oleh profesional kesehatan masyarakat untuk menerapkan strategi.

## **Contoh Program**

Contoh program yang menggunakan strategi sebagai cara untuk pengembangan perawatan paliatif. Contoh program dipilih dari intervensi yang dijelaskan dalam publikasi lain, seperti jurnal *peer-review* atau laporan program, atau diidentifikasi oleh informan kunci dan melalui pencarian internet.

## **Sumber**

Memandu pembaca untuk mencari bahan dan informasi lebih lanjut yang mungkin berguna dalam merencanakan, melaksanakan, atau mengevaluasi strategi.



# Perawatan Paliatif

WHO mendefinisikan perawatan paliatif sebagai pendekatan yang dilakukan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga dalam menghadapi masalah penyakit yang mengancam jiwa, melalui pencegahan dan mengurangi gejala

Kebutuhan akan perawatan paliatif akan terus meningkat dengan cepat di waktu mendatang. Keadaan ini disebabkan oleh peningkatan jumlah populasi usia lanjut di dunia yang disertai dengan peningkatan insidensi Penyakit Tidak Menular (PTM) termasuk kanker. Terlepas dari kebutuhan ini, sangat memperhatikan bahwa perawatan paliatif kurang berkembang di sebagian besar dunia. Hal ini disebabkan karena sebagian besar sistem kesehatan dirancang untuk memberikan perawatan kondisi akut dibandingkan dengan perawatan kondisi kronis. Sehingga akses masyarakat terhadap perawatan paliatif yang berkualitas sangat terbatas.

Perawatan paliatif dapat memenuhi kebutuhan pasien dan keluarga mulai dari manajemen gejala, psikososial, dan suportif terutama ketika pasien dalam stadium lanjut dan memiliki

peluang sangat rendah untuk disembuhkan, atau ketika mereka menghadapi fase akhir penyakit. Oleh karena itu, WHO menyatakan bahwa perawatan paliatif secara eksplisit merupakan hak asasi manusia untuk kesehatan yang harus dipenuhi. Oleh karena itu perawatan paliatif harus diberikan melalui layanan kesehatan yang berpusat pada orang dan terintegrasi yang memberikan perhatian khusus pada kebutuhan dan preferensi spesifik individu.<sup>1</sup>

Secara umum, pendekatan perawatan paliatif merupakan pendekatan multidisiplin dan melibatkan berbagai disiplin ilmu yang meliputi, dokter (dokter spesialis dan/atau dokter umum), perawat, psikologis, ahli farmasi, pekerja sosial, relawan, pemuka agama, dan bahkan ahli kesehatan tradisional dengan tugas dan tanggung jawabnya masing masing.<sup>2</sup>

## **Perawatan Paliatif Menurut WHO**

Perawatan paliatif dapat diterapkan pada awal perjalanan penyakit, bersamaan dengan terapi utama yang dimaksudkan untuk memperpanjang hidup. Akan tetapi, perawatan paliatif tidak berfokus untuk menunda kematian tetapi berusaha untuk memaksimalkan kualitas hidup mereka.

Pada anak, perawatan paliatif di definisikan sebagai perawatan total aktif dari tubuh, pikiran dan jiwa anak, dan juga memberikan dukungan kepada keluarga. Perawatan dimulai ketika penyakit

didiagnosis, dan berlanjut terlepas dari apakah seorang anak menerima perawatan yang diarahkan pada penyakit tersebut atau tidak.<sup>3</sup>

Perawatan paliatif diberikan pada tiga tingkatan yang berbeda:<sup>3</sup>

- i) *Palliative care approach* dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan terampil yang telah menerima pelatihan secara khusus.
- ii) *General palliative care* diberikan oleh tenaga kesehatan profesional di layanan primer yang telah memiliki pengetahuan dasar yang baik tentang perawatan paliatif.
- iii) *Specialist palliative care* diberikan oleh tim multidisiplin untuk pasien dengan masalah kompleks.

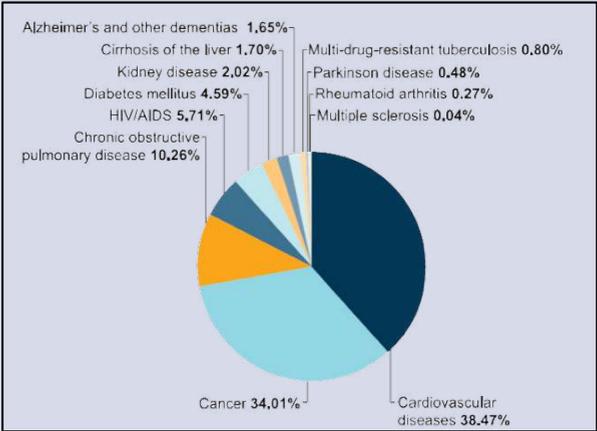
Dalam Kebijakannya, WHO mengisyaratkan bahwa, semua negara harus mengintegrasikan layanan paliatif dan memastikan aksesibilitasnya secara adil di semua fasilitas kesehatan, baik umum ataupun swasta. Kebijakan yang dibentuk harus mencakup (1) Produk hukum yang mengakui dan mendefinisikan bahwa perawatan paliatif adalah bagian dari sistem perawatan kesehatan; (2) Standar perawatan paliatif nasional; (3) Panduan praktik klinis; (4) Strategi nasional dalam implementasi perawatan paliatif.

## Presentase Kanker dalam Perawatan Paliatif<sup>3</sup>

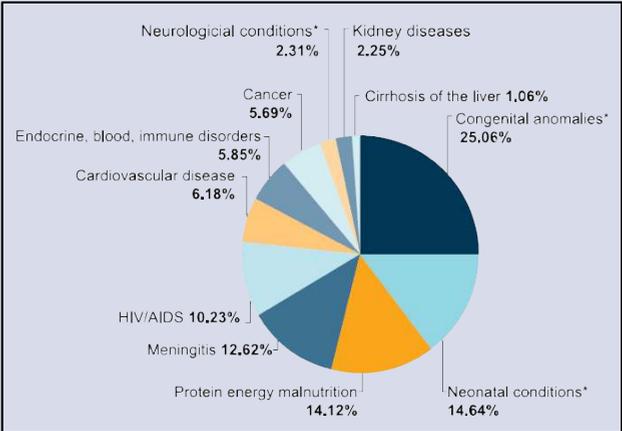
Sebagian besar penyakit yang membutuhkan perawatan paliatif, dewasa maupun anak, merupakan penyakit tidak menular. Kanker memiliki proporsi yang signifikan dalam pemutuhan perawatan paliatif terutama pada pasien dewasa dimana menempati proporsi kedua terbesar setelah penyakit kardiovaskular.<sup>3</sup>



**Gambar 1. *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*<sup>3</sup>  
Menggambarkan Kebutuhan Perawatan Paliatif Pasien Dewasa**



**Gambar 2. *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*<sup>3</sup>  
Menggambarkan Kebutuhan Perawatan Paliatif Pasien Anak**





## Keadaan Perawatan Paliatif di Indonesia

Asuhan paliatif sudah mulai dikembangkan di Indonesia, Surabaya, sejak tahun 1992. Namun perkembangan yang ada masih relatif lambat<sup>4</sup> Kementerian Kesehatan Indonesia telah memperkirakan terdapat 240.000 insiden kanker per tahun dengan 70% pasien datang pada stadium lanjut, dan kebanyakan pasien meninggal di rumah sakit dalam keadaan menderita akibat gejala penyakitnya dan masih belum dapat memenuhi kebutuhan pasien dan keluarga.<sup>5</sup>

Tahun 2007 Kementerian Kesehatan telah menetapkan kebijakan nasional terkait asuhan paliatif dalam (Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 812/Menkes/SK/VII/2007 mengenai Kebijakan Perawatan Paliatif). Namun hingga saat ini asuhan paliatif di Indonesia hanya terpusat di lima kota besar (Jakarta, Yogyakarta, Surabaya, Denpasar, Makassar) dengan pengembangan SDM, sarana dan prasarana yang berbeda dan berdasarkan *The Economist Intelligence Unit* (EIU) tahun 2015 mengenai kualitas kematian, Indonesia menempati peringkat 53 dinilai berdasarkan integrasinya terhadap pelayanan kesehatan nasional, dukungan hospis, dan keterlibatan komunitas terhadap isu paliatif.<sup>56</sup>

## Strategi Perawatan Paliatif

WHO menyusun sebuah model Pengembangan perawatan paliatif yang menekankan pada pembuatan kebijakan, pendidikan dan pelatihan, ketersediaan obat, dan implementasi terhadap perawatan paliatif di dunia. Perawatan paliatif berprinsip<sup>7,8</sup>:

- Dimulai dari tahap diagnosis, dan berkembang sesuai kebutuhan sejalan dengan semakin parahnya penyakit.
- Memberikan manajemen nyeri dan gejala lainnya.
- Menegaskan bahwa proses kehidupan dan sekarat dalam kematian adalah proses yang normal.
- Bukan menandakan untuk mempercepat ataupun menunda kematian.
- Mengintegrasikan aspek psikologis dan spiritual dalam pelayanan pasien.
- Menawarkan sistem pendukung dalam membantu pasien hidup seaktif mungkin menuju kematiannya.
- Menawarkan sistem pendukung untuk membantu keluarga pasien mengatasi kesedihan akibat penyakit pasien.
- Menawarkan bantuan pemecahan masalah menggunakan sistem konseling pendekatan tim untuk keluarga pasieng dalam masa berkabung.
- Meningkatkan kualitas hidup dan memberi masukan positif dalam perjalanan penyakit.



Strategi

1

## Manajemen Organisasi

Langkah Aksi:

1. Kebijakan dan prosedur terdokumentasi dan ditinjau berkala
2. Pembagian peran dan tanggung jawab
3. Hasil laporan berkala
4. Akses ke berbagai ahli lainnya

Manajemen adalah tentang mengarahkan dan mengendalikan sumber daya sesuai dengan prinsip-prinsip yang ditetapkan. Manajemen bersama dengan tata kelola dan kepemimpinan perlu bekerja bersama untuk kepentingan operasional organisasi yang efektif.<sup>8</sup> Manajemen kinerja mencakup kegiatan untuk memastikan bahwa tujuan tercapai secara konsisten dengan cara yang efektif dan efisien. Manajemen kinerja dapat fokus pada kinerja organisasi atau departemen, dan proses untuk mengembangkan layanan atau *output* pekerja.

### Dasar Pemikiran

Manajemen organisasi harus fokus pada kinerja organisasi sejalan dengan tujuan, visi dan misi organisasi sesuai dengan sumber daya dan sistem yang tersedia.

Manajemen organisasi juga menjadi salah satu upaya untuk dapat memberikan pelayanan perawatan yang holistik, yaitu model perawatan yang komprehensif perawatan mulai dari fisik, psikologis, sosial, spiritual hingga budaya yang bertujuan untuk memberikan kualitas hidup terbaik melalui pendekatan holistik yang mendukung aspek fisik, emosional, sosial dan spiritual anak dan keluarga mereka melalui perawatan terencana & terkoordinasi, akses perawatan beserta informasi terkait yang optimal, manajemen tanda dan gejala, sistem akses manajemen obat-obatan yang jelas, hingga perawatan masa duka dan kehilangan.<sup>8</sup> Dalam pengerjaannya, juga dibutuhkan *inter-disciplinary team* untuk membantu mengembangkan dan mengimplemtasikan rencana perawatan palitif secara optimal dan berkualitas karena penting adanya pendekatan interdisiplin dalam memenuhi kebutuhan pasien dan anggota keluarga yang kompleks.

Tujuan standar ini adalah untuk memastikan bahwa suatu organisasi diatur dan dipimpin dengan kebijakan tata kelola, kepemimpinan dan manajemen/operasional yang jelas yang memandu jalannya suatu organisasi sehingga dapat memberikan pelayanan perawatan paliatif yang komprehesif dan holistik. Penilaian holistik, mendasari rencana perawatan yang melibatkan kebutuhan fisik, psikologis, sosial, spiritual dan budaya individu dengan menggunakan alat holistik, dan hasil perawatan diukur menggunakan instrumen hasil multidimensi



sederhana, yang divalidasi dengan ketat, yang kemudian diimplementasikan dan dievaluasi dalam kemitraan dengan pasien dan keluarga.<sup>9</sup> Sementara itu tim interdisiplin bekerja bersama untuk mengoordinasikan rencana perawatan holistik dengan pasien dan keluarga.

## Bukti Efektifitas

Perawatan paliatif yang berkualitas disediakan oleh pekerja perawatan kesehatan yang mengikuti standar praktik yang ditetapkan dan persyaratan untuk manajemen kualitas seperti kepemimpinan dan tata kelola, manajemen sumber daya manusia, praktik yang aman, manajemen informasi, dan peningkatan kualitas berkelanjutan.<sup>9</sup> Terdapat kesimpulan dari beberapa penelitian *systematic review* menyebutkan bahwa jenis perawatan paliatif harus melibatkan masukan dari ahli di pelayanan primer dan komunitas yang dapat bertransisi sejalannya waktu menyesuaikan kompleksitas kebutuhan pelayanan berdasarkan penyintas, penyedia layanan, dan sistem kesehatan.<sup>10</sup>

Terdapat riset yang menganalisis data yang mengungkapkan tiga tema utama sebagai faktor efektif dalam memberikan perawatan holistik yaitu struktur sistem pendidikan, lingkungan profesional, dan sifat kepribadian. Membangun pendidikan yang tepat, sistem manajemen, dan mempromosikan agama dan dorongan akan mendorong perawat untuk memberikan perawatan holistik dan

pada akhirnya meningkatkan kualitas perawatan mereka.<sup>11</sup> Telah terdapat studi mengenai tim interdisiplin untuk perawatan paliatif dimana terbukti efektif secara universal dalam mengidentifikasi potensi hambatan dan kendala dalam kerja tim.<sup>12</sup>

## Bahan Pertimbangan

1. Badan pengatur organisasi tersedia dengan prosedur sistem dan peran staf/anggota yang jelas dan terdokumentasi.
2. Para pemimpin dan manajer menyediakan sistem pengumpulan data minimum yang jelas di semua area organisasi.
3. Terdapat dokumentasi terhadap setiap proses di tingkat perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi kegiatan.
4. Bukti yang terdokumentasi untuk menunjukkan tanggung jawab fiskal (kewajiban hukum untuk bertindak demi kepentingan penerima manfaat) dan tanggung jawab keuangan bagi organisasi, seperti kontrak pendanaan atau perjanjian dengan donor; registrasi; asuransi; izin; perjanjian sewa; lisensi, hak cipta; perlindungan terhadap pencemaran nama baik; kesehatan dan keselamatan Kerja; perpajakan; daftar gaji.<sup>8</sup>

## Langkah Aksi

1. Menyusun kebijakan dan prosedur terdokumentasi yang mengatur operasi keseluruhan organisasi, termasuk manual staf dan manajemen serta pedoman keuangan, dan dilakukan tinjauan tiap tahunnya.
2. Melakukan penilaian klinis berbasis bukti dalam mengidentifikasi individu yang memenuhi kriteria membutuhkan perawatan paliatif. Anggota tim mengidentifikasi kebutuhan fisik, sosial, emosional, dan spiritual pasien dan keluarga melalui penilaian dan manajemen dasar dan merujuk kebutuhan kompleks ke FKTL untuk penanganan lebih lanjut.
3. Mendefinisikan peran dan tanggung jawab yang jelas dan tertulis untuk badan pengelola dan semua anggota program.
4. Membuat dokumentasi terhadap proses kegiatan seperti pembuatan kebijakan, anggaran, rencana strategis, tatakelola relawan, mekanisme tindak lanjut pasien/keluarga pasien, dsb.
5. Menyusun laporan keuangan tahunan dan laporan audit yang ditinjau oleh professional.
6. Melakukan penilaian awal dan berkelanjutan dilakukan oleh tim interdisiplin yang terqualifikasi.<sup>9</sup>

7. Menilai penerima pelayanan secara teratur dan berkala, yang kemudian digunakan untuk menyusun rencana perawatan.
8. Menyediakan akses ke berbagai ahli lainnya seperti psikolog, fisioterapis, terapis okupasi, dan staf lain melalui rujukan sesuai dengan kebutuhan pasien.<sup>8</sup>

## Contoh Program

Surabaya menjadi kota paliatif pertama di Indonesia sejak tahun 2010 dengan dikeluarkannya Surat Keputusan Wali Kota Surabaya No. 188.45/315/436.1.2/2010 untuk pembentukan Tim Paliatif Kota Surabaya yang mengalami perbaruan beberapa tahun belakangan ini dan terakhir pada tahun 2018 menjadi Surat Keputusan Wali Kota Surabaya Nomor 188.45/17/436.1.2/2018. Sudah terdapat berbagai macam inovasi paliatif yang dikembangkan mulai dari peningkatan kapasitas dan keterampilan dalam pemberian perawatan pasien kanker (melibatkan petugas puskesmas, keluarga pasien, dan kader), hingga pembangunan taman paliatif yang dipenuhi pasien paliatif setiap Sabtu dan Minggu dimana tersedia pemeriksaan kepada pasien paliatif dari tim dokter rumah sakit pemerintah maupun swasta.<sup>13</sup> Selain itu juga didukung dengan terbentuknya pelayanan perawatan paliatif di RSUD Dr Soetomo Surabaya sejak tahun 1992, dimana hingga kini tidak hanya melakukan pelayanan paliatif berbasis rumah sakit (rawat jalan dan rawat inap) serta melakukan kunjungan ke rumah pasien, pemberian

pelayanan terhadap keluarga pasien, dan melakukan desiminasi dengan *in-house training* hingga luar kota Surabaya.<sup>14</sup>



Strategi

2

## Peran Pemangku Kepentingan

Langkah Aksi:

1. Dokumentasi dan identifikasi jaringan dengan pemangku kepentingan
2. Menyusun MOU dan ToR antar kegiatan
3. Analisis gubungan penyedia layanan dan pemangku kepentingan berkala



Pemangku kepentingan (*stakeholder*) adalah individu atau grup yang dapat mempengaruhi atau dipengaruhi terhadap kepentingan suatu organisasi.<sup>15,16</sup> Dalam perawatan paliatif, para pemangku kepentingan biasanya adalah asosiasi perawatan paliatif internasional, regional dan nasional, penerima perawatan paliatif (pasien dan keluarga mereka), organisasi individu yang menyediakan perawatan, dan pihak-pihak lain yang berkepentingan seperti donor.<sup>8</sup>

### Dasar Pemikiran

Keterlibatan pemangku kepentingan memiliki potensi untuk memastikan prioritas utama dapat ditangani bersama dan diterjemahkan ke dalam praktik sehingga tercapai tujuan dan sasarannya.<sup>8,17</sup>

## Bukti Efektifitas

Penglibatan pemangku kepentingan yang tepat sasaran dalam pengembangan dan penyempurnaan telah diteliti memiliki manfaat yang signifikan.<sup>18</sup> Penelitian lain juga meneliti dari 132 pemangku kepentingan di eropa, terdapat beberapa metode penglibatan pemangku kepentingan telah sukses dilakukan untuk mengidentifikasi isu di perawatan paliatif.<sup>17</sup>

## Bahan Pertimbangan

1. Terdapat proses konsultasi dan pemberian umpan balik kepada pemangku kepentingan internal yang didokumentasikan dengan baik.
2. Dokumentasi aktivitas digunakan sebagai bukti dan bahan evaluasi serta perencanaan selanjutnya.
3. Pertemuan kepemimpinan dilaksanakan rutin untuk membahas kegiatan sehari-hari organisasi dan bagaimana tujuan organisasi ditangani.
4. Penyedia layanan memiliki catatan profil pekerjaan/latar belakang terkait pemangku kepentingan eksternal dan organisasi jaringan.



## Langkah Aksi

1. Mendokumentasikan proses untuk mengidentifikasi dan membangun jaringan dengan pemangku kepentingan, beserta hasil peran dan tanggung jawabnya.
2. Menyusun MOU yang jelas atau *terms of reference* (ToR) yang dikembangkan untuk memberikan kejelasan antar kegiatan entitas dan/atau asosiasi nasional dan anggotanya.
3. Berbagai tingkat pemangku kepentingan diidentifikasi dan didokumentasikan dalam konstitusi yang mengatur organisasi.
4. Mengadakan analisis pemangku kepentingan secara rutin dilakukan untuk menentukan bagaimana hubungan penyedia layanan.
5. Menilai kebutuhan para pemangku kepentingan dievaluasi tahun untuk mengidentifikasi apakah kebutuhan ini tetap sama atau harus direvisi.

## Contoh Program

*Community-based Palliative Care* yang mengadakan koalisi nasional untuk hospis dan perawatan paliatif di Amerika yang membuat strategi arahan dari pemegang kepentingan meliki

peranan besar sebagai pijakan tahap awal dalam program perawatan paliatif dalam *NCP Stakeholder Strategic Directions Summit* yang diikuti oleh 58 partisipan organisasi dari 43 bagian negara terkait berbagai macam aspek seperti tatakelola pelayanan, asosiasi penyedia pelayanan, bidang akreditasi, penyumbang dana, dan komunitas organisasi terkait.<sup>19</sup>

Sedangkan contoh di Indonesia yaitu Surabaya sebagai Kota Paliatif pertama di Indonesia, bersama dengan pemangku kepentingan terkait di pemerintahan berhasil mengeluarkan Surat Keputusan Walikota No. 188.45/315/436.1.2/2010 (tahun 2010) mengenai pembentukan Tim Paliatif di Kota Surabaya yang mengalami revisi berkelanjutan terkahir menjadi Surat Keputusan Wali Kota Surabaya Nomor 188.45/17/436.1.2/2018 (tahun 2018).



Strategi

3

## Pendidikan dan Pelatihan

Langkah Aksi:

1. Menyediakan pelatihan dasar di berbagai tingkat untuk pemberi layanan (tingkat menengah dan lanjut)
2. Integrasi pelatihan tingkat lanjut di institusi pendidikan formal
3. Memastikan pendanaan

Pendidikan perawatan paliatif adalah salah satu pilar strategi Kesehatan Masyarakat WHO untuk perawatan paliatif, yang ditujukan untuk integrasi atau pembentukan perawatan paliatif yang efektif di masyarakat.<sup>20</sup> Untuk meningkatkan kualitas perawatan paliatif, membutuhkan ilmu perawatan paliatif dapat diakses oleh seluruh penyedia layanan paliatif. Pendidikan dan pelatihan perawatan paliatif harus dilihat sebagai sebuah proses berkelanjutan, yang dimulai pada tingkat sarjana, hingga pelatihan tingkat spesialis dan menuju pendidikan berkelanjutan serta di implementasikan dengan baik di berbagai tingkatan fasilitas pelayanan kesehatan dan komunitas.

## Dasar Pemikiran

Pelatihan diberikan harus berbasis kompetensi menyesuaikan dengan berbagai tingkat pemberi layanan, dari layanan primer hingga spesialis. Akan tetapi, pendidikan dan pelatihan perawatan paliatif seyogyanya tidak hanya berfokus pada ilmu pengetahuan dan keterampilan, namun juga tentang *attitude* serta kepercayaan dan nilai-nilai yang berlaku di masyarakat. Penyedia perawatan profesional perlu dilengkapi dengan pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk dapat memberikan standar perawatan paliatif yang berkualitas kepada pasien, keluarga, dan komunitas. Pendidikan dan pelatihan adalah prioritas, dan pelatihan perlu disediakan untuk penyedia perawatan profesional di semua tingkat perawatan. misalnya rumah sakit, klinik dan masyarakat. Tenaga kesehatan yang sudah dilatih, kemudian juga dapat melatih penyedia perawatan paliatif di masyarakat dan keluarga.<sup>8</sup>

## Bukti Efektivitas

Petugas kesehatan yang terlatih juga perlu mendapatkan dukungan dari otoritas kesehatan setempat. Dengan dukungan tersebut, petugas terlatih dan fasilitas kesehatan dapat tetap terhubung dan dapat berkontribusi untuk mengimplementasikan layanan perawatan paliatif serta dapat meningkatkan kapasitas tenaga kesehatan dan memberikan kesempatan *transfer knowledge* ketika anggota tim dapat belajar bersama.<sup>2</sup> Perlu

dipahami bahwa, yang penting bukanlah bahwa semua petugas kesehatan berspesialisasi dalam perawatan paliatif, tetapi bahwa pelatihan perawatan paliatif tersedia di berbagai tingkat akademik agar sesuai dengan beragam kebutuhan dan persyaratan dari berbagai profesi yang berbeda.

Relawan/*volunteers* dalam perawatan paliatif berbasis komunitas merupakan bagian dari tim antar-disiplin yang fokusnya adalah menyediakan perawatan paliatif secara holistik di komunitas, dan mereka adalah sumber daya utama dalam masyarakat. Karena itu mereka harus diberikan pendidikan, pelatihan, pengawasan secara profesional, deskripsi pekerjaan dan tanggung jawab yang tepat, serta pendanaan yang memadai.

Relawan akan memberikan dampak yang besar ke perawatan paliatif ketika dipilih dan didayagunakan dengan tepat, dan diberikan pelatihan dan dukungan yang baik. Mereka dapat meningkatkan akses masyarakat kepada layanan perawatan paliatif serta mengisi kesenjangan/*gap* kurangnya tenaga kesehatan di sebagian besar layanan.<sup>8</sup>

## Bahan Pertimbangan

### Pelatihan untuk penyedia perawatan profesional

1. Penyedia perawatan paliatif profesional memiliki akses dengan pelatihan perawatan paliatif yang diakui untuk dukungan dan pengawasan secara profesional.
2. Penyedia perawatan profesional memiliki akses untuk *continuing professional development*.
3. Penyedia perawatan profesional mendukung perancangan dan pelaksanaan program pendidikan dan pelatihan perawatan paliatif untuk semua tingkat perawatan.
4. Pelatihan dievaluasi dan disinergikan dengan standar kompetensi.
5. Kolaborasi dengan institusi pendidikan kesehatan yang sesuai.

### Pelatihan untuk Perawatan berbasis Komunitas

1. Pelatihan didasarkan pada penilaian kebutuhan masyarakat dan konteks budaya yang berlaku di masyarakat.
2. penyedia perawatan paliatif komunitas memahami sistem kesehatan yang tersedia dan berlaku.
3. Penyedia perawatan komunitas disupervisi oleh tenaga profesional yang berada dalam tim mereka.



## Langkah Aksi

Berikut langkah aksi berdasarkan WHO untuk pendidikan dan pelatihan perawatan paliatif:<sup>2</sup>

1. Menyediakan pelatihan dasar (20–40 jam) untuk penyedia layanan kesehatan yang bekerja di tingkat primer dan masyarakat.
2. Menyediakan pelatihan tingkat menengah (60–80 jam) untuk dokter dan perawat yang menangani pasien kanker di tingkat sekunder dan tersier.
3. Menyediakan pelatihan tingkat lanjut (khusus) (3-6 bulan) untuk tim khusus atau unit perawatan paliatif di tingkat menengah dan tersier.
4. Integrasi pelatihan tingkat lanjut di pendidikan formal di sekolah-sekolah medis dan keperawatan.
5. Memastikan dukungan pendanaan dari pemerintah daerah dan sumber lainnya.

## Contoh Program

Mengintegrasikan pengobatan paliatif ke dalam kurikulum sekolah kedokteran dan keperawatan di Kolombia.<sup>21</sup>

**Program ini diintegrasikan pada tahun 2014-2015 dan diimplementasikan dalam beberapa langkah:**

1. Langkah awal dengan melakukan kunjungan ke enam universitas, dan melakukan pertemuan dengan fakultas dan mahasiswa untuk memahami dan mengevaluasi persepsi mereka tentang, dan minat dalam, perawatan paliatif.
2. Lokakarya untuk mengidentifikasi dan menyusun kompetensi perawatan paliatif di tingkat sarjana untuk dokter dan perawat. Lokakarya ini mencakup peserta dari 17 sekolah kedokteran / keperawatan di Kolombia. Hasil dari lokakarya kemudian dikembangkan dan didistribusikan ke seluruh institusi dan dapat diakses secara bebas untuk tujuan pendidikan.
3. Peserta juga mendiskusikan rencana untuk meningkatkan integrasi perawatan paliatif ke dalam kurikulum medis dan keperawatan. Lokakarya ini juga memberikan peluang untuk jejaring dan untuk berbagi gagasan, sumber daya, dan pengalaman.

4. Institusi pendidikan kemudian menggunakan standar kompetensi yang dihasilkan sebagai model untuk mengembangkan kurikulum perawatan paliatif untuk institusi mereka sendiri, yang dirancang menyesuaikan kebutuhan pasien mereka dan memperhitungkan kebutuhan siswa dan sumber daya yang tersedia.
5. Mengimplementasikan perawatan paliatif menggunakan hasil dari keseluruhan proses.



Strategi

4

## Penelitian dan Manajemen Informasi

Langkah Aksi:

1. Menentukan penanggung jawab terhadap penelitian
2. Berkolaborasi dengan organisasi/institusi penelitian terkait
3. Menyusun prosedur penelitian
4. Mengatur alokasi sumber daya keuangan

Setiap bidang ilmu kesehatan sangat membutuhkan badan penelitian yang berkembang untuk dapat memajukan bidang ilmunya.<sup>3</sup> Di Dunia, Penelitian dalam perawatan paliatif masih belum menjadi sebuah prioritas. Penelitian tersebut seyogyanya menjadi penting untuk pengembangan layanan klinis paliatif yang optimal. Melalui riset, perawatan paliatif dapat memberikan informasi bahwa perawatan paliatif memiliki peran penting di samping pendekatan kuratif, bahkan dapat memengaruhi perubahan dalam praktik klinis, dan alokasi pembiayaan. Waktu dan sumber daya yang dialokasikan untuk riset dapat meningkatkan akses dan *outcome* di masa depan untuk pasien dan keluarga.

## Dasar Pemikiran

Untuk melakukan advokasi secara efektif kepada pembuat kebijakan, penyandang dana dan pendidik, ada kebutuhan untuk menunjukkan efektivitas perawatan paliatif di samping perawatan dan untuk menawarkan model perawatan yang sesuai secara lokal dan terbukti efektif baik dari segi biaya maupun hasil. Penelitian secara komprehensif perlu dilakukan untuk dapat memetakan manfaat di sekitar perawatan paliatif. Latar penelitian harus menyesuaikan dengan populasi target, sehingga dapat melakukan intervensi-intervensi spesifik yang sesuai dengan demografi pasien, budaya, dan nilai-nilai yang berlaku di populasi tersebut.

## Bukti Efektivitas

Penelitian harus meliputi bukti efektivitas biaya dan efisiensi biaya, dampaknya terhadap masyarakat dan sistem kesehatan, dan hasilnya bagi pasien, pelaku rawat, dan petugas kesehatan. Rencana penelitian harus dikembangkan dan didanai secara adekuat untuk dapat menutup kesenjangan-kesenjangan yang ada. Perhatian khusus juga harus diberikan kepada populasi seperti anak-anak, dan geriatri. Hasil dari penelitian dapat memberikan panduan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan. Hasil tersebut juga dapat mengidentifikasi bantuan-bantuan teknis yang diperlukan di komunitas dan fasilitas kesehatan.

## Bahan Pertimbangan

1. Penyedia perawatan paliatif memiliki akses ke informasi dan sumber daya penelitian dan praktik berbasis bukti.
2. Penyedia perawatan paliatif berkontribusi untuk penelitian melalui kolaborasi dengan jaringan di tingkatan lebih lanjut dan mitra lainnya, mis. tentang pengumpulan data.
3. Penelitian dapat mencakup bidang pelayanan utama, termasuk manajemen organisasi, semua aspek penyediaan perawatan holistik, perawatan paliatif pada anak-anak, pendidikan dan pelatihan, dan manajemen informasi.
4. Sumber daya keuangan yang adekuat dan berkesinambungan untuk pelaksanaan penelitian.

## Langkah Aksi

1. Menyusun tim/institusi yang dikhususkan/bertanggung jawab terhadap penelitian.
2. Melakukan kolaborasi dengan organisasi/institusi penelitian lainnya.
3. Menyusun prosedur untuk memastikan bahwa hasil penelitian diimplementasikan dan dikembangkan secara efektif dan menyeluruh ke dalam pelayanan.

4. Menyusun prosedur untuk memastikan bahwa hasil penelitian memberi dampak terhadap populasi yang dilayani.
5. Mengatur alokasi sumber daya keuangan.

## Contoh Program

Mengintegrasikan penelitian pada perawatan hospis di Uganda.<sup>22</sup> Setelah penyusunan *African Palliative Care Association Palliative Outcome Scale* (APCA POS), Perangkat penelitian tersebut kemudian divalidasi melalui proyek ENCOMPASS, sebuah penelitian multisenter yang melibatkan 5 Institusi, 4 di Afrika Selatan dan satu di Uganda.

Pada proses validasi, Institusi yang terlibat dalam APCA African POS menggunakan instrumen tersebut sebagai perangkat untuk peningkatan kualitas dalam audit klinis yang dilakukan di setiap institusi dalam dua fase. Instrumen ini diberikan selama perawatan rutin ketika perawat melakukan kunjungan pasien. Selama fase 1, data dikumpulkan setiap minggu selama 6 minggu, menghasilkan 6 variabel data, dengan jumlah 100 pasien. Pada fase 1, ditemukan kontrol gejala dan nyeri yang baik sepanjang periode waktu penelitian. Hal tersebut dikaitkan dengan penggunaan morfin oral secara efektif dan pendekatan perawatan paliatif. Namun, hasilnya tidak begitu baik untuk

masalah non-fisik dan ini terjadi pada seluruh lokasi penelitian. Data yang diperoleh kemudian dianalisis untuk mengidentifikasi strategi tentang bagaimana menangani masalah psikososial.

Pada fase 2, pengumpulan data diulangi di antara pasien yang berbeda dari layanan yang sama untuk melihat apakah strategi yang diterapkan dari audit fase 1 telah membuat perbedaan. Hasil pada fase 2 menunjukkan beberapa perbaikan dibandingkan pada fase 1.

Proses audit klinis membantu Uganda untuk dapat mengidentifikasi bidang-bidang kekuatan dan kelemahan dalam penyediaan perawatan mereka dan meningkatkannya sesuai kebutuhan. Fasilitas kesehatan kemudian menggunakan instrumen tersebut dan telah memasukkannya ke dalam sistem pemantauan dan evaluasinya.





Strategi

5

## *Monitoring* dan Evaluasi

Langkah Aksi:

1. Kebijakan dan prosedur terdokumentasi dan ditinjau berkala
2. Pembagian peran dan tanggung jawab
3. Hasil laporan berkala
4. Memastikan alokasi sumber dana yang adekuat

*Monitoring* adalah proses sistematis untuk mengumpulkan dan menganalisis informasi untuk menilai efisiensi organisasi dalam mencapai tujuan tertentu. *Monitoring* memberikan informasi dan umpan balik kepada organisasi maupun stakeholder utama tentang suatu kegiatan yang sedang berlangsung dan memastikan kegiatan yang dilaksanakan sesuai dengan rencana yang ditetapkan. Evaluasi didefinisikan sebagai proses sistematis dalam mengumpulkan dan menganalisis informasi untuk menilai efektivitas organisasi dalam mencapai tujuannya.

### Dasar Pemikiran

Penyedia pelayanan harus berkomitmen untuk dapat memberikan kualitas perawatan terbaik, dan melakukan program peningkatan kualitas melalui pemantauan dan evaluasi yang

efektif terhadap tujuan, sasaran, dan kegiatan yang telah ditentukan.

Monev sangat penting untuk memastikan bahwa intervensi yang ditentukan berhasil diimplementasikan. Monev harus dilaksanakan di tingkat perawatan paliatif dan untuk semua organisasi, baik kecil maupun besar dan diintegrasikan dengan baik ke dalam program sejak awal. Monev memungkinkan para penanggung jawab program untuk mengikuti perkembangan kegiatan mereka, membandingkan apa yang direncanakan dengan apa yang sebenarnya terjadi, menilai efektivitas pelayanan, dan membuat keputusan yang tepat ketika merencanakan dan menggunakan sumber daya manusia maupun keuangan secara optimal untuk memberi manfaat bagi pasien dan keluarga mereka.

## **Bukti Efektivitas**

Monev dapat menilai kinerja, mengukur hasil. Sistem pemantauan dan evaluasi yang baik dapat menjadi instrumen dalam menyediakan informasi yang kelak berguna untuk advokasi dan kepada para pemangku kepentingan tentang kemajuan, tantangan, keberhasilan, dan pembelajaran.

Monev yang baik memerlukan dukungan dari pengorganisasian data dan informasi yang baik. Data dianalisa untuk menemukan pola, hubungan, dan tren yang dapat meningkatkan efektivitasnya. Basis data informasi yang dikembangkan dengan

baik memberikan sumber daya kepada para pengelola program. Mereka dapat dengan mudah membuat laporan yang relevan, melakukan analisis, dan menginformasikan proses pengambilan keputusan.<sup>8</sup>

## Bahan Pertimbangan

1. Terdapat kebijakan dan prosedur formal untuk manajemen data.
2. Penyedia pelayanan dilatih dalam keterampilan dasar pengumpulan dan analisis data.
3. Terdapat tujuan dan sasaran program yang jelas untuk monitoring dan evaluasi.
4. Kebutuhan pengumpulan data didefinisikan dengan jelas, dan penyedia layanan mengetahui apa yang diharapkan dari mereka.
5. Telah disepakati dengan para pemangku kepentingan utama bagaimana dan data apa yang akan dikumpulkan dan dianalisis, tujuan, bagaimana temuan akan dibagikan dan tindakan apa yang akan diambil.
6. Frekuensi pengumpulan data disepakati dan didokumentasikan.
7. Penyedia pelayanan dilatih dalam keterampilan dasar pengumpulan dan analisis data.
8. Penganggaran proses money yang adekuat.

## Langkah Aksi

1. Menyusun kebijakan dan prosedur formal untuk manajemen data.
2. Menyediakan pelatihan keterampilan dasar pengumpulan dan analisis data.
3. Terdapat tujuan dan sasaran program yang jelas untuk monitoring dan evaluasi.
4. Mendefinisikan peran dan tanggung jawab antar pemangku kepentingan secara jelas dan sesuai visi misi.
5. Pemangku kepentingan terkait, seperti penyedia layanan dan komunitas yang dilayani, berpartisipasi dalam proses monev, mis. dalam merencanakan dan mengelolanya.
6. Penyedia pelayanan dilatih dalam keterampilan dasar pengumpulan dan analisis data.
7. Mengatur alokasi sumber dana yang tersedia dan dibuat laporan secara berkala.

## Contoh Program

### ***Monitoring dan Evaluasi Rencana Strategis Paliatif di Australia***<sup>23</sup>

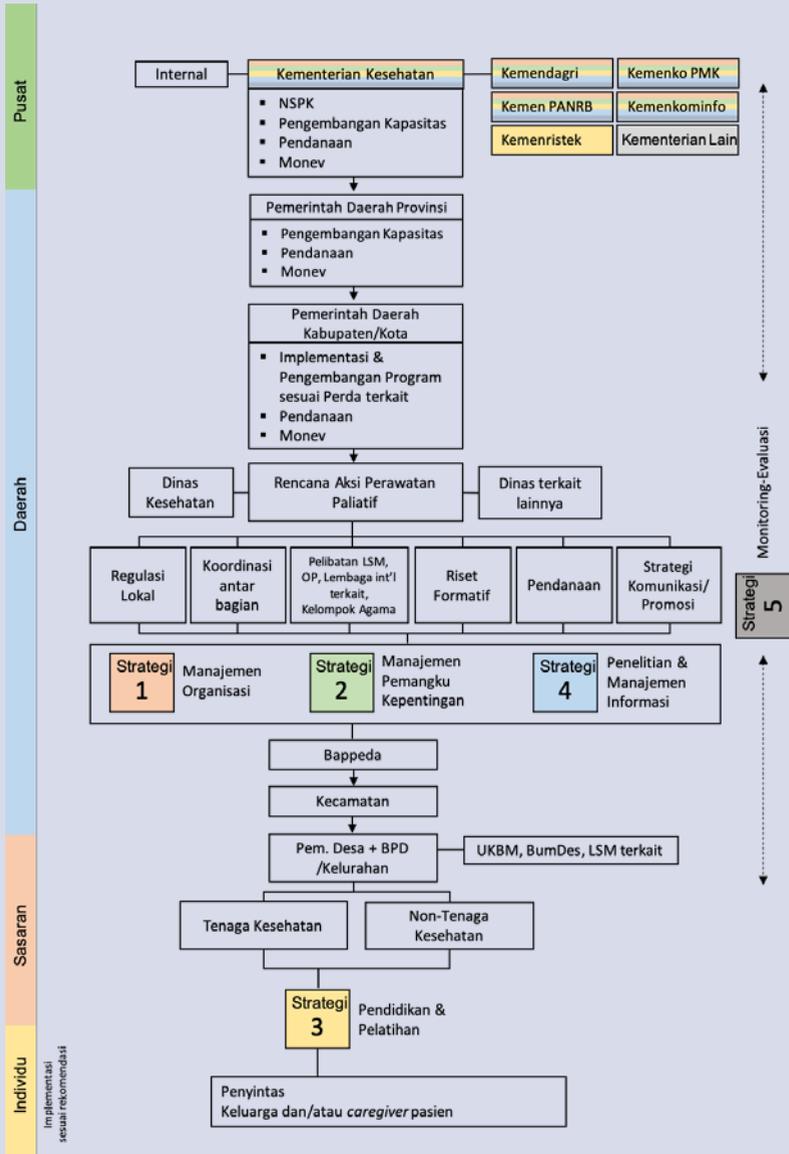
Australia menetapkan Rencana Strategi Perawatan Paliatif di tahun 2010. Evaluasi Strategi menghasilkan beberapa rekomendasi terkait dengan pengumpulan data di semua pengaturan perawatan dan pengembangan data yang konsisten secara nasional.

Monitoring dan evaluasi dilakukan dengan tujuan memantau hasil implementasi di seluruh Australia. Kegiatan ini memungkinkan kualitas dan proses perawatan untuk dinilai dan ditingkatkan di semua tingkat perawatan, memperluas pemahaman tentang di mana orang dapat mengakses perawatan paliatif, yang menyediakan perawatan, dan frekuensi serta efektivitas berbagai perawatan atau layanan.

Hasil dari monev telah memberikan kontribusi yang signifikan terhadap kualitas perawatan paliatif yang diberikan di Australia. Mempertahankan komitmen nasional yang kuat, dan membantu meningkatkan pelayanan di Australia serta internasional dengan meningkatkan basis pengetahuan global.



Gambar 1. Alur Langkah Implementasi Aksi Pengembangan Perawatan Paliatif.



## Daftar Pustaka

1. World Health Organization (WHO). Palliative Care.
2. World Health Organization. Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. World Heal Organ [Internet]. 2016;9–17. Available from: [http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)
3. World Palliative Care Alliance. Global atlas of palliative care at the end of life. 2014. 111 p.
4. Maria A. Witjaksono, Sutandiyo N, Suardi D. Regional support for palliative care in Indonesia [Internet]. Vol. 2014, Indonesian Palliative Society. 2014 [cited 2019 Oct 15]. p. 1–5. Available from: [https://ehospice.com/international\\_posts/regional-support-for-palliative-care-in-indonesia/](https://ehospice.com/international_posts/regional-support-for-palliative-care-in-indonesia/)
5. Putranto R, Mudjaddid E, Shatri H, Adli M, Martina D. Development and challenges of palliative care in Indonesia: Role of psychosomatic medicine. *Biopsychosoc Med*. 2017;11(1):1–5.
6. The Economist Intelligence Unit. The 2015 Quality of Death Index: Ranking palliative care across the world. 2015.
7. Regnard C, Kindlen M. Supportive and Palliative Care in Cancer: An Introduction. 1st ed. Regnard C, Kindlen M, editors. Oxford: Radcliffe Medical Press; 2002. 1–174 p.
8. African Palliative Care Association. APCA Standards for

- Providing Quality Palliative Care Across Africa. 2010;100.  
Available from:  
[http://www.thewhpc.org/images/resources/npsg/APCA\\_Standards\\_Africa.pdf](http://www.thewhpc.org/images/resources/npsg/APCA_Standards_Africa.pdf)
9. Agar, Meera; Allsop, Andrew; Callaghan, Liz; Dooley, Kerri-Anne; Greaves, Judi; Hanson, Sue; Phillips, Marianne; Virdun, Claudia; Weyman K. National Palliative Care Standards [Internet]. 5th editio. 2018. 9–23 p. Available from: [https://palliativecare.org.au/wp-content/uploads/dlm\\_uploads/2018/02/PalliativeCare-National-Standards-2018\\_web-3.pdf](https://palliativecare.org.au/wp-content/uploads/dlm_uploads/2018/02/PalliativeCare-National-Standards-2018_web-3.pdf)
  10. Lockett T, Phillips J, Agar M, Virdun C, Green A, Davidson PM. Elements of effective palliative care models: A rapid review. *BMC Health Serv Res.* 2014;14(1).
  11. Zamanzadeh V, Jasemi M, Valizadeh L, Keogh B, Taleghani F. Effective factors in providing holistic care: A qualitative study. *Indian J Palliat Care.* 2015 May 1;21(2):214–24.
  12. O'Connor M, Fisher C, Guilfoyle A. Interdisciplinary teams in palliative care: a critical reflection. Vol. 12, *International journal of palliative nursing.* 2006. p. 132–7.
  13. Surabaya HPK. Jadi Kota Paliatif Pertama di Indonesia – Bangga Surabaya [Internet]. 9 Agustus 2019. 2019 [cited 2019 Nov 17]. Available from: <https://humas.surabaya.go.id/2019/08/09/jadi-kota-paliatif-pertama-di-indonesia/>
  14. Edwar PPM, Soemantri RD, Suyoso S, Budiyo DA,

- Handayani PE, Mudiharti, et al. *Mimbar RSUD Dr. Soetomo: 25 Tahun Pelayanan Perawatan Paliatif di Indonesia 1992-2017*. 2017;21(2):2–9.
15. Cai Y, Yan F. *The Role of Internal and External Stakeholders*. Romulo Pinh [Internet]. 2017; Available from:  
<https://www.researchgate.net/publication/300798730>  
The
  16. Freeman RE. *Strategic Management A Stakeholder Approach | Business ethics | Cambridge University Press* [Internet]. 2010 [cited 2019 Nov 17]. Available from:  
<http://www.cambridge.org/at/academic/subjects/management/business-ethics/strategic-management-stakeholder-approach>
  17. Brereton L, Ingleton C, Gardiner C, Goyder E, Mozqgamba K, Lysdahl KB, et al. *Lay and professional stakeholder involvement in scoping palliative care issues: A comparison of methods used in seven European countries*. 2017;2(31):181–92.
  18. Sekerka LE. *Defining the Benefits of Stakeholder Engagement in Systematic Reviews Research White Paper Defining the Benefits of Stakeholder Engagement in Systematic Reviews*.
  19. *Care NC for H and P. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*. 4th editio. Vol. 17, National Coalition for Hospice and Palliative Care. Richmond:

- National Coalition for Hospice and Palliative Care; 2018. 1–166 p.
20. Stjernswärd J, Foley KM, Ferris FD. The public health strategy for palliative care. *J Pain Symptom Manage*. 2007 May;33(5):486–93.
  21. Pastrana T, Wenk R, De Lima L. Consensus-Based Palliative Care Competencies for Undergraduate Nurses and Physicians: A Demonstrative Process with Colombian Universities. *J Palliat Med*. 2016 Jan;19(1):76–82.
  22. African Palliative Care Association. African Palliative Care Association :: Using evidence.
  23. Australian Government. National Palliative Care Strategy 2018. 2018.

ISBN 978-623-90408-7-1



9 786239 040871