

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang Masalah

Seseorang yang menjalani perawatan medis, selanjutnya disebut pasien, membutuhkan pertolongan dokter dalam memulihkannya. Namun, tidak jarang dari mereka yang memiliki penyakit berat mengalami berbagai keterbatasan seperti ketidakmampuan melakukan bersih-diri, tidak mampu mengontrol emosi, tidak mampu bersosialisasi, tidak mampu bekerja dan lain sebagainya. Beberapa orang yang mengalami penyakit berat membutuhkan bantuan oranglain untuk merawat, mereka membutuhkan orang lain untuk membantu melakukan aktivitas sehari-hari mereka (Scott, 2006 dalam Ohara, 2010). Adanya keterbatasan tersebut menyebabkan pasien memerlukan bantuan dari orang lain untuk melakukan berbagai aktivitas hidupnya sehari-hari. Bantuan dari orang lain sering disebut *caregiver*, biasanya keluarga, untuk melakukan perawatan diri dan pemenuhan kebutuhan secara umum (Neugaard, dkk., 2008).

Keluarga *caregiver* memiliki peran yang sangat penting untuk mengatur semua aspek pada perawatan pasien (Northouse, 2005 dalam Turkoglu, 2012). Berbagai keterbatasan yang dialami pasien tidak hanya berpengaruh pada diri mereka, tetapi juga mempengaruhi kehidupan orang yang merawatnya (*caregiver*). Seperti pada kasus yang oleh tim dokter dinyatakan sulit sembuh atau tidak ada harapan lagi, bahkan mungkin hampir meninggal dunia atau yang dikenal pasien stadium terminal, pasien menjalani perawatan yang intens dan dalam waktu yang

lama, biaya yang tinggi serta memerlukan pendampingan dari berbagai bidang baik kesehatan maupun spiritual. “Tidak banyak penderita yang mengalami gangguan hidup, tetapi seluruh keluarga ikut menanggungnya”, kata Ketua Umum Yayasan Kanker Indonesia (YKI) Jawa Timur Dra. Hj. Nina Soekarwo (Humas Jawa Timur, 2013). Pendekatan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga mereka dalam menghadapi masalah yang terkait dengan penyakit yang mengancam jiwa disebut perawatan paliatif (WHO, 2012). Menurut dinas kesehatan kota Surabaya (2011) perawatan paliatif adalah perawatan yang diberikan tidak hanya berfokus pada kesembuhan pasien, tetapi juga untuk mengurangi penderitaan pasien, memperpanjang umurnya, meningkatkan kualitas hidupnya, juga memberikan dukungan kepada keluarganya.

World Health Organization (1997) mendefinisikan “sehat” sebagai suatu keadaan dimana seseorang memiliki fisik, mental dan kesejahteraan sosial secara lengkap, bukan semata-mata keadaan ketika tidak memiliki penyakit apapun. Kualitas hidup merupakan hal yang kompleks, kostruk yang dapat di kaji secara multidimensi. Kualitas hidup sering didasari pada bagaimana individu memandang beberapa dimensi kehidupan dari pengalaman subjektif, sebagai bagian dari pengalaman hidup dan kepuasan hidup. The World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL) juga menyatakan bahwa indikator untuk mengukur kesehatan, termasuk di dalamnya efek dari layanan kesehatan, bukan hanya dilihat dari frekuensi dan tingkat keparahan suatu penyakit saja, namun juga mencakup perkiraan kesejahteraan hidup seseorang, dimana data tersebut diperoleh dengan

mengukur kualitas hidup yang berhubungan dengan perawatan kesehatan (WHOQOL, 1997).

Weitzner (1999) mendefinisikan kualitas hidup *caregiver* sebagai hasil dari perawatan kesehatan dan rehabilitasi atau dapat disebut dengan status kesehatan yang mencakup kesehatan fisik, kondisi emosi, kehidupan sosial, dan keadaan finansial. Konsep kualitas hidup sering digunakan sebagai indikator keberhasilan dari berbagai layanan kesehatan karena dianggap dapat berpengaruh penting pada kesehatan seseorang (Caquen-Urizar, 2009, dalam Kate, 2013).

Kualitas hidup yang baik pada *caregiver* akan berpengaruh pada baiknya pemberian perawatan yang diberikan pada pasien. Ketika kesehatan *caregiver* terganggu, yang dicerminkan dari rendahnya kualitas hidup, maka hal ini dapat berpengaruh langsung pada kualitas perawatan yang dilakukan *caregiver* kepada pasien. Kualitas hidup yang buruk menyebabkan *caregiver* menjadi kurang mampu ataupun kurang mau untuk memberikan perawatan dengan kualitas yang baik pada pasien paliatif (Yakar, 2013). Hal ini tentu akan merugikan kedua belah pihak. Sejumlah penelitian sebelumnya telah membuktikan bahwa perawatan yang dilakukan oleh *caregiver* terhadap pasien paliatif dapat mempengaruhi kualitas hidup dari *caregiver* tersebut (Guethmundsson & Tomasson, 2002; Ohaeri, 2003; Sales, 2003; Heru, dkk., 2004; dalam Awandalla, dkk., 2005).

Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sedang menjalani perawatan paliatif dapat membebani kehidupan *caregiver* (Wong, dkk., 2012). Hal tersebut dapat menyebabkan *caregiver* mengalami berbagai keterbatasan (Biegel, dkk., 1991, dalam Sales, 2003). Perawatan yang harus dilakukan seorang *caregiver*

terhadap pasien paliatif merupakan pekerjaan yang memakan banyak waktu dan menuntut kestabilan psikologis, dimana para *caregiver* tidak jarang mengorbankan kehidupan pribadinya demi merawat pasien paliatif (Limpawattana, 2013).

Zarit dan kawan-kawan (1980) menjelaskan bahwa *caregiver burden* merupakan beban yang dirasakan oleh caregiver terhadap kondisi emosi, fisik, sosial dan finansial. *Caregiver burden* tersebut merupakan kondisi yang dihasilkan dari berbagai tugas perawatan atau pembatasan-pembatasan yang menyebabkan ketidaknyamanan bagi *caregiver* (Zarit, Reeve & Bach-Peterson, 1980, dalam Buhse, 2008). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Yakar (2013) menyebutkan keluarga *caregiver* yang memberikan perawatan menunjukkan peningkatan beban fisik, kecemasan, depresi, keterbatasan melakukan kegiatan sehari-hari dan aktivitas sosial, ketegangan dalam hubungan pernikahan, kesulitan keuangan dan penurunan kualitas hidup.

Kesibukan merawat yang dilakukan oleh *caregiver* menguras banyak energi dan pikiran sehingga caregiver menjadi lalai akan perawatan pada dirinya sendiri. Kebanyakan dari mereka kurang peduli pada kesehatan dirinya, baik kesehatan secara fisik maupun secara psikologis (Hakim, 2013). Hal ini juga didukung oleh hasil penelitian dari Awandalla dan kawan-kawan (2005) menunjukkan bahwa *caregiver* pasien paliatif mendapatkan kualitas hidup lebih rendah dari populasi general (*non-caregiver*).

*Caregiver* pasien paliatif dapat mengalami beban secara finansial, kesulitan menghadapi perilaku disruptif dan emosi yang tidak terkontrol, tidak memiliki waktu luang untuk aktivitas personal, kurangnya waktu untuk bersosialisasi,

kesulitan dalam menghadapi lemahnya motivasi pada pasien paliatif, dan juga kesulitan ekonomi (Baronet, 1999; Sales, 2003; dalam Wong, dkk., 2012).

Mereka memiliki laporan kesehatan yang lebih buruk dari non-caregiver, meningkatnya simptom distres secara psikologis, memiliki perasaan akan stigma secara sosial, kekurangan waktu luang dan waktu untuk bersosialisasi, dan juga mengalami masalah berkaitan dengan biaya yang diperlukan pasien paliatif (Foldemo, dkk., 2005; Gutierrez-Maldonado, dkk., 2005; Magliano, dkk., 1998; Ostman & Kellin, 2002; Tucker, dkk., 1998; dalam Fan & Chen, 2009).

Penelitian yang dilakukan oleh Pronost (2012) menyatakan bahwa memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sedang menjalani perawatan paliatif sangat menuntut dan sering menjadi sumber dari stres. Keadaan emosional tersebut terbukti lebih membebani dibandingkan dengan berbagai beban fisik yang harus dijalani sebagai *caregiver* (Glozman, 2004).

Perawatan yang dilakukan oleh caregiver terhadap pasien paliatif dapat memicu stres yang dapat mengganggu kualitas hidup pada *caregiver* (Weitzner, dkk., 1997; Bell, dkk., 2001; Meyers & Gray, 2001; Markowitz, dkk., 2003; Morimoto, dkk., 2003; Argimon, dkk., 2004; Li, dkk., 2004; Martinez-Martin, dkk., 2005; Carter, 2008; dalam Neugaard, dkk., 2008). Beberapa literatur menyebut *caregiver* sebagai "*hidden patient*" (Brown, dkk., 1990, dalam Neugaard, dkk., 2008), karena beban perawatan yang harus ditanggung *caregiver* akan berdampak pada buruknya kesehatan mental *caregiver*, dan dalam beberapa kasus, dapat berkembang menjadi gangguan mental (Sales, 2003; Wong, 2000; dalam Wong, dkk., 2012).

*Caregiver* sering kali mengalami stres secara emosional, yang disebabkan oleh berkurangnya kasih sayang yang seharusnya terjadi secara timbal balik antara *caregiver* dan pasien paliatif yang tidak lagi dapat melakukan berbagai aktivitas bersama-sama (seperti: membuat rencana, menyelesaikan masalah, dll), merasa terpaksa melakukan tugas-tugas sebagai *caregiver*, tidak yakin akan kesembuhan pasien paliatif, dan juga merasa kurang mendapat dukungan dari lingkungan sekitarnya (O'Reilly, dkk., 1996; Pearlin, 1994; dalam Glozman, 2004).

Penelitian mengenai keluarga *caregiver* secara konsisten mendemonstrasikan bahwa peningkatan *caregiver burden* berhubungan dengan penurunan kesehatan mental dan fisik (Morimoto, dkk., 2003). Penelitian ini juga menunjukkan beban fisik, sosial, psikologis dan isu ekonomi saat memberikan perawatan pada pasien membuat adanya *burden* dan memperburuk kualitas hidup mereka (Morimoto, dkk., 2003).

Selain itu tiga prediktor utama yang dianggap dapat menyebabkan *caregiver* merasakan beban yang lebih berat dan kualitas hidup yang lebih rendah adalah durasi dan tingkat keparahan pasien, berkurangnya dukungan yang dirasakan, keterbatasan dalam melakukan berbagai aktivitas, dan perasaan negatif seperti perasaan malu, rasa bersalah, dan merasa bertanggung jawab atas keadaan pasien (Dyck, dkk., 1999; Grover & Dutt, 2011; Lauber, dkk., 2003; dalam Settineri, dkk., 2014).

Faktor lain bersifat internal yang dapat mempengaruhi kualitas *caregiver* dalam merawat pasien adalah *self efficacy*. *Self efficacy* merupakan sifat penting yang menentukan bagaimana seseorang merasakan, berfikir dan berperilaku. Teori

*self efficacy* sanggup menjelaskan perubahan kemampuan dari anggota keluarga untuk mengatasi tuntutan yang terus-menerus dan tantangan saat merawat (Steffen, dkk., 2002).

*Self efficacy* dapat diartikan sebagai keyakinan seseorang mengenai kemampuannya dalam mengatur dan mengelola cara untuk mengendalikan berbagai situasi (Bandura, 1997 dalam Steffen, dkk., 2002). *Self efficacy* memiliki bermacam dampak pada psikososial seseorang, diantaranya, mereka menentukan bagaimana perilaku koping akan dimunculkan, berapa banyak usaha yang akan dijalankan, berapa lama usaha tersebut bertahan menghadapi rintangan dan penderitaan (Bandura, 1997 dalam Steffen, dkk., 2002).

Penelitian Adegbola (2007) menemukan bahwa ada korelasi positif antara *self efficacy* dengan kualitas hidup pada orang dewasa yang merawat pasien kanker. Edwards (2001 dalam Adegbola, 2007) mengemukakan skor *self efficacy* berbanding terbalik dengan perubahan gejala fisik. Hal ini berarti *self efficacy* merupakan faktor penting dalam penyesuaian faktor psikologis dan fisik untuk terhindar dari masalah penurunan kesehatan fisik dan psikologis yang baik (Edwards, 2001 dalam Adegbola, 2007).

Penelitian lain melaporkan bahwa *self efficacy* dapat mengurangi stres pada individu (Holahan, 1987 dalam Nation, 1992). Sehingga, jika *caregiver* memiliki *self efficacy* yang tinggi, maka ia tetap dapat memberikan perawatan yang baik pada pasien, mengurangi stres yang dialaminya yang kemudian berakibat pada kualitas hidup yang lebih baik. Hal ini juga didukung oleh hasil penelitian Edwards (2001 dalam Adegbola, 2007) menyatakan adanya penurunan tingkat *self efficacy* dengan

penurunan kualitas hidup sangat mengganggu dalam menjalankan aktivitas sehari-hari, berkurangnya motivasi, dan harapan akan membuat individu sulit untuk mengatasi stres karena merawat pasien. *Self efficacy* juga memberikan kekuatan untuk tetap bertahan dalam merawat pasien walaupun dalam kondisi yang sangat tidak baik (Henry & Sevens, 1977 dalam Nation, 1992).

Penelitian yang dilakukan oleh Zhang dan kawan-kawan (2013) menemukan bahwa *self efficacy* yang rendah berpengaruh pada kesehatan mental yang rendah dan terjadi peningkatan *burden* yang semakin tinggi. Lebih lanjut Zhang (2013) mengemukakan bahwa *self efficacy* terbukti memediasi kualitas hidup dengan *social support*.

*Self efficacy* yang rendah menyebabkan rendahnya *self esteem* dan rasa pesimis, sebaliknya jika *self efficacy* tinggi membuat seseorang mampu menghadapi tantangan dan melaksanakan tugas dengan baik (Gozum, 1999 dalam Durmaz 2014). Teori dari *self efficacy* secara luas digunakan para peneliti untuk membantu menjelaskan berbagai macam reaksi yang sudah berjalan lama, dan pengalaman yang sangat menekan (Bandura, dkk., 1985 dalam Resnick 1998 dalam Sullivan, dkk., 1998 dalam Steffen, dkk., 2002). Sehingga dengan adanya *self efficacy* yang tinggi dalam seseorang dapat tetap menghasilkan kualitas hidup yang baik dan *caregiver* tidak mengalami *burden*.

Persoalan mengenai buruknya kualitas hidup pada *caregiver* pasien paliatif karena merawat pasien paliatif dalam jangka waktu yang lama dan intens merupakan fenomena yang menarik untuk diteliti. Penelitian ini sudah banyak dilakukan di negara maju dan mulai banyak diteliti di negara berkembang. Sayangnya, penelitian

mengenai kualitas hidup *caregiver* yang berhubungan dengan *caregiver burden* dan *self efficacy* masih sangat jarang diteliti di Indonesia. Padahal hal ini penting untuk mengetahui kualitas hidup *caregiver*. Apabila *caregiver* memiliki kualitas hidup yang baik maka ia tetap dapat *survive* dalam menjalani kehidupannya baik sebagai *caregiver* maupun sebagai manusia yang memiliki berbagai aktivitas lain selain merawat pasien. Jika ditinjau berdasarkan uraian diatas, *caregiver* mendapat banyak tekanan dari berbagai segi baik itu psikologis, fisik, sosial bahkan mengganggu finansial mereka. Dan motivasi dan keyakinan diri yang kurang tinggi juga menyebabkan mereka mengalami penurunan kesehatan fisik dan psikologis. Hal ini tentu akan mempengaruhi kualitas hidup *caregiver* itu sendiri. Sehingga peneliti ingin mnegetahui hubungan antara *caregiver burden* dan *self efficacy* dengan kualitas hidup *caregiver* pasien paliatif.

## 1.2. Identifikasi Masalah

Perawatan yang harus dilakukan seorang *caregiver* terhadap pasien paliatif merupakan pekerjaan yang memakan banyak waktu dan menuntut kestabilan psikologis. Perawatan yang dilakukan oleh *caregiver* terhadap pasien paliatif dapat memicu stres yang dapat mengganggu kualitas hidup pada *caregiver* (Weitzner, dkk., 1997; Bell, dkk., 2001; Meyers & Gray, 2001; Markowitz, dkk., 2003; Morimoto, dkk., 2003; Argimon, dkk., 2004; Li, dkk., 2004; Martinez-Martin, dkk., 2005; Carter, 2008; dalam Neugaard, dkk., 2008). Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sedang menjalani perawatan paliatif dapat membebani kehidupan *caregiver* (Wong, dkk., 2012). Hal tersebut dapat menyebabkan

*caregiver* mengalami berbagai keterbatasan (Biegel, dkk., 1991, dalam Sales, 2003).

*Caregiver* sering kali mengalami stres secara emosional, yang disebabkan oleh berkurangnya kasih sayang yang seharusnya terjadi secara timbal balik antara *caregiver*. Keadaan emosional tersebut terbukti lebih membebani dibandingkan dengan berbagai beban fisik yang harus dijalani sebagai *caregiver* (Glozman, 2004).

Segala penderitaan fisik, keuangan, psikososial saat merawat orang yang dikasihi atau keluarga disebut dengan *caregiver burden* (Zarit, 1980 dalam Limpawattana, 2013). *Caregiver* pasien paliatif dapat mengalami beban secara finansial, kesulitan menghadapi perilaku disruptif dan emosi yang tidak terkontrol, tidak memiliki waktu luang untuk aktivitas personal, kurangnya waktu untuk bersosialisasi, kesulitan dalam menghadapi lemahnya motivasi pada pasien paliatif, dan juga kesulitan ekonomi (Baronet, 1999; Sales, 2003; dalam Wong, dkk., 2012).

Faktor lain bersifat internal yang dapat mempengaruhi kualitas *caregiver* dalam merawat pasien adalah *self efficacy*. *Self efficacy* merupakan sifat penting yang menentukan bagaimana seseorang merasakan, berfikir dan berperilaku. Teori *self efficacy* sanggup menjelaskan perubahan kemampuan dari anggota keluarga untuk mengatasi tuntutan yang terus-menerus dan tantangan saat merawat (Steffen, dkk., 2002).

Edwards (2001) mengemukakan skor *self efficacy* berbanding terbalik dengan perubahan gejala fisik. Penelitian lain melaporkan bahwa *self efficacy* dapat mengurangi stres pada individu (Holahan, 1987 dalam Nation, 1992). Sehingga,

jika *caregiver* memiliki *self efficacy* yang tinggi, maka ia tetap dapat memberikan perawatan yang baik pada pasien, mengurangi stres yang dialaminya yang kemudian berakibat pada kualitas hidup yang lebih baik. Hal ini juga didukung oleh hasil penelitian Edwards (2001 dalam Adegbola, 2007) menyatakan adanya penurunan tingkat *self efficacy* dengan penurunan kualitas hidup sangat mengganggu dalam menjalankan aktivitas sehari-hari, berkurangnya motivasi, dan harapan akan membuat individu sulit untuk mengatasi stres karena merawat pasien. *Self efficacy* juga memberikan kekuatan untuk tetap bertahan dalam merawat pasien walaupun dalam kondisi yang sangat tidak baik (Henry & Sevens, 1977 dalam Nation, 1992).

Sejumlah penelitian sebelumnya juga telah membuktikan bahwa perawatan yang dilakukan oleh *caregiver* terhadap pasien paliatif dapat mempengaruhi kualitas hidup dari *caregiver* tersebut (Guethmundsson & Tomasson, 2002; Ohaeri, 2003; Sales, 2003; Heru, dkk., 2004; dalam Awandalla, dkk., 2005). Penelitian Adegbola (2007) juga menemukan bahwa ada korelasi positif antara *self efficacy* dengan kualitas hidup pada orang dewasa yang merawat pasien kanker.

Weitzner (1999) mendefinisikan kualitas hidup *caregiver* sebagai hasil dari perawatan kesehatan dan rehabilitasi atau dapat disebut dengan status kesehatan yang mencakup kesehatan fisik, kondisi emosi, kehidupan sosial, dan keadaan finansial. Konsep kualitas hidup sering digunakan sebagai indikator keberhasilan dari berbagai layanan kesehatan karena dianggap dapat berpengaruh penting pada kesehatan seseorang (Caquen-Urizar, 2009, dalam Kate, 2013).

Kualitas hidup yang buruk menyebabkan *caregiver* menjadi kurang mampu ataupun kurang mau untuk memberikan perawatan pada anggota keluarga yang

sedang menjalani perawatan paliatif dapat membebani kehidupan *caregiver* (Wong, dkk., 2012). Kualitas hidup *caregiver* dipengaruhi oleh manajemen *burden* dan *self efficacy*-nya. Berdasar pada hal tersebut, maka penting untuk mengetahui kualitas hidup pada *caregiver* pasien paliatif ini, karena dengan mengetahui kualitas hidup dari *caregiver* akan memungkinkan membantu *caregiver* untuk dapat meningkatkan kualitas hidup mereka hingga mencapai tingkatan yang baik seiring dengan perawatan yang dilakukannya pada pasien paliatif. Adanya kualitas hidup yang baik dan menetap pada *caregiver* akan tercipta kualitas perawatan yang baik pada pasien paliatif sehingga hal ini akan berdampak positif, baik bagi pasien paliatif maupun bagi *caregiver* itu sendiri.

### 1.3. Batasan Masalah

Batasan masalah merupakan sebuah upaya agar penelitian menjadi lebih terfokus dan diharapkan dapat menjawab permasalahan penelitian dengan lebih efektif dan efisien. Batasan masalah yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

#### 1. *Caregiver* pasien paliatif

*Caregiver* pasien paliatif dalam hal ini adalah pasangan, anak, menantu, cucu atau saudara yang tinggal satu rumah dengan pasien paliatif. Suatu keluarga terdiri dari dua individu atau lebih yang berbagi tempat tinggal atau berdekatan satu dengan lainnya; memiliki ikatan emosi; terlibat dalam posisi sosial; peran dan tugas-tugas yang saling berhubungan; serta adanya rasa saling menyayangi dan memiliki (Friedman, 1998 dalam Allender & Spradley, 2001).

## 2. *Caregiver Burden*

Dalam penelitian ini menggunakan definisi *caregiver burden* dari Zarit yang akan digunakan sebagai alat ukur penelitian *Zarit Caregiver Burden Scale*. *Caregiver burden* merupakan beban yang dirasakan oleh caregiver terhadap kondisi emosi, kesehatan fisik, kehidupan sosial dan keadaan finansial sebagai akibat dari kegiatan merawat keluarganya (Zarit, 1980).

## 3. *Self Efficacy*

*Self efficacy* dapat diartikan sebagai keyakinan seseorang mengenai kemampuannya dalam mengatur dan mengelola cara untuk mengendalikan berbagai situasi (Bandura, 1997 dalam Steffen, dkk., 2002). *Self efficacy* memiliki bermacam dampak pada psikososial seseorang, diantaranya, mereka menentukan bagaimana perilaku coping akan dimunculkan, berapa banyak usaha yang akan dijalankan, berapa lama usaha tersebut bertahan menghadapi rintangan dan penderitaan (Bandura, 1997 dalam Steffen, dkk., 2002).

## 4. Kualitas Hidup

Weitzner (1999) mendefinisikan kualitas hidup *caregiver* sebagai hasil dari perawatan kesehatan dan rehabilitasi atau dapat disebut dengan status kesehatan yang mencakup kemampuan fisik, kemampuan mengendalikan emosi, fungsi keluarga dan fungsi sosial.

#### 1.4. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang sudah diuraikan diatas, pertanyaan penelitian yang dirumuskan adalah sebagai berikut:

Apakah ada hubungan antara *caregiver burden* dan *self efficacy* dengan kualitas hidup pada *caregiver* pasien paliatif RSUD Dr. Soetomo Surabaya?

#### 1.5. Tujuan Penelitian

Tujuan dilakukannya penelitian ini adalah penulis ingin menjawab permasalahan secara empiris, yaitu ada tidaknya hubungan antara *caregiver burden* dan *self efficacy* dengan kualitas hidup pada *caregiver* pasien paliatif RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

#### 1.6. Manfaat Penelitian

##### 1.6.1. Manfaat Teoritis

1. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai permasalahan-permasalahan psikologis yang dihadapi oleh *caregiver* pada pasien paliatif RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
2. Penelitian ini bermanfaat bagi bidang psikologi khususnya psikologi klinis dalam memberikan sumbangan wawasan terkait hubungan antara *caregiver burden* dan *self efficacy* dengan kualitas hidup pada *caregiver* pasien paliatif RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

### 1.6.2. Manfaat Praktis

Penelitian ini bermanfaat sebagai tambahan informasi yang dapat diberikan kepada keluarga yang merawat pasien paliatif, khususnya pada *caregiver* mengenai hubungan antara *caregiver burden* dan *self efficacy* dengan kualitas hidup pada *caregiver* pasien paliatif RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

