

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Gambaran umum lokasi penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bali Mandara yang berlokasi di Kota Denpasar, Provinsi Bali. RSUD Bali Mandara merupakan rumah sakit tipe B yang melayani berbagai pelayanan kesehatan spesialis, termasuk pelayanan kanker terpadu. Penelitian dilakukan di Gedung Pelayanan Kanker Terpadu RSUD Bali Mandara pada bulan April sampai dengan bulan Mei 2026. Responden dalam penelitian ini adalah pasien kanker usia produktif yang menjalani perawatan atau kontrol rawat jalan. Dari 87 pasien yang ditemui selama periode pengambilan data, sebanyak 73 orang (83,9%) memenuhi kriteria dan diikutsertakan sebagai responden dalam penelitian ini, sedangkan 14 orang (16,1%) tidak diikutsertakan karena tidak memenuhi kriteria penelitian.

2. Karakteristik responden

Penelitian ini melibatkan 73 responden yang merupakan pasien kanker usia produktif di RSUD Bali Mandara. Karakteristik responden yang dikaji dalam penelitian ini meliputi jenis kelamin, usia, jenis kanker, tingkat *self-blame*, dan kualitas hidup. Berikut ini akan disajikan hasil analisis univariat untuk masing-masing karakteristik responden.

a. Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin

Berdasarkan hasil analisis distribusi frekuensi terhadap 73 responden, sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan, yaitu sebanyak 62 orang (84,9%), sedangkan responden berjenis kelamin laki-laki berjumlah 11 orang (15,1%).

b. Distribusi responden berdasarkan usia

Usia produktif pada penelitian ini berada pada rentang 22–59 tahun. Karakteristik usia responden dianalisis menggunakan statistik. Hasil analisis menunjukkan bahwa rata-rata usia responden adalah 47,00 tahun dengan standar deviasi sebesar 8,847 tahun. Usia responden berkisar antara 27 hingga 59 tahun, dengan 95% CI sebesar 44,94–49,06. usia responden dikelompokkan ke dalam beberapa kategori untuk menggambarkan distribusi responden berdasarkan kelompok usia yang disajikan pada table berikut.

Tabel 2
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kategori Usia

Kelompok Usia	Frekuensi (n)	Presentase (%)
20–29 tahun	2	2,7
30–39 tahun	13	17,8
40–49 tahun	28	38,4
50–59 tahun	30	41,1
Total	73	100,0

c. Distribusi Frekuensi responden berdasarkan jenis kanker

Karakteristik responden berdasarkan jenis kanker dianalisis menggunakan distribusi frekuensi untuk mengetahui sebaran jenis kanker yang diderita oleh responden. Hasil analisis distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kanker disajikan pada table berikut

Tabel 3
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kanker

Jenis Kanker	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Payudara	53	72,6
KNF	11	15,1
Serviks	7	9,6
Lidah	1	1,4
Leukemia	1	1,4
Total	73	100,0

Berdasarkan Tabel 3, sebagian besar responden menderita kanker payudara, yaitu sebanyak 53 orang (72,6%). Hasil tersebut menunjukkan bahwa kanker payudara merupakan jenis kanker yang paling banyak ditemukan pada responden dalam penelitian ini. Kondisi ini dapat dipengaruhi oleh karakteristik responden yang didominasi oleh perempuan, sehingga proporsi pasien kanker payudara menjadi lebih tinggi dibandingkan jenis kanker lainnya.

3. Gambaran *Self-blame* Pada Pasien Kanker Usia Produktif

Skor *self-blame* dianalisis menggunakan statistik deskriptif untuk menggambarkan kecenderungan nilai *self-blame* pada responden penelitian. Analisis statistik deskriptif meliputi jumlah responden, nilai minimum dan maksimum, rata-rata, standar deviasi, serta 95% CI. Hasil analisis statistik deskriptif skor *self-blame* responden disajikan pada table berikut.

Tabel 4
Statistik Deskriptif Skor *Self-blame* Responden

Variabel	n	Min-Max	Mean	SD	95% CI
Self-Blame	73	24-54	33,56	7,956	31,71 – 35,42

4. Gambaran Kualitas Hidup Pada Pasien Kanker Usia Produktif

Skor kualitas hidup dianalisis menggunakan statistik deskriptif untuk menggambarkan kecenderungan nilai kualitas hidup pada responden penelitian. Analisis statistik deskriptif meliputi jumlah responden, nilai minimum dan maksimum, rata-rata, standar deviasi, serta 95% CI. Hasil analisis statistik deskriptif skor kualitas hidup responden disajikan pada table berikut.

Tabel 5
Statistik Deskriptif Kategori Kualitas Hidup Responden

Variabel	n	Min-Max	Mean	SD	95% CI
Kualitas Hidup	73	22-85	61,14	17.942	56,95 – 65,32

5. Analisis hubungan *self-blame* dengan kualitas hidup

a. Hasil uji korelasi *spearman rank*

Hubungan antara *self-blame* dengan kualitas hidup pada pasien kanker usia produktif dianalisis menggunakan uji korelasi Spearman Rank. Uji tersebut dilakukan karena berdasarkan hasil uji normalitas menggunakan uji Kolmogorov-Smirnov menunjukkan bahwa variabel *self-blame* memiliki nilai signifikansi $<0,001$ dan variabel kualitas hidup memiliki nilai signifikansi $0,001$ ($p < 0,05$). Hasil tersebut menunjukkan bahwa kedua variabel tidak berdistribusi normal, sehingga analisis hubungan dilakukan menggunakan uji korelasi Spearman Rank. Hasil analisis hubungan antara *self-blame* dengan kualitas hidup disajikan pada table berikut.

Tabel 6

Hasil Uji Korelasi Spearman Rank

Variabel	n	Nilai r	Nilai p
<i>Self-blame</i> dengan Kualitas Hidup	73	-0,751	<0,001

Berdasarkan hasil uji korelasi Spearman Rank, terdapat hubungan yang signifikan antara *self-blame* dengan kualitas hidup pada pasien kanker usia produktif. Hubungan kedua variabel bersifat negatif dengan kekuatan hubungan yang kuat. Hasil tersebut menunjukkan bahwa peningkatan tingkat *self-blame* cenderung diikuti oleh penurunan kualitas hidup pada pasien kanker usia produktif.

b. Interpretasi hasil uji korelasi *spearman rank*

Interpretasi hasil uji korelasi *spearman rank* mencakup tiga aspek utama yaitu arah hubungan, kekuatan hubungan, dan signifikansi hubungan. Ketiga aspek tersebut akan dijelaskan secara rinci sebagai berikut:

1) Arah Hubungan (*Direction of correlation*)

Nilai koefisien korelasi yang negatif (-0,751) menunjukkan bahwa hubungan antara *self-blame* dengan kualitas hidup bersifat negatif. Artinya, semakin tinggi tingkat *self-blame* yang dialami pasien, maka semakin rendah (buruk) kualitas hidup pasien. Sebaliknya, semakin rendah tingkat *self-blame*, maka semakin baik kualitas hidup pasien.

2) Kekuatan hubungan (*Strength of correlation*)

Berdasarkan pedoman interpretasi koefisien korelasi (Sugiyono, 2023), nilai $r = -0,751$ termasuk dalam kategori hubungan kuat (interval 0,60–0,799). Hal ini menunjukkan bahwa *self-blame* memiliki kontribusi

sebesar 56,4% terhadap kualitas hidup pasien kanker usia produktif, sedangkan sisanya sebesar 43,6% dipengaruhi oleh faktor-faktor lain.

Faktor-faktor lain tersebut antara lain faktor biologis (stadium kanker, jenis terapi, efek samping), faktor psikologis lainnya (kecemasan, depresi, stres), faktor sosial (dukungan keluarga, status pekerjaan, dukungan sosial), serta faktor demografi (jenis kelamin, pendidikan, pendapatan).

3) Signifikansi hubungan (*Statistical significance*)

Nilai p-value < 0,001 yang lebih kecil dari 0,05 ($p < 0,05$) menunjukkan bahwa hubungan tersebut signifikan secara statistik. Artinya, hubungan yang ditemukan antara *self-blame* dengan kualitas hidup bukan terjadi secara kebetulan dan dapat digeneralisasikan pada populasi di mana sampel diambil.

B. Pembahasan

1. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 73 responden, sebagian besar berjenis kelamin perempuan, yaitu sebanyak 62 orang (84,9%), sedangkan responden laki-laki sebanyak 11 orang (15,1%). Dominasi responden perempuan kemungkinan berkaitan dengan tingginya proporsi kanker payudara pada sampel penelitian. Data GLOBOCAN 2020 melaporkan bahwa kanker payudara merupakan jenis kanker dengan jumlah kasus terbanyak di Indonesia, yaitu sebesar 41,8 per 100.000 penduduk (Sung et al., 2021). RSUD Bali Mandara sebagai rumah sakit rujukan memiliki fasilitas pelayanan yang baik untuk jenis kanker yang umumnya diderita oleh perempuan, sehingga banyak pasien perempuan berobat dan menjalani perawatan di rumah sakit tersebut.

2. Karakteristik responden berdasarkan usia

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 73 responden, sebagian besar berada pada kategori usia 50-59 tahun, yaitu sebanyak 30 orang (41,1%). Kategori usia 40-49 tahun ditempati oleh 28 orang (38,4%). Kategori usia 30-39 tahun ditempati oleh 13 orang (17,8%). Kategori usia 20-29 tahun ditempati oleh 2 orang (2,7%). Rata-rata usia responden dihitung sebesar 47,00. Usia termuda responden tercatat 22 tahun, sedangkan usia tertua responden tercatat 59 tahun. Seluruh responden dinyatakan berada dalam rentang usia produktif (15-64 tahun).

Kelompok usia produktif memiliki karakteristik khusus karena pada rentang usia ini individu masih aktif bekerja dan menjalankan tanggung jawab keluarga. Perubahan status pekerjaan setelah diagnosis kanker diketahui dapat memengaruhi kondisi psikologis pasien, di mana peningkatan gejala depresi ditemukan pada penyintas kanker yang mengalami perubahan atau kehilangan pekerjaan setelah terdiagnosis kanker. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa kanker tidak hanya memengaruhi kesehatan fisik, tetapi juga dapat menimbulkan beban psikososial yang lebih besar pada individu usia produktif yang masih memiliki tanggung jawab sosial dan ekonomi (Lee et al., 2024).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa seluruh responden berada dalam rentang usia produktif, yang berarti mereka masih berada pada fase aktif secara sosial dan ekonomi. Pada kelompok usia ini, diagnosis kanker tidak hanya berdampak pada kondisi fisik, tetapi juga mengganggu kemampuan dalam menjalankan peran pekerjaan dan tanggung jawab keluarga. Gangguan terhadap peran tersebut dapat memicu tekanan psikologis tambahan yang memperberat

kondisi pasien selama menjalani pengobatan. Hal ini sejalan dengan penelitian Lee et al. (2024) yang menyatakan bahwa perubahan atau kehilangan pekerjaan setelah diagnosis kanker berkontribusi terhadap peningkatan gejala depresi pada penyintas kanker. Temuan ini mengindikasikan bahwa dampak psikososial kanker pada usia produktif perlu mendapatkan perhatian khusus dalam perencanaan asuhan keperawatan

3. Karakteristik responden berdasarkan jenis kanker

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 73 responden, jenis kanker terbanyak adalah kanker payudara sebanyak 53 orang (72,6%), diikuti KNF sebanyak 11 orang (15,1%), Serviks sebanyak 7 orang (9,6%), serta kanker Lidah dan Leukemia masing-masing 1 orang (1,4%). Tingginya proporsi kanker payudara ini memperkuat temuan sebelumnya bahwa kanker payudara merupakan jenis kanker yang paling dominan pada pasien yang menjalani perawatan di RSUD Bali Mandara.

Jenis kanker yang didominasi oleh kanker payudara dan kanker serviks (keduanya adalah kanker yang menyerang perempuan) semakin memperkuat dominasi responden perempuan dalam penelitian ini. Pasien dengan kanker payudara dan serviks umumnya menjalani kemoterapi atau perawatan jangka panjang yang dapat memicu munculnya berbagai respons psikologis, termasuk *self-blame* atau kecenderungan menyalahkan diri sendiri atas penyakit yang dialami (Pham et al., 2021). Kondisi ini dapat mempengaruhi persepsi pasien terhadap penyakit dan proses penyesuaian diri selama menjalani terapi.

4. Tingkat *self-blame* pada pasien kanker usia produktif

Skor *self-blame* responden diketahui berada pada rentang 24 hingga 54 oleh hasil penelitian, dengan nilai rata-rata 33,56. Distribusi kategori *self-blame* disajikan sebagai berikut. Responden dengan kategori *self-blame* rendah diketahui sebanyak 29 orang (39,7%). Responden dengan kategori *self-blame* sedang diketahui sebanyak 36 orang (49,3%). Responden dengan kategori *self-blame* tinggi diketahui sebanyak 8 orang (11%). Dari hasil ini ditunjukkan bahwa *self-blame* dialami oleh seluruh responden dengan tingkat yang bervariasi, dan sebagian besar responden diketahui berada pada kategori rendah hingga sedang.

Bentuk atribusi internal yang diarahkan terhadap diri sendiri sebagai penyebab dari suatu peristiwa negatif atau kondisi kesehatan tertentu didefinisikan sebagai *self-blame* (Jannati et al., 2020). Kelompok yang rentan mengalami *self-blame* dipahami sebagai pasien kanker usia produktif karena paparan informasi mengenai etiologi, faktor risiko, dan progresivitas penyakit. Cara individu dalam menginterpretasikan penyebab penyakitnya diketahui dapat dipengaruhi oleh publikasi global mengenai insidensi serta faktor risiko kanker (Sung et al., 2021). Atribusi internal terhadap penyakit kemudian dapat dibentuk setelah diagnosis diterima. Kecenderungan menyalahkan diri sendiri diketahui dapat berkembang selama proses penyesuaian terhadap kondisi sakit (Xu et al., 2025).

Fenomena *self-blame* pada pasien kanker dilaporkan dalam berbagai penelitian di negara Asia. Behavioural *self-blame* dilaporkan dialami oleh 56,3% responden dalam studi di Vietnam (Pham et al., 2021). Characterological

self-blame dilaporkan dialami oleh 62,3% responden dalam studi yang sama. Behavioural *self-blame* dilaporkan dialami oleh 41% pasien dalam penelitian multi-negara Asia (Doble et al., 2020). Characterological *self-blame* dilaporkan dialami oleh 49% pasien dalam penelitian tersebut. Dari temuan ini ditunjukkan bahwa *self-blame* merupakan fenomena yang umum terjadi pada pasien kanker, termasuk pada kelompok usia produktif.

Self-blame dapat menjadi lebih bermakna pada pasien usia produktif karena pasien masih berada pada rentang usia yang umumnya memiliki peran aktif dalam pekerjaan, keluarga, dan aktivitas sosial. Gangguan terhadap fungsi sosial dan produktivitas akibat kanker dapat meningkatkan beban psikososial selama proses pengobatan. Peningkatan tekanan psikologis dapat terjadi ketika penyakit yang dialami dihubungkan dengan kesalahan diri sendiri. Kondisi tersebut dapat menghambat proses adaptasi terhadap penyakit dan terapi yang dijalani. Perasaan bersalah, penyesalan, dan ketidakberdayaan pada individu dengan penyakit kronis dilaporkan diperkuat oleh *self-blame* (Pham et al., 2021).

5. Kualitas hidup pasien kanker usia Produktif

Hasil penelitian menunjukkan bahwa skor kualitas hidup responden berada pada rentang 22 hingga 85 dengan nilai rata-rata 61,14. Distribusi kategori kualitas hidup menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki kualitas hidup sedang, yaitu sebanyak 33 orang (45,2%), diikuti kualitas hidup baik sebanyak 32 orang (43,8%), dan kualitas hidup buruk sebanyak 8 orang (11%). Hasil ini menunjukkan bahwa sebagian besar pasien masih memiliki kualitas hidup yang baik hingga sedang selama menjalani perawatan. Namun, masih

terdapat 17,2% responden dengan kualitas hidup buruk, sehingga kualitas hidup pasien kanker tetap menjadi aspek penting yang perlu diperhatikan dalam pelayanan kesehatan.

Kualitas hidup pada pasien kanker tidak hanya berkaitan dengan kondisi fisik, tetapi juga mencakup aspek psikologis, sosial, dan kemampuan menjalankan aktivitas sehari-hari. Pasien yang menjalani pengobatan kanker dapat mengalami perubahan pada fungsi tubuh, emosi, hubungan sosial, serta kemandirian dalam beraktivitas. Kualitas hidup pada pasien kanker dipahami sebagai persepsi subjektif individu terhadap kondisi kesehatan, fungsi sehari-hari, serta kesejahteraan yang dialami selama perjalanan penyakit dan terapi (Xiaodan et al., 2022).

Pada pasien usia produktif, gangguan kualitas hidup dapat berdampak lebih luas karena pasien berada pada usia yang seharusnya masih aktif secara sosial maupun ekonomi. Kualitas hidup dipandang sebagai indikator penting dalam evaluasi keberhasilan perawatan karena keterbatasan fungsi dan munculnya gejala dapat memengaruhi kemampuan menjalankan peran kerja dan tanggung jawab keluarga (Lim et al., 2025). Oleh karena itu, pengukuran kualitas hidup penting dilakukan untuk mengetahui sejauh mana penyakit dan terapi yang dijalani memengaruhi kehidupan pasien secara menyeluruh.

Penurunan kualitas hidup pada pasien kanker telah ditemukan dalam berbagai penelitian. Penelitian Bunchuailua et al. (2025) yang melibatkan 200 pasien kanker stadium IV di Thailand dengan rentan usia 20-80 tahun melaporkan rata-rata skor *Global Health Status* sebesar 58,4 dari skala 0–100, yang menunjukkan bahwa pasien masih mengalami kualitas hidup yang rendah

akibat gangguan pada aspek fisik, emosional, dan sosial. Selaras dengan penelitian tersebut, Perwitasari et al. (2023) di Indonesia terhadap 451 pasien kanker, dengan 388 responden (86%) berada pada usia produktif (25–59 tahun), melaporkan rata-rata skor *Global Health Status* sebesar 68,05. Penelitian tersebut menyimpulkan bahwa pasien kanker masih memiliki *health-related quality of life* yang belum optimal (*poor HRQoL*). Temuan serupa dilaporkan oleh Siswandi et al. (2025) di Indonesia melakukan penelitian terhadap 101 pasien kanker yang menjalani kemoterapi menggunakan instrumen EORTC QLQ-C30 dan memperoleh rata-rata skor *Global Health Status* sebesar 26,90, yang menunjukkan kualitas hidup pasien sangat rendah. Penelitian tersebut juga melaporkan bahwa pasien mengalami perburukan fungsi dan gejala, terutama nyeri dan depresi, sehingga memerlukan perhatian khusus dari tenaga kesehatan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien.

6. Hubungan *self-blame* dengan kualitas hidup pasien kanker usia Produktif

Hasil uji korelasi *spearman rank* menunjukkan nilai koefisien korelasi sebesar -0,751 dengan nilai signifikansi $p < 0,001$. Hasil ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan negatif dengan kekuatan kuat yang signifikan antara *self-blame* dengan kualitas hidup pasien kanker usia produktif di RSUD Bali Mandara.

a. Arah hubungan

Nilai koefisien korelasi yang negatif (-0,751) menunjukkan bahwa hubungan antara *self-blame* dengan kualitas hidup bersifat negatif atau berlawanan arah. Makna dari hubungan negatif ini adalah semakin tinggi

tingkat *self-blame* yang dialami oleh pasien, maka semakin rendah (buruk) kualitas hidup pasien. Sebaliknya, semakin rendah tingkat *self-blame* yang dialami pasien, maka semakin baik kualitas hidup pasien.

Secara teoritis, hubungan negatif ini dapat dijelaskan melalui mekanisme psikologis yang mendasarinya. *Self-blame* dipahami sebagai bentuk atribusi internal yang mengarahkan penyebab penyakit kepada diri sendiri sehingga respons emosional negatif dapat lebih mudah dimunculkan selama proses pengobatan berlangsung (Jannati et al., 2020). Peningkatan atribusi internal yang maladaptif tersebut kemudian dikaitkan dengan penurunan kesejahteraan psikologis pada pasien kanker. Penurunan kualitas hidup pada pasien kanker usia produktif dengan tingkat *self-blame* yang tinggi telah diamati, terutama pada domain emosional dan mental. Evaluasi diri yang negatif dibangun ketika penyakit dipersepsikan sebagai akibat kesalahan pribadi, sehingga tekanan psikologis dapat meningkat secara bertahap (Xu et al., 2025).

Kontribusi *self-blame* terhadap penurunan kualitas hidup juga dijelaskan melalui beberapa mekanisme psikologis. Distress emosional diketahui meningkat ketika penilaian diri yang menyalahkan diri sendiri dipertahankan dalam jangka waktu lama (Pham et al., 2021). Peningkatan distress tersebut dikaitkan dengan munculnya gejala depresi dan kecemasan selama fase terapi serta pemantauan penyakit sehingga kesejahteraan emosional pasien dapat mengalami gangguan (Fang et al., 2024). Hubungan antara *self-blame* dan kualitas hidup juga dijelaskan melalui peran mediasi strategi coping pada pasien kanker usia produktif. Strategi coping maladaptif lebih sering digunakan ketika

atribusi internal negatif dipertahankan sehingga proses penyesuaian terhadap penyakit menjadi kurang optimal (Sung et al., 2021).

b. Kekuatan hubungan

Berdasarkan pedoman interpretasi koefisien korelasi, nilai $r = -0,751$ termasuk dalam kategori hubungan kuat (interval 0,60–0,799). Hal ini menunjukkan bahwa *self-blame* memiliki kontribusi yang sangat besar terhadap kualitas hidup pasien kanker usia produktif (Sugiyono, 2023).

Faktor-faktor lain yang turut mempengaruhi kualitas hidup pasien kanker antara lain faktor biologis (stadium kanker, jenis terapi, efek samping), faktor psikologis lainnya (kecemasan, depresi, stres), faktor sosial (dukungan keluarga, status pekerjaan, dukungan sosial), serta faktor demografi (jenis kelamin, pendidikan, pendapatan). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Xiaodan et al. (2022) yang menyatakan bahwa kualitas hidup pada pasien kanker merupakan konsep multidimensional yang dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling terkait.

Meskipun masih terdapat faktor-faktor lain yang mempengaruhi kualitas hidup, nilai koefisien korelasi $-0,751$ ini menunjukkan bahwa *self-blame* merupakan salah satu faktor yang paling dominan dan perlu mendapatkan perhatian serius dalam upaya meningkatkan kualitas hidup pasien kanker usia produktif. Temuan ini didukung oleh hasil penelitian pada pasien kanker fase awal yang menunjukkan bahwa penurunan kualitas hidup serta peningkatan gejala depresi dan kecemasan ditemukan pada pasien yang menggunakan strategi *self-blame*. Hasil tersebut mengindikasikan bahwa *self-blame* merupakan strategi koping yang kurang adaptif karena dikaitkan dengan

berbagai luaran psikologis yang kurang menguntungkan (Lundquist et al., 2026).

c. Signifikansi hubungan

Nilai $p\text{-value} < 0,001$ yang lebih kecil dari 0,05 ($p < 0,05$) menunjukkan bahwa hubungan antara *self-blame* dengan kualitas hidup adalah signifikan secara statistik. Artinya, hubungan yang ditemukan dalam penelitian ini bukan terjadi secara kebetulan (*by chance*) dan dapat digeneralisasikan pada populasi di mana sampel diambil, yaitu seluruh pasien kanker usia produktif di RSUD Bali Mandara.

Temuan ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Xu et al. (2025) yang melaporkan bahwa *self-blame* berhubungan dengan penurunan kesejahteraan psikologis pada pasien kanker. Penelitian oleh Pham et al. (2021) juga menyatakan bahwa *self-blame* pada pasien kanker usia produktif diidentifikasi sebagai respons psikologis yang dapat mempengaruhi persepsi terhadap penyakit dan proses penyesuaian diri selama menjalani terapi. Kualitas hidup pasien usia produktif dapat diturunkan oleh *self-blame* yang menetap, terutama ketika penyakit dipandang sebagai akibat kesalahan pribadi atau kegagalan dalam menjaga kesehatan (Xu et al., 2025).

Temuan ini didukung oleh hasil penelitian yang menunjukkan bahwa distress psikologis dan penurunan kualitas hidup ditemukan pada pasien kanker yang memiliki tingkat *self-blame* yang lebih tinggi (Doble et al., 2020). *Self-blame* pada pasien kanker usia produktif dipahami sebagai faktor kognitif-emosional yang memiliki implikasi penting terhadap kesejahteraan psikologis serta kualitas hidup. Pendekatan psikososial yang lebih komprehensif dapat

diterapkan dalam penanganan pasien kanker apabila pemahaman terhadap bentuk serta dinamika *self-blame* diperoleh secara memadai (Xu et al., 2025).

C. Keterbatasan penelitian

Penelitian ini telah berhasil menjawab rumusan masalah yang diajukan yaitu terdapat hubungan negatif dengan kekuatan kuat yang signifikan antara *self-blame* dengan kualitas hidup pasien kanker usia produktif di RSUD Bali Mandara. Namun demikian, penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan. Pertama, penelitian ini menggunakan desain *cross sectional*, sehingga tidak dapat melihat perubahan tingkat *self-blame* dan kualitas hidup dari waktu ke waktu sepanjang perawatan yang dijalani pasien. Kedua, pengambilan sampel menggunakan teknik purposive sampling yang merupakan salah satu bentuk non-probability sampling, sehingga hasil penelitian ini memiliki keterbatasan dalam hal generalisasi ke populasi yang lebih luas meskipun secara statistik signifikan. Ketiga, penelitian ini hanya berfokus pada *self-blame* sebagai faktor yang mempengaruhi kualitas hidup, tanpa mengontrol faktor-faktor perancu lainnya seperti dukungan keluarga, stadium kanker, jenis terapi, dan status ekonomi. Keempat, pengumpulan data menggunakan kuesioner yang bersifat self-report, sehingga memungkinkan terjadinya bias karena subjektivitas responden. Kelima, kriteria inklusi dalam penelitian ini hanya berfokus pada pasien kanker usia produktif (15-64 tahun), sehingga hasil penelitian ini tidak dapat digeneralisasikan pada pasien kanker di luar rentang usia tersebut, seperti pasien usia anak maupun pasien usia lanjut.

Keterbatasan ini menyebabkan cakupan populasi penelitian menjadi terbatas dan belum mencerminkan gambaran hubungan *self-blame* dengan kualitas hidup pada seluruh populasi pasien kanker secara keseluruhan.