

## Perbedaan Profil Ciri-Sifat Kepribadian Antara Penderita Epilepsi Tipe *Grand-Mal* Dengan Bukan Penderita Epilepsi

Derny Irawati dan M. Noor Rochman Hadjam  
Fakultas Psikologi, Universitas Gadjah Mada

**Abstract.** This study aims to explore whether a difference exists between personality characteristic profiles of grand-mal type epileptic patients and those of non-patients. Personality characteristics are measured with Characteristic Analysis Questionnaire, an adaptation from the Clinical Analysis Questionnaire, composed according to the 16 Personality Factors of Cattell. Subjects are 17 grand-mal type epileptic patients, registered at the neurological polyclinic, Dr. Soetomo Hospital, Surabaya, aged between 18-30 years, minimal education: highschool freshmen, and not physically handicapped. Controls are same sex siblings. Data were analysed with non-parametric statistics (U Man-Whitney). Results show no difference between characteristic profiles of the two groups, because only B & C factors (12.5%) support the hypothesis, while the A & L factors, though different, do not support the hypothesis and the rest of the characteristics show no difference.

Key words: grand-mal type epilepsy, personality factor profile

**Abstrak.** Penelitian ini bertujuan mengetahui apakah ada perbedaan antara profil karakteristik kepribadian pada penderita epilepsi tipe *grand-mal* dengan profil karakteristik pada individu bukan penderita epilepsi. Karakteristik kepribadian diukur dengan Angket Analisis Karakteristik yang merupakan adaptasi dari *Clinical Analysis Questionnaire* yang disusun berdasarkan teori 16 Faktor Kepribadian yang dikemukakan Cattell. Subjek penelitian ( $N = 17$ ) adalah pasien epilepsi tipe *grand-mal* yang terdaftar di poliklinik saraf RSUD Dr. Soetomo, Surabaya, yang berusia antara 18-30 tahun, berpendidikan minimal kelas 1 SMU, dan tidak cacat fisik. Subjek kontrol adalah saudara kandung berjenis kelamin sama dengan pasien. Data dianalisis dengan statistik non-parametrik dengan teknik U Mann-Whitney. Hasil penelitian menunjukkan tidak adanya perbedaan antara profil karakteristik penderita epilepsi tipe *grand-mal* dengan bukan penderita epilepsi, karena dari keenambelas karakteristik, hanya karakteristik B dan C (12,5%) yang mendukung hipotesis; karakteristik A dan L berbeda tetapi tidak mendukung hipotesis, sedangkan karakteristik selebihnya tidak menunjukkan perbedaan.

Kata kunci: epilepsi tipe *grand-mal*, profil karakteristik kepribadian

Bangkitan epilepsi merupakan suatu masalah penting, baik dipandang dari sudut ilmu kedokteran maupun ilmu sosial. Diperkirakan di seluruh dunia terdapat lebih dari 20 juta penderita epilepsi, namun hanya sebagian kecil yang telah dapat menikmati pengobatan secara paripurna (Mardjono, 1989).

Maramis (1980) menyatakan epilepsi adalah perubahan kesadaran yang mendadak, dalam waktu yang terbatas dan terjadi secara berulang-ulang dengan atau tanpa gerakan yang tidak teratur (*involuntary*), bukan disebabkan kelainan seperti gangguan peredaran darah, kadar glukosa darah yang rendah, gangguan emosi, pemakaian obat tidur, atau keracunan.

Sementara itu Mardjono (1989) berpendapat bahwa epilepsi merupakan manifestasi gangguan fungsi otak dengan berbagai penyebab (etiologi) namun dengan gejala tunggal yang khas, yakni serangan berkala yang disebabkan oleh lepasnya muatan listrik pada neuron-neuron otak secara berlebihan dan paroksismal.

Otak yang kira-kira terdiri atas 10 milyar sel secara fungsional dapat dipandang sebagai suatu organ yang dapat menerima dan menyimpan energi serta kemudian dapat mendistribusikan energi ke tempat yang tepat dan pada waktu yang tepat pula. Pada penderita epilepsi, mekanisme yang mengatur kacau sehingga energi dikeluarkan sewaktu-waktu ke sembarang tempat atau ke seluruh tubuh.

WHO (sitat dalam Yustiani, 1984) membagi bangkitan epilepsi menjadi tiga kelompok, yaitu:

- Bangkitan umum (*generalized seizures*): (a) bangkitan umum primer, antara lain lena (*petit-mal*), epilepsi mioklonik juvenil, tonik klonik (*grand-mal*), (b) bangkitan umum sekunder, antara lain spasme infantil, epilepsi mioklonik-astatis.
- Bangkitan parsial (*partial seizures*): (a) dengan simptomatologi elementer, antara lain gejala motoris, sensoris, vegetatif, (b) dengan simptomatologi kompleks dengan penjaralan menjadi epilepsi umum.
- Bangkitan yang tak tergolongkan (*unclassified seizures*).

Penyebab (etiologi) bangkitan epilepsi dapat dibagi menjadi dua golongan, yaitu: (a) epilepsi idiopatik yang penyebabnya tidak diketahui, (b) epilepsi simptomatik yang penyebabnya dapat diketahui atau ditemukan.

Penyebab bangkitan epilepsi menurut golongan umur pada dasarnya dapat dibedakan menjadi tiga kelompok berikut ini.

- Usia kanak-kanak sampai remaja (0-17 tahun): trauma kelahiran, infeksi dan kejang demam, degenerasi serebral.
- Usia dewasa muda (18-30 tahun): trauma kapitis, tumor otak, idiopatik, trauma kelahiran, degenerasi serebral.
- Usia dewasa lanjut (di atas 30 tahun): trauma kapitis, tumor otak, penyakit vaskuler.

Epilepsi dijumpai pada semua ras di dunia dengan distribusi geografis yang hampir sama, tetapi di beberapa negara berkembang didapatkan prevalensi yang lebih tinggi daripada di negara industri. Penyebab yang pasti sampai saat ini belum diketahui sehingga diperlukan penelitian lebih lanjut. Beberapa faktor yang diperkirakan sebagai penyebab adalah prematuritas, trauma persalinan, kejang demam pada anak-anak, malnutrisi dan infeksi (W.G. Lennox & M.A. Lennox, 1960).

Prevalensi epilepsi di banyak tempat di luar negeri berkisar antara 1,5-6,2 per 1000 penduduk (Shorvon, 1988). Apabila diasumsikan bahwa prevalensi epilepsi di Indonesia sama dengan angka tersebut, diperkirakan terdapat sekitar 700.000-1.200.000 penderita epilepsi.

Epilepsi tipe umum jenis tonik-klonik (*grand-mal*) merupakan jenis epilepsi yang paling banyak diderita oleh pasien. Epilepsi umum tonik-klonik tipe *grand-mal* ini dapat terjadi pada setiap saat atau pada semua golongan umur, walaupun usia awitannya (*age of onset*) lebih sering pada anak-anak dan usia dewasa muda (Ossetin, 1987).

Epilepsi tipe tonik-klonik (*grand-mal*) kejadiannya dapat didahului dengan masa prodromal sebelum serangan kejang.

Biasanya dalam bentuk yang tidak jelas/kabur, atau kadang-kadang lebih khusus, misalnya dengan bertambahnya sentakan-sentakan mioklonik. Selain itu dapat berupa nyeri kepala, cepat tersinggung, perubahan emosi, dan mengantuk (Shorvon, 1988). Bangkitan epilepsi dimulai secara tiba-tiba: penderita jatuh sambil berteriak, kemudian timbul gerakan tonik (seluruh otot kaku), tampak wajah tegang dan pucat (*cianosis*) akibat kekejangan yang terjadi pada otot-otot pernapasan. Masa ini segera disusul dengan fase klonik yang ditandai dengan terjadinya gerakan-gerakan konvulsif (biasanya pada keempat tungkai), bunyi napas mendengkur, dan keluar air liur berbusa akibat kontraksi otot orofaring, seringkali air liur bercampur darah karena lidah tergigit. Selama masa bangkitan mungkin terjadi ketidakmampuan penderita untuk mengontrol pembuangan air (*incontinentia*). Fase tonik berlangsung rata-rata 10-30 detik, fase klonik 30-60 detik dan tahap lemas (*flaccid*) berlangsung sampai 30 menit. Pada beberapa kasus bangkitan epilepsi dapat berhenti sampai fase tonik atau fase klonik saja.

Penderita akan tertidur dan berangsur-angsur pulih kembali setelah fase klonik berakhir. Penderita sering dalam keadaan bingung selama beberapa saat, tidur nyenyak setelah bangkitan tersebut dan terbangun beberapa menit atau beberapa jam kemudian tanpa keluhan sama sekali kecuali perasaan lemah, kaku pada otot dan sakit kepala. Pada masa pemulihan dapat terjadi kelumpuhan yang bersifat sementara atau *ataxia*. Gejala pasca-kejang ini dapat berlangsung singkat atau sampai beberapa jam bahkan beberapa hari setelah bangkitan (O'Donohoe, 1985).

Epilepsi diketahui sebagai penyakit kronis dengan akibat yang sifatnya multidimensional dan dapat mempengaruhi kualitas

kehidupan penderitanya. Penderita epilepsi yang "kalah" kemudian menunjukkan berbagai tingkah laku dan karakteristik maladaptif. Prevalensi masalah-masalah tingkah laku pada anak-anak yang menderita epilepsi berkisar antara 12%-95%, dengan bentuk gangguan yang bermacam-macam (Mc Kinlay, 1987).

Edward dan Bouchier (1991) menyatakan bahwa masalah perilaku khusus pada penderita epilepsi sangat mungkin terjadi akibat tingginya frekuensi bangkitan. Faktor-faktor pencetus yang menyebabkan peningkatan frekuensi timbulnya bangkitan epilepsi antara lain stres emosional, kurangnya waktu tidur, kelelahan fisik dan mental, penggunaan obat-obat terlarang dan alkohol, yang semuanya berakar pada kondisi psikologis penderita epilepsi.

Kondisi psikologis erat kaitannya dengan bentuk kepribadian. Mc Kinlay (1987) menyatakan penderita epilepsi usia muda banyak menunjukkan sikap bermusuhan, kurang memiliki rasa tanggung jawab, banyak tuntutan, berwajah suram, keras kepala, dan kurang menghiraukan keberadaan orang lain di sekitarnya. Pendapat ini diperkuat oleh Yusuf (1989) yang menyatakan bahwa kepribadian yang khas dapat ditemui pada penderita epilepsi kronis, yaitu penderita yang sudah lama hidup dalam kondisi dan situasi yang menghambat perkembangan dirinya. Manifestasinya adalah sikap suka menonjolkan diri, bicara berbelit-belit, fanatik terhadap sesuatu hal, egosentris, suka bertengkar, hiperkondriakal, dan penuh rasa curiga.

Beberapa penelitian menemukan bahwa kelompok patologis memiliki profil ciri-sifat yang berbeda dengan kelompok normal. Cattell (sitat dalam Sugiyanto & Murtini, 1980) menyimpulkan bahwa: (a) penderita skizofren katatonik mempunyai nilai ciri-

sifat A (*warmth*/hubungan sosial) yang rendah, (b) penderita *mental defect* mempunyai nilai ciri-sifat B (*intelligence*/ inteligensi umum) yang rendah, (c) orang yang mempunyai kecenderungan psikosis dan neurosis mempunyai nilai ciri-sifat C (*emotional stability*/stabilitas emosi) yang rendah, (d) tidak terdapat perbedaan ciri-sifat E (*dominance*/dominasi) antara orang normal dan patologis, (e) penderita skizofren hebefrenik dan skizofren simpel mempunyai nilai ciri-sifat H (*boldness*/percaya diri) yang rendah, (f) penderita histeria konversi dan psikosomatis neurosis mempunyai nilai ciri-sifat I (*sensitivity*/kepekaan) yang rendah, (g) penderita paranoia mempunyai nilai ciri-sifat L (*suspiciousness*/kecurigaan) yang tinggi, (h) penderita neurosis (obsesif) mempunyai nilai ciri-sifat M (*imagination*/ imajinasi) yang rendah dan nilai ciri-sifat N (*alertness-shrewdness*/penilaian yang baik dan realistis) yang rendah juga, (i) penderita depresi kecemasan mempunyai nilai ciri-sifat O (*insecurity*/rasa tak aman) yang tinggi, merasa takut, cemas, dan sangat khawatir. Penderita epilepsi sangat dimungkinkan memiliki kepribadian yang khas. Segala hal yang berkaitan dengan kekhasan pribadi penderita epilepsi terjadi karena sampai saat ini epilepsi sebagai suatu diagnosis yang ditetapkan dan disampaikan oleh dokter secara psikologis merupakan stresor, baik bagi penderita maupun keluarganya. Adanya perasaan malu, bersalah dan takut dijauhi oleh masyarakat sekitarnya membuat keluarga akan merahasiakan keadaan penderita dan melakukan pembatasan-pembatasan yang ketat (Naharuddin, 1987). Reaksi lain yang muncul adalah rasa cemas berlebihan terhadap bahaya yang akan dihadapi penderita pada saat munculnya bangkitan, dan akhirnya akan menjelma menjadi sikap terlalu melindungi (*parental-overprotective*). Jika kekalutan emosional

di dalam keluarga terjadi secara terus-menerus, akan menimbulkan pengaruh buruk bagi penderita karena ia akan merasa ditolak, dijauhi, dibenci dan merasa bersalah karena menjadi sumber kemelut di rumah.

Menurut Yusuf (1989) penderita epilepsi yang menerima diagnosis pada masa kanak-kanak sangat mungkin belum merasakan akibatnya tetapi sejalan dengan perkembangan dan pertumbuhan dirinya, segala perlakuan dan sikap lingkungan keluarga dan masyarakat tanpa disadari akan banyak mempengaruhi proses pembentukan kepribadian. Penderita akan memiliki sifat penakut, selalu merasa tidak aman (*insecure*), manja, tidak dewasa dan mempunyai tingkat ketergantungan (*dependency*) yang tinggi. Sifat-sifat tersebut muncul karena hilangnya kesempatan melakukan berbagai aktivitas sebagaimana individu normal lainnya (Laidlaw & Richens, 1976).

Sementara itu Ryan et. al. (sitat dalam Mc Kinlay, 1987) mengemukakan bahwa penderita epilepsi akan terstigma oleh penyakitnya karena bangkitan terjadi secara tiba-tiba, tidak dapat ditahan, tidak dapat disembunyikan, dan terjadi di mana saja sehingga penderita menutup diri baik terhadap keluarga maupun masyarakat sekitarnya. Keadaan ini diperparah oleh pandangan sebagian besar masyarakat yang masih menganggap epilepsi sebagai penyakit menular dan merupakan penyakit keturunan yang memalukan. Akibat dari keadaan tersebut, penderita epilepsi yang sudah merasa terbebani dengan penyakit itu sendiri akan menghalangi proses perkembangan kepribadian dan penyesuaian dirinya.

Penderita epilepsi dengan kepribadian yang lemah akan mempunyai kemungkinan munculnya bangkitan yang lebih tinggi dibandingkan dengan penderita yang memiliki kepribadian kuat (Rosenbaum & Palmon, 1984). Jika dikaitkan dengan adanya

faktor pencetus bangkitan yang lebih banyak berhubungan dengan stres psikologis, semakin lemah pribadi penderita akan semakin besar stresor yang dirasakannya. Berbagai masalah yang dihadapinya tidak dengan mudah diselesaikan, sementara pada saat kondisi pikiran kacau, intensitas kerja otak akan semakin meningkat.

Peningkatan intensitas kerja otak tersebut menyebabkan muatan listrik yang setiap saat ada dan dilepaskan antara neuron-neuron otak tidak dapat dikontrol, baik jumlah maupun periode pelepasannya sehingga muncul bangkitan, yang berarti meningkat pula frekuensi serangan (Yustiani, 1984). Berdasarkan uraian di atas, hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini adalah: Ada perbedaan profil ciri-sifat antara individu penderita epilepsi tipe *grand-mal* dengan individu bukan penderita epilepsi.

## Metode

Dalam penelitian ini yang dijadikan variabel bebas adalah status penderita yang terdiri atas penderita epilepsi tipe *grand-mal* dan bukan penderita epilepsi. Sedangkan variabel tergantung adalah profil ciri-sifat.

### Subjek Penelitian

Subjek penelitian adalah 17 penderita epilepsi tipe *grand-mal* yang terdaftar pada poliklinik saraf RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang memenuhi syarat-syarat: (a) tergolong dalam usia dewasa awal (18-30 tahun), (b) pendidikan minimal kelas 1 SMA, (c) tidak cacat fisik. Syarat-syarat tersebut juga berlaku bagi subjek kontrol. Dalam penelitian ini yang bertindak sebagai kelompok kontrol adalah saudara kandung berjenis kelamin sama dengan pasien. Apabila syarat-syarat tersebut tidak dimiliki oleh saudara kandung dengan jenis kelamin sama tetapi dimiliki

oleh saudara kandung yang berbeda jenis kelaminnya, yang tersebut terakhirlah yang digunakan sebagai subjek kontrol.

### Cara Pengumpulan Data

Ada tiga macam cara pengumpulan data yang dilakukan dalam penelitian ini, yaitu melalui angket, observasi dan wawancara, dokumentasi.

*Angket.* Metode angket digunakan untuk mengukur ciri-sifat, yaitu dengan Angket Analisis Ciri-Sifat yang merupakan diadaptasi oleh Prawitasari dan Sugiyanto (1979) dari *Clinical Analysis Questionnaire*. *Clinical Analysis Questionnaire* disusun berdasarkan teori *sixteen personality factors* (16 PF) yang dikemukakan oleh Cattell. Ada tiga kategori jawaban untuk setiap butir dengan skor 0 sampai dengan 2, kecuali pada faktor B (*intelligence*) subjek akan mendapat nilai 1 bila jawaban benar dan 0 bila jawaban salah.

*Observasi dan Wawancara.* Kedua metode ini dilakukan untuk mendapatkan data-data kualitatif yang tidak dapat diungkap melalui angket Analisis Ciri-sifat, antara lain berkaitan dengan kondisi sosial ekonomi pasien, penerimaan keluarga pasien terhadap diri dan bangkitan yang disandang pasien, penerimaan lingkungan masyarakat terhadap keadaan pasien.

Metode observasi dilakukan dengan kunjungan ke rumah pasien satu sampai tiga kali. Pada saat yang bersamaan dilakukan wawancara untuk mengungkap masalah-masalah psikososial yang dihadapi subjek yang kemungkinan menjadikannya lebih terbebani dengan epilepsi yang dideritanya.

*Dokumentasi.* Metode dokumentasi dilakukan untuk mendapatkan data identitas subjek secara rinci, antara lain mengenai usia awitan (*age of onset*), frekuensi bangkitan, riwayat perjalanan penyakit,

anamnesis, catatan *electro encephalography* (EEG), dan tentang terapi serta dosis pemakaian obat anti-epilepsi.

### Cara Analisis Data

Data yang telah dikumpulkan kemudian dianalisis dengan metode statistik non-parametrik yaitu dengan teknik *U Mann-Whitney*.

### Hasil

Analisis *U Mann-Whitney* untuk menguji hipotesis menghasilkan nilai-nilai *U* statistik. Jika menggunakan taraf signifikansi 0,05,  $H_0$  akan diterima apabila  $-1,96 < Z_H < +1,96$  dan  $H_0$  ditolak apabila  $Z_H > +1,96$  atau  $Z_H < -1,96$ . Berikut ini ringkasan hasil nilai-nilai *U* statistik.

Tabel 1  
Rangkuman Analisis Tes *U Mann-Whitney*

Sumber	U Statistik	$Z_H$
X1X2 ciri-sifat A	83	-2,12
X1X2 ciri-sifat B	208	2,18
X1X2 ciri-sifat C	218,5	2,54
X1X2 ciri-sifat E	152	0,258
X1X2 ciri-sifat F	190	1,56
X1X2 ciri-sifat G	137	-0,25
X1X2 ciri-sifat H	116,5	-0,96
X1X2 ciri-sifat I	165,5	0,72
X1X2 ciri-sifat L	207,5	2,17
X1X2 ciri-sifat M	161,5	0,58
X1X2 ciri-sifat N	102	-1,46
X1X2 ciri-sifat O	99	-1,56
X1X2 ciri-sifat Q <sub>1</sub>	197,5	1,82
X1X2 ciri-sifat Q <sub>2</sub>	195,5	1,75
X1X2 ciri-sifat Q <sub>3</sub>	138,5	-0,21
X1X2 ciri-sifat Q <sub>4</sub>	135,5	-0,31

Berdasarkan analisis data, diperoleh hasil sebagai berikut.

- Tidak terdapat perbedaan antara profil ciri-sifat penderita epilepsi tipe *grand-mal* dengan profil ciri-sifat bukan penderita epilepsi. Hal ini dikarenakan dari keenambelas ciri-sifat hanya dua ciri sifat B dan C (12,5%) yang mendukung hipotesis, ciri-sifat A dan L berbeda tetapi tidak mendukung hipotesis, dan ciri-sifat selebihnya tidak menunjukkan per-

bedaan. Oleh karena itu hipotesis yang menyatakan bahwa ada perbedaan profil ciri-sifat antara penderita epilepsi tipe *grand-mal* dengan bukan penderita epilepsi—yaitu penderita epilepsi memiliki profil yang khas dan cenderung negatif yang membuat mereka rentan terhadap munculnya gejala psikopatologis yang mungkin lebih mengganggu daripada epilepsi itu sendiri—tidak teruji kebenarannya.

- Terdapat beberapa ciri-sifat yang berbeda dan ada pula yang tidak berbeda antara penderita epilepsi tipe *grand-mal* dan bukan penderita epilepsi, secara terinci sebagai berikut.
  - *Warmth* (ciri-sifat A). Ada perbedaan ciri-sifat hubungan sosial, yaitu kelompok penderita epilepsi memiliki hubungan sosial yang lebih baik dibanding kelompok kontrol ( $U = 83$ ;  $Z_H = -2,12$  atau  $Z_H > -1,96$ ).
  - *Intelligence* (ciri-sifat B). Ada perbedaan ciri-sifat inteligensi, yaitu kelompok penderita epilepsi memiliki inteligensi yang lebih rendah dibanding kelompok kontrol ( $U = 208$ ;  $Z_H = 2,18$  atau  $Z_H > 1,96$ ).
  - *Emotional stability* (ciri-sifat C). Ada perbedaan ciri-sifat stabilitas emosi, yaitu kelompok penderita epilepsi memiliki stabilitas emosi yang lebih rendah dibanding kelompok kontrol ( $U = 218,5$ ;  $Z_H = 2,54$  atau  $Z_H > 1,96$ ).
  - *Dominance* (ciri-sifat E). Tidak terdapat perbedaan ciri-sifat dominasi antara kelompok penderita epilepsi dengan kelompok kontrol ( $U = 152$ ;  $Z_H = 0,258$  atau  $Z_H < 1,96$ ).
  - *Impulsivity* (ciri-sifat F). Tidak terdapat perbedaan ciri-sifat impulsivitas antara kelompok penderita epilepsi dengan kelompok kontrol ( $U = 190$ ;  $Z_H = 1,56$  atau  $Z_H < 1,96$ ).
  - *Conformity* (ciri-sifat G). Tidak terdapat perbedaan ciri-sifat konformitas antara kelompok penderita epilepsi dengan kelompok kontrol ( $U = 137$ ;  $Z_H = -0,25$  atau  $Z_H > -1,96$ ).
  - *Boldness* (ciri-sifat H). Tidak terdapat perbedaan ciri-sifat percaya diri antara kelompok penderita epilepsi dengan kelompok kontrol ( $U = 116,5$ ;  $Z_H = -0,96$  atau  $Z_H > -1,96$ ).
  - *Sensitivity* (ciri-sifat I). Tidak terdapat perbedaan ciri-sifat kepekaan antara kelompok penderita epilepsi dengan kelompok kontrol ( $U = 165,5$ ;  $Z_H = 0,72$  atau  $Z_H < 1,96$ ).
  - *Suspiciousness* (ciri-sifat L). Ada perbedaan ciri-sifat kecurigaan, yaitu kelompok penderita epilepsi lebih rendah dibanding kelompok kontrol ( $U = 207,5$ ;  $Z_H = 2,17$  atau  $Z_H > 1,96$ ).
  - *Imagination* (ciri-sifat M). Tidak terdapat perbedaan ciri-sifat imajinasi antara kelompok penderita epilepsi dengan kelompok kontrol ( $U = 161$ ;  $Z_H = 0,58$  atau  $Z_H < 1,96$ ).
  - *Shrewdness* (ciri-sifat N). Tidak terdapat perbedaan ciri-sifat penilaian yang baik dan realistis antara kelompok penderita epilepsi dengan kelompok kontrol ( $U = 102$ ;  $Z_H = -1,46$  atau  $Z_H > -1,96$ ).
  - *Insecurity* (ciri-sifat O). Tidak terdapat perbedaan ciri-sifat rasa tak aman antara kelompok penderita epilepsi dengan kelompok kontrol ( $U = 99$ ;  $Z_H = -1,56$  atau  $Z_H > -1,96$ ).
  - *Radicalism* (ciri-sifat Q<sub>1</sub>). Tidak terdapat perbedaan ciri-sifat radikalisme antara kelompok penderita epilepsi dengan kelompok kontrol ( $U = 197,5$ ;  $Z_H = 1,82$  atau  $Z_H < 1,96$ ).
  - *Self-sufficiency* (ciri-sifat Q<sub>2</sub>). Tidak terdapat perbedaan ciri-sifat mandiri antara kelompok penderita epilepsi dengan kelompok kontrol ( $U = 195,5$ ;  $Z_H = 1,75$  atau  $Z_H < 1,96$ ).
  - *Self-discipline* (ciri-sifat Q<sub>3</sub>). Tidak terdapat perbedaan ciri-sifat disiplin diri antara kelompok penderita epilepsi dengan kelompok kontrol ( $U = 138,5$ ;  $Z_H = -0,21$  atau  $Z_H > -1,96$ ).

*Tension* (ciri-sifat  $Q_4$ ). Tidak terdapat perbedaan ciri-sifat ketegangan antara kelompok penderita epilepsi dengan kelompok kontrol ( $U = 135,5$ ;  $Z_H = -0,31$  atau  $Z_H > -1,96$ ).

Tabel 2 berikut ini menunjukkan data deskripsi subjek yang dapat dihimpun dari pelaksanaan observasi, wawancara dan dokumentasi.

Tabel 2

*Deskripsi Riwayat Penyakit Subjek Penderita Epilepsi (N = 17)*

Karakteristik	Kategori	Jumlah	%
Usia awitan/ <i>age of onset</i> (tahun)	0-10	3	17,6
	10-15	7	41,2
	15-20	6	35,3
	>20	1	5,2
Lama sakit (tahun)	< 5	7	41,2
	> 5	10	58,8
Etiologi	idiopatik	11	64,7
	simtomatik	6	35,3
Frekuensi kejadian	1- 5 kali	10	58,8
	6-10 kali	5	29,4
	11-15 kali	2	11,8
Hasil EEG	abnormal	9	52,9
	normal	8	47,1

Tabel 3  
 Deskripsi Subjek Penelitian (Penderita Epilepsi dan Subjek Kontrol)

Karakteristik	Kategori	Epilepsi (N = 17)		Kontrol (N = 17)	
		Jumlah	%	Jumlah	%
Jenis Kelamin	Wanita	9	52,9	8	47,1
	Pria	8	47,1	9	52,9
Umur (tahun)	18-21	10	58,8	9	52,9
	22-25	6	35,3	6	35,3
	26-30	1	5,9	2	11,8
Pendidikan	Tak tamat SMU	3	17,6	-	-
	Belum lulus SMU	1	5,9	4	23,5
	Tamat SMU	9	52,9	8	47,1
	Perguruan tinggi (PT)	1	5,9	3	17,6
	tamat PT	3	17,6	2	11,8
Pekerjaan	PNS	1	5,9	-	-
	Swasta	7	41,2	9	52,9
	Wiraswasta	1	5,9	2	11,8
	Belum bekerja	8	47,1	6	35,3
Pekerjaan orang tua	Petani	1	5,9	1	5,9
	Wiraswasta	1	5,9	1	5,9
	Pegawai Swasta	4	23,5	4	23,5
	PNS	7	41,2	7	41,2
	Lain-lain	3	17,6	3	17,6
Penghasilan orang tua (ribu/bulan)	100 - 250	8	47,1	8	47,1
	251 - 400	7	41,2	7	41,2
	> 400	2	11,8	2	11,8
Jumlah Saudara	< 3 orang	4	23,5	4	23,5
	4 - 6 orang	9	52,9	9	52,9
	7 orang	4	23,5	4	23,5

## Bahasan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pada dasarnya tidak ada perbedaan profil ciri-sifat antara penderita epilepsi umum tipe *grand-mal* dengan bukan penderita epilepsi. Hal ini tidak sesuai dengan pendapat bahwa penderita epilepsi mempunyai kepribadian yang khas dengan kecenderungan negatif

dan berbeda dari mereka yang normal (Mc Kinlay, 1987; Long & Moore [sitat dalam Thornton, 1987]).

Ada kemungkinan pendapat di atas tepat apabila penelitian dikenakan terhadap penderita epilepsi secara umum, tanpa memandang secara khusus pada kelompok *grand-mal*, dibatasi oleh tingkat pendidikan, atau pemakaian obat tertentu. Tidak ter-

buktinya hipotesis penelitian ini dapat juga disebabkan belum dilakukannya uji validitas terhadap alat ukur yang merupakan hasil adaptasi dari CAQ. Hal tersebut terjadi karena peneliti berasumsi tidak perlu melakukan uji validitas kembali mengingat CAQ merupakan alat ukur standar selain mempertimbangkan keterbatasan biaya dan waktu untuk melakukannya.

Apabila dilihat secara khusus pada penderita epilepsi tipe *grand-mal*, hasil penelitian ini mendukung penelitian yang dilakukan Diana (1994), yang menunjukkan bahwa penderita epilepsi memiliki konsep diri dan penyesuaian sosial yang baik. Konsep diri merupakan salah satu elemen dasar penyusunan kepribadian; dengan konsep diri yang baik penderita epilepsi dapat mengembangkan kepribadian yang sehat.

Bukan sesuatu yang mudah untuk menegaskan diagnosis gangguan kepribadian atau adanya kepribadian yang khas pada penderita epilepsi. Yusuf (1989) menyatakan bahwa penilaian adanya gangguan kepribadian harus ditegakkan berdasarkan data: (a) riwayat gangguan, (b) pemeriksaan klinik, (c) observasi tingkah laku, dan (d) riwayat kehidupan sehari-hari yang diperoleh dari keluarga dan teman-teman terdekat. Hal tersebut diperkuat dengan pernyataan Hermann dan Whitman (1991) bahwa terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kemunculan psikopatologi pada penderita epilepsi, yaitu: faktor neurofisiologis, psikososial dan farmakologis.

Data mengenai faktor neurofisiologis dan riwayat penyakit pada subjek penelitian menunjukkan bahwa 11 orang (64,7%) termasuk dalam epilepsi yang tidak diketahui penyebabnya (idiopatik) dan 6 orang (35,3%) tergolong dalam episode

simtomatik, dengan perincian 2 orang (11,8%) karena trauma kapitis dan 4 orang (23,5%) disebabkan kejang demam.

Data lain yang termasuk di dalam faktor neurologis yang mempengaruhi munculnya psikopatologi adalah usia awitan (*age of onset*), tercatat sebanyak 10 orang (58,8%) menderita epilepsi sejak berusia kurang dari 15 tahun, dengan rincian 3 orang (17,6%) sejak usia < 10 tahun dan 7 orang (41,2%) sejak usia antara 10-15 tahun.

Ounsted (sitat dalam Cull, 1987) mengatakan bahwa terdapat kecenderungan peningkatan gangguan tingkah laku jika epilepsi muncul pada usia awal antara 0 sampai dengan 5 tahun dikarenakan pada masa itu otak sedang mengalami perkembangan pesat, dan dengan adanya loncatan listrik yang berlebihan tentu akan menghambat terjadinya perkembangan otak secara normal.

Pada umumnya epilepsi *grand-mal* termasuk jenis epilepsi yang mempunyai kecenderungan remisi paling besar pada anak-anak, dan kemungkinan kambuh paling sedikit terutama jika pemberian dosis obat dilakukan secara tepat. Epilepsi *grand-mal* yang tergolong epilepsi umum primer memiliki prognosis yang baik, semakin tua usia awitan diharapkan semakin baik pula pengendalian kejangnya. O'Donohoe (1985) mengungkapkan jika serangan epilepsi umum terjadi setelah usia 5 tahun dan sebelum pubertas, diprediksikan mempunyai prognosis baik.

Kondisi-kondisi tersebut sangat berpengaruh terhadap tinggi rendahnya frekuensi bangkitan. Subjek penderita epilepsi dalam penelitian ini tergolong penderita dengan frekuensi rendah dengan rincian 10 orang (58,8%) mengalami bangkitan 1-5 kali dalam satu tahun, 5 orang (29,4%) berfrekuensi 6-10 kali dalam satu

tahun, dan 2 orang (11,8%) dengan frekuensi 11-15 kali dalam satu tahun. Hal ini dapat disebabkan karena sebagian besar usia awitan penderita tergolong usia "aman", yaitu di atas usia 5 tahun dengan penyebab epilepsi yang tidak diketahui (idiopatik). Hal itu akan sangat memungkinkan adanya pengendalian kejang yang baik, selain itu tidak adanya kelainan organik atau komplikasi dari beberapa macam kelainan neurologi, berakibat pada rendahnya frekuensi bangkitan.

Data mengenai hasil rekaman otak (*Electroencephalograph/EEG*) menunjukkan sejumlah 9 orang (52,9%) berada pada kategori abnormal dengan brainstem iritatif, dan yang berada dalam batas normal sebanyak 8 orang (47,1%). Menurut Stores, Whitman dan Hoare (sitat dalam Cull, 1987) belum ditemukan hubungan yang pasti antara hasil EEG yang abnormal dengan munculnya gangguan tingkah laku pada penderita epilepsi, kecuali bahwa abnormalitas pada daerah lobus temporalis menunjukkan adanya hubungan dengan kemunculan gangguan tingkah laku agresif.

Pada kenyataannya ciri-sifat subjek penderita epilepsi dalam penelitian ini tampak tidak banyak dipengaruhi oleh riwayat perjalanan penyakitnya. Bahkan masa sakit yang terhitung lama—lebih dari 5 tahun—tidak membuat penderita merasa sangat terbebani meskipun tidak menutup kemungkinan mereka bosan dengan terapi yang harus dijalani.

Faktor lingkungan sosial sangatlah berpengaruh pada penderita epilepsi. Yusuf (1989) berpendapat bahwa kepribadian penderita epilepsi yang khas dapat dilihat pada penderita epilepsi kronis, yaitu mereka telah lama hidup dan berada dalam kondisi dan situasi lingkungan yang menghambat perkembangannya. Menurut Travis (sitat dalam White & Watt, 1981) respon-respon

keluarga terhadap penyakit kronis yang diderita anak merupakan faktor yang sangat penting bagi kelancaran proses penyesuaian diri anak. Senada dengan pendapat tersebut Mc Kinlay (1987) menyatakan bahwa stigma yang ada dalam diri mereka lebih disebabkan oleh dibatasinya aktivitas penderita, kesempatan menempuh pendidikan dan adanya diskriminasi ketika memasuki dunia kerja. Kesuksesan seseorang dalam melakukan penyesuaian diri tidak hanya tergantung pada usahanya melainkan ditentukan pula oleh pengaruh lingkungannya.

Sebagian besar subjek penderita epilepsi dalam penelitian ini termasuk beruntung dengan berbagai kesempatan yang mereka peroleh. Di bidang pendidikan sejumlah 10 orang (58,8%) berhasil menyelesaikan pendidikan setingkat SMA dan memperoleh pekerjaan di beberapa perusahaan, bahkan ada yang melanjutkan ke jenjang perguruan tinggi sebanyak 4 orang (23,6%), tiga orang yang sudah lulus masing-masing bekerja sebagai guru SDN di Malang, karyawan Astra Company Jakarta, dan staf di sebuah SPBU di Surabaya.

Saranson (1972) berpendapat bahwa inteligensi merupakan kemampuan untuk berpikir abstrak, belajar dan beradaptasi dengan lingkungan atau situasi baru. Individu dengan inteligensi yang rendah atau bahkan jauh di bawah normal cenderung lebih sulit mengembangkan pola-pola kepribadian, sebaliknya seseorang dengan inteligensi rata-rata atau tinggi lebih bisa menyesuaikan dengan tuntutan sosial yang ada (Hurlock, 1974). Inteligensi juga sangat berpengaruh dalam mengembangkan nilai moral yang akan memandu tingkah laku seseorang. Apabila dilihat dari tingkat pendidikan, dapat dikatakan bahwa inteligensi subjek penderita epilepsi dan subjek kontrol berada dalam batas normal atau rata-rata sehingga dapat diprediksikan

bahwa mereka lebih mudah dalam melakukan penyesuaian diri. Di samping itu dari pelaksanaan observasi tampak bahwa subjek penderita memberikan respon yang tepat ketika diberikan pertanyaan mengenai suatu kondisi yang harus dihadapi sehubungan dengan penyakit yang mereka derita.

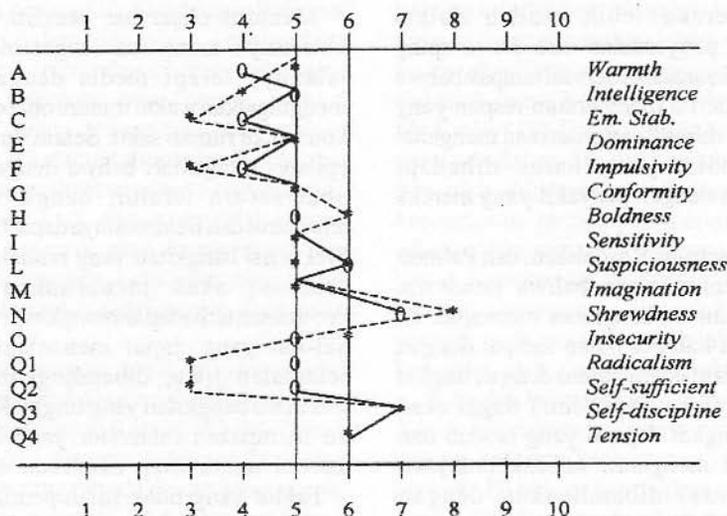
Hasil penelitian Rosenbaum dan Palmon (1984) menunjukkan bahwa penderita dengan frekuensi bangkitan menengah ke bawah (satu kali per bulan sampai dengan satu kali dalam enam bulan) dengan tingkat kecerdasan (*resourcefulness*) tinggi akan memiliki tingkat depresi yang rendah dan lebih dapat mengatasi ketidakberdayaan (*helplessness*) dibandingkan dengan penderita berfrekuensi bangkitan sama tetapi rendah tingkat inteligensinya. Inteligensi rata-rata yang dimiliki para subjek penderita dengan frekuensi bangkitan rendah sangat memungkinkan mereka untuk lebih mudah menyelesaikan masalah-masalah yang dihadapi.

Kecuali dua orang subjek (subjek 10 dan 13), subjek yang lain merasa mendapatkan kebebasan dan kesempatan yang sama untuk memperoleh tambahan keterampilan atau melakukan aktivitas yang mereka sukai (*hobby*) seperti anggota keluarga dan teman-teman yang lain. Beberapa subjek mengikuti kursus bahasa dan komputer, subjek yang lain tergabung dalam kegiatan bela diri, sanggar tari dan tim olah raga di sekolah masing-masing sehingga mereka tidak merasa rendah diri dan merasakan bahwa pada dasarnya mereka mampu melakukan sesuatu sebagaimana individu yang lain. Jelas bahwa dukungan keluarga akan sangat membantu penderita epilepsi untuk mengembangkan potensi diri mereka.

Menurut observasi peneliti, keluarga khususnya orang tua sangat mendukung jalannya terapi medis dengan selalu mengingatkan waktu minum obat dan jadwal kontrol ke rumah sakit. Selain itu penderita epilepsi menyadari bahwa dengan minum obat secara teratur, bangkitan dapat terkontrol dan frekuensinya dapat berkurang. Frekuensi bangkitan yang rendah (1-5 kali setahun) akan menurunkan tingkat kecemasan terhadap kemungkinan terjadinya hal-hal yang dapat mencelakakan keselamatan jiwa, dibandingkan dengan frekuensi bangkitan yang tinggi. Kenyataan ini merupakan motivator yang kuat bagi mereka untuk tetap menjalani terapi.

Faktor yang tidak kalah penting adalah penerimaan lingkungan sosial terhadap keberadaan penderita epilepsi di tengah-tengah mereka. Media massa (televisi, radio, surat kabar dan majalah) telah memberikan berbagai pengetahuan kognitif tentang apa dan bagaimana epilepsi. Pengetahuan ini sedikit banyak membantu mengubah pandangan dan penerimaan masyarakat terhadap penderitanya. Seperti yang diungkapkan oleh Hurlock (1974), media massa mempunyai peran membebaskan individu dari pemikiran-pemikiran sempit yang dianut oleh lingkungan sosialnya. Penerimaan dari lingkungan sekitar membuat penderita epilepsi akan lebih leluasa mengembangkan pola kepribadian yang sehat.

Profil ciri-sifat subjek kontrol dan penderita epilepsi dapat dilihat pada gambar berikut.



Gambar 1. Profil ciri-sifat subjek kontrol dan penderita epilepsi.

Keterangan:

- : Penderita epilepsi
- : Subjek kontrol
- || : Batas kategori normal
- : Skor skala (1-10)

Pada subjek kontrol, skor skala yang berada pada titik rendah dapat dilihat pada ciri-sifat A (*Warmth*), C (*Emotional Stability*), dan F (*Impulsivity*), sedangkan ciri-sifat yang lain memiliki skor skala 5 dan 6 yang dapat diartikan sebagai batas normal untuk suatu nilai ciri-sifat. Sementara ciri-sifat N (*Shrewdness*) mempunyai skor skala 7 yang tergolong tinggi.

Arti dari skor skala di atas adalah didapati suatu kecenderungan bersikap menyendiri atau membatasi diri untuk menjalin hubungan dengan banyak orang, pendiam, mandiri, kurang komunikatif, dan kaku dalam menerapkan nilai-nilai yang mereka anut (A- dan F-), terkecuali pada subjek kontrol nomor 3, 5, 7, dan 12 yang

tampak lebih membuka diri dan mempunyai lebih banyak teman. Berkaitan erat dengan kedua ciri-sifat tersebut adalah tingginya ciri-sifat N yang mendasari munculnya sifat tidak mudah puas, dipenuhi kehati-hatian dan kewaspadaan ketika bertindak, cenderung ambisius, diperkuat dengan disiplin yang ketat terhadap diri sendiri (Q3+).

Perlu diwaspadai adanya akibat yang tidak diinginkan jika ambisi-ambisi tersebut tidak terpenuhi, karena terdapat kecenderungan rendahnya kestabilan emosi, pencemas dan menunjukkan tingkah laku emosional ketika menghadapi kegagalan (C-). Ciri-sifat C yang rendah hanya didapati pada subjek kontrol 4, 6, 8, 9, dan 10, keadaan ini mungkin disebabkan faktor pola asuh orang

tua yang terlalu dominan atau faktor lingkungan yang lain. Kondisi ini dapat diatasi dengan mengembangkan kebiasaan bertindak praktis, berpikir logis, serta kesukaan mereka terhadap pemberian tanggung jawab dari pihak lain (I-) dan disiplin diri yang tinggi ketika harus menjalankan tugas (Q3).

Profil yang ditampakkan oleh subjek penderita epilepsi umumnya relatif sama dengan subjek kontrol. Perbedaan tampak pada ciri-sifat A, yaitu penderita epilepsi menunjukkan skor skala yang lebih tinggi artinya mereka lebih terbuka, mudah diajak bekerja sama, dan penuh perhatian terhadap orang lain, terkecuali pada subjek penderita epilepsi 1, 5, 7, 8, 12, 13, dan 16 dengan skor skala rendah. Keadaan ini sangat mungkin terjadi karena penderita epilepsi sangat membutuhkan dukungan kelompok, terutama dalam usaha penyelesaian masalah, mereka merasa lebih mantap bila melakukannya bersama orang lain (Q2-). Pada saat-saat tertentu muncul pula sifat mereka yang pendiam, penuh kewaspadaan terutama ketika berhadapan dengan orang-orang yang baru dikenal atau saat memasuki lingkungan dan situasi yang asing (F-).

Pada dasarnya subjek penderita epilepsi dalam penelitian ini mempunyai kecerdasan yang bersifat potensial, khususnya subjek 3, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, dan 17, serta memiliki keinginan kuat untuk memenuhi segala sesuatu yang menjadi dambaannya (N+). Hambatan muncul jika subjek dihadapkan pada situasi menegangkan yang menjadikannya cemas dan bingung (*confuse*) karena mereka tidak mampu memusatkan konsentrasi dengan baik sehingga permasalahan yang dihadapi tidak dapat terselesaikan secara efektif (B-, C-, dan Q1-).

Apabila dicermati lebih lanjut, hal-hal tersebut dapat terjadi karena adanya kondisi-kondisi yang disadari atau tidak menjadikan

subjek penderita epilepsi mengembangkan pola ciri-sifat tersebut. Seperti yang telah dikemukakan di muka, penderita epilepsi yang menjadi subjek penelitian ini seluruhnya mengenyam pendidikan yang cukup tinggi, sebagian telah bekerja, dan mereka tetap melakukan aktivitas serta memiliki kesenangan (*hobby*) layaknya individu lainnya. Pergaulan dan kehidupan sehari-hari tersebut menjadi dasar pengembangan keinginan untuk menjalin hubungan dengan masyarakat luas. Kemudahan menjalin kerja sama dengan orang lain berangkat dari kesadaran bahwa keterbatasan diri yang ada membuat mereka sering membutuhkan bantuan orang lain, khususnya ketika bangkitan epilepsi muncul. Gunawan (1993) menyatakan bahwa tidak ada perbedaan yang nyata antara skor IQ penderita epilepsi yang menjalani terapi obat jenis Phenytoin dibandingkan dengan subjek normal sebagai kelompok kontrol. Berkaitan dengan inteligensi beberapa penderita epilepsi yang tergolong rendah dapat disebabkan karena perasaan dan pikiran mereka yang sering dipenuhi kecemasan. Keadaan ini akan mengurangi kemampuan mereka untuk memusatkan konsentrasi ketika memecahkan suatu masalah. Harus diperhatikan pula bahwa jumlah butir untuk ciri-sifat B terlalu sedikit, maka hasil yang diperoleh akan lebih akurat bila didukung oleh alat ukur lain misalnya tes WAIS (Krug, 1981).

Rendahnya konsentrasi dipengaruhi pula ketidakstabilan emosi. Kondisi tersebut wajar dan dapat dipahami mengingat kecemasan yang mereka rasakan terhadap bangkitan yang sewaktu-waktu dapat muncul. Meskipun pada subjek penelitian ini frekuensi bangkitan tergolong rendah, tidak menutup kemungkinan adanya kecemasan yang tinggi terutama apabila subjek harus menghadapi lingkungan asing yang belum mengetahui keadaan dirinya.

Apabila mereka masih dihantui oleh pikiran bahwa epilepsi adalah cacat yang memalukan dan harus disembunyikan, sampai kapan pun mereka akan dihinggapi kecemasan yang berlebihan. Jika ini berlangsung terus menerus, dapat dipastikan aktivitas dan hubungan mereka dengan orang lain akan terganggu. Dalam kasus seperti ini subjek penderita epilepsi harus diyakinkan bahwa mereka dapat melakukan banyak hal tanpa harus merasa cemas terhadap kekurangan yang ada pada diri mereka. Pengoptimalan ciri-sifat yang positif sangat mendukung kemunculan rasa percaya diri, setidaknya mereka memiliki disiplin diri yang tinggi di samping kedelapan ciri-sifat lain yang berada pada batas normal.

## Saran

### • Bagi Orang Tua

Pengetahuan yang luas dan benar mengenai apa dan bagaimana epilepsi akan berpengaruh terhadap cara orang tua dalam menyikapi dan memperlakukan anak yang menderita epilepsi. Kepercayaan yang diberikan kepada penderita epilepsi bahwa mereka dapat melakukan aktivitas seperti halnya orang lain, menjadikannya lebih percaya diri. Kepercayaan yang didukung dengan keleluasaan dan kesempatan menuntut ilmu, menambah keterampilan atau memperoleh pekerjaan, akan sangat berguna bagi pengembangan diri penderita epilepsi. Hal yang perlu diperhatikan adalah sedapat mungkin menghindari sikap terlalu melindungi (*over protection*) karena dapat berakibat munculnya ketergantungan pada diri penderita. Hal yang tidak kalah penting adalah tidak bosan mengingatkan dan memperhatikan perihal pengobatan secara intensif. Seringkali dijumpai penderita

epilepsi tidak melanjutkan terapi medis karena bosan dan tidak mendapat dukungan orang tua.

Orang tua dan penderita epilepsi seyogianya terlibat secara aktif dalam Perkumpulan Orang Tua Penyandang Epilepsi Indonesia (POTPEI) untuk mendapatkan berbagai masukan.

### • Bagi Rumah Sakit

Proses terapi terhadap penderita epilepsi hendaknya melibatkan berbagai macam profesi, mulai dari dokter saraf, psikiater maupun psikolog. Hal ini dimaksudkan agar penderita epilepsi maupun keluarganya yang membutuhkan dapat melakukan konsultasi kejiwaan

mengingat diagnosis epilepsi akan sangat mengejutkan dan mengguncangkan jiwa pasien dan keluarganya.

### • Bagi Organisasi PERPEI

Perkumpulan Penanggulangan Epilepsi Indonesia (PERPEI) yang melibatkan berbagai kalangan profesional baik dokter, ahli hukum, psikolog maupun pengusaha pabrik farmasi telah memberikan berbagai pengetahuan kognitif melalui media massa yang menunjukkan bahwa penyakit ini bukan penyakit menular dan bukan penyakit keturunan. Akan lebih baik lagi apabila hal tersebut ditindaklanjuti dengan pemberian ceramah atau kursus-kursus yang menunjang usaha penderita untuk mengembangkan diri, misalnya mengenai kiat-kiat menghadapi lingkungan berkaitan dengan epilepsi yang mereka derita, pelatihan asertivitas dan pemantauan diri (*self monitoring*).

### • Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti yang tertarik terhadap tema yang sama perlu kiranya memperluas subjek penelitian. Jika memungkinkan membandingkan profil ciri-sifat antara penderita

epilepsi dari beberapa jenis epilepsi dan memperluas subjek kontrol. Selain itu apabila peneliti selanjutnya menggunakan CAQ, perlu dilakukan uji validitas CAQ sebagai pengungkap ciri-sifat agar hasil yang diperoleh lebih representatif.

Variabel lain yang dapat diteliti sehubungan dengan tema kepribadian khas epilepsi, antara lain pola asuh, penerapan nilai-nilai keagamaan dalam keluarga, kaitan hasil rekaman otak dengan bentuk kepribadian, atau pengaruh terapi obat dari jenis lain.

### Pustaka Acuan

- Cull, C. A. (1987). Cognitive function and behavior in children. In M. R. Trimble, & E. H. Reynolds (Eds.), *Epilepsy behavior and cognitive function* (pp. 97-111). New York: John Wiley & Sons, Ltd.
- Diana, F. (1994). *Hubungan antara konsep diri dan kecemasan dengan penyesuaian sosial pada penyandang epilepsi tipe grand-mal di RSUD Dr. Soetomo Surabaya*. Skripsi, tidak diterbitkan, Fakultas Psikologi Universitas Surabaya, Surabaya.
- Edward, C. R. W., & Bouchier, I. A. D. (1991). *Davidson's principles of medicine: A textbook for students and doctors* (16th ed.). Hong Kong: ELBS with Churchill Livingstone.
- Gunawan, H. (1993). *Pengaruh obat fenitoin terhadap perubahan inteligensi penderita epilepsi umum tonik-klonik di Poliklinik Penyakit Saraf RSUD Dr. Soetomo Surabaya*. Laporan Penelitian Pendahuluan, tidak diterbitkan, Lab/UPF Ilmu Penyakit Saraf FK UNAIR/RSUD DR. Soetomo, Surabaya.
- Hermann, B. P., & Whitman, S. (1991). Neurobiological, psychosocial, and pharmacological factors underlying interictal psychopathology in epilepsy. *Advances in Neurology*, 55, pp. 7. New York: Raven Press, Ltd.
- Hurlock, E. B. (1974). *Personality development*. New Delhi: Tata McGraw-Hill Publishing Co. Ltd.
- Krug, S. E. (1981). *Clinical analysis questionnaire manual*. Champaign: IPAT.
- Laidlaw, J., & Richens, A. (1976). *A textbook of epilepsy*. Edinburgh: Churchill-Livingstone.
- Lennox, W. G., & Lennox, M. A. (1960). *Epilepsy and related disorders* (Vols. I & II). Boston: Little Brown & Co.
- Maramis, W. F. (1980). *Catatan Ilmu Kesehatan Jiwa* (Edisi kelima). Surabaya: Airlangga University Press.
- Mardjono, M. (1989). Pandangan umum tentang masalah epilepsi. Dalam H. S. Haditono, A. Kusumo, & Soetedjo (Eds.), *Epilepsi* (hlm. ?). Semarang: Wonodri Offset.
- Mc Kinlay, I. (1987). Epilepsy care: The problem from child to adult. In E. Ross, D. Chadwick, & R. Crawford (Eds.), *Epilepsy in young people* (pp. 3-12). Toronto: John Wiley & Sons, Ltd.
- Naharuddin, J. M. (1989). *Perawatan di rumah penderita epilepsi dari sudut pandang dokter*. Makalah disampaikan pada Simposium Epilepsi untuk Masyarakat, Semarang.
- O'Donohoe, N. V. (1985). *Epilepsies of childhood* (2nd ed.). Boston: Butterworths.
- Ossetin, J. (1987). Methods and problem in the assessment of cognitive function in epileptic patients. In M. R. Trimble, & E. H. Reynolds (Eds.), *Epilepsy behavior and cognitive*

- function* (pp. 9-26). New York: John Wiley & Sons, Ltd.
- Prawitasari, J. E., & Sugiyanto (1980). Penelitian pendahuluan tentang *Clinical Analysis Questionnaire* (CAQ) adaptasi Indonesia. *Jurnal Psikologi*, 9, 30-38. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Rossenbaum, M., & Palmon, N. (1984). Helplessness and resourcefulness in coping with epilepsy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(2), 244-253.
- Saranson, I. G. (1972). *Personality (an objective approach)*. New York: John Wiley & Sons, Ltd.
- Shorvon, S. D. (1988). *Epilepsy: A General Practice Perspective*. Basel: Ciba-Geigy Publication.
- Sugiyanto, & Murtini, S. (1980). *Ciri-sifat orang normal dan patologis (studi tentang kepribadian)*. Laporan Penelitian LPM-UGM, Yogyakarta.
- Thornton, L. (1987). Personal relationship. In E. Ross, D. Chadwick, & R. Crawford, (Eds.), *Epilepsy in young people* (pp. 39-49). Toronto: John Wiley & Sons, Ltd.
- White, R. W., & Watt, N. F. (1981). *The abnormal personality* (5th ed.). Toronto: John Wiley & Sons, Ltd.
- Yustiani, D. (1984). *Pola penderita epilepsi*. Tesis, tidak diterbitkan, FK UNPAD, Bandung.
- Yusuf, I. (1989). Aspek psikiatrik epilepsi. Dalam H. S. Haditono, A. Kusumo, & Soetedjo (Eds.), *Epilepsi* (hlm. ?). Semarang: Wonodri Offset.