

Gejala Psikiatrik Tumor Otak

Dr. Suwondo

Departemen Kesehatan Jiwa RSPAD Gatot Soebroto, Jakarta

PENDAHULUAN

Hampir semua insan akan merasa ngeri manakala sudah ditetapkan diagnosis bahwa dirinya menderita tumor apalagi tumor otak. Hal demikian tidaklah berlebihan karena hingga saat ini belum juga ditemukan sistem pengobatan yang mujarab untuk penyembuhan tumor secara tuntas; sehingga wajarlah jika persepsi orang terhadap diagnosis tumor adalah identik dengan menunggu datangnya kematian, yang pada umumnya sejak ditegakkan diagnosis sampai datangnya maut waktunya diperkirakan tidak akan lama lagi. Meskipun sudah disadari bahwa maut pasti datang, namun sangatlah jarang orang yang siap menghadapinya. Yang lazim terjadi peristiwa itu selalu merupakan *stressor* bagi yang bersangkutan maupun keluarga yang ditinggalkan.

Reaksi pasien dan keluarganya dalam menghadapi tumor otak bermacam-macam, ada yang dengan tabah dan pasrah; tetapi kebanyakan orang akan merasa sangat menderita tekanan batin setelah mengetahui diagnosis dan gambaran perjalanan penyakit itu.

Reaksi emosional tersebut perlu diketahui dalam rangka menentukan sikap (*approach*) dari berbagai disiplin ilmu terkait dalam menangani tumor otak secara bersama-sama, yang menyangkut aspek organobiologik (fisik) psiko edukatif dan sosio kultural. Hal ini penting karena aspek psikiatri tumor otak dapat muncul dalam berbagai situasi, misalnya :

1. Adanya gejala psikiatri yang erat mendahului gejala klinis yang lain.
2. Reaksi emosional setelah diagnosis adanya tumor.
3. Reaksi emosional pada tindakan (pra operasi).
4. Reaksi emosional pascatindakan/post operasi dan rehabilitasi.

5. Menghadapi pasien path stadium terminal.
6. Reaksi emosional dari keluarga dan lingkungan.

Dalam uraian berikut akan dibahas peran serta psikiatri dalam menangani tumor otak; dalam hal diagnosis dini, terapi dan rehabilitasi sera menghadapi pasien dalam stadium terminal.

TUMOR OTAK DAN KELAINAN PSIKIATRI

Tumor otak dapat timbul di berbagai bagian dari otak; di jaringan otak, selaput otak, sistim ventrikel, pleksus koroid, glandula pinealis, hipofisis dan lain-lain. Tumor otak dapat bersifat primer atau sekunder sebagai akibat metastasis dari tumor di bagian lain.

Manifestasi klinis tumor otak tergantung dari beberapa faktor, antara lain :

- * Jenis dan sifat tumor
- * Kecepatan pertumbuhan dan penyebaran
- * Lokalisasi tumor
- * Kecepatan kenaikan tekanan intrakranial.

Tumor otak paling sering mengakibatkan timbulnya kelainan psikiatri baik secara langsung maupun tidak langsung. Timbulnya gejala psikiatri biasanya akan terlihat lebih awal. Kalau perjalanan penyakit demikian, maka tidak terlalu sulit untuk mendeteksi tumor otak tersebut. Namun seringkali didapatkan perjalanan penyakit yang sebaliknya, yaitu gejala psikiatri muncul lebih dahulu sehingga tidak jarang pasien didiagnosis dan diterapi sebagai sehizophreniform, karena pada kasus demikian memang tidak ditemukan gejala-gejala yang nyata; atau kalau didapatkan gejala neurologis, penyakitnya sudah semakin parah. Gejala psikiatri ini perjalanannya dapat cepat atau pelan-pelan dan bervariasi cukup luas; sehingga tidak dapat untuk pedoman dalam menentukan stadium tumor otak.

Disajikan dalam Simposiwn Tumor Otak, 20 Juli 1991 di RSPAD Gatot Soebroto, Jakarta.

**) Psikiater Departemen Keswa RSPAD Gatot Soebroto, Jakarta*

Dengan perkataan lain, kelainan psikiatri yang timbul pada tumor otak yang tidak menunjukkan gejala neurologik yang jelas perlu diwaspadakan. Pada kasus demikian perlu dilakukan pemeriksaan CT Scan kepala dan penanganan selanjutnya.

PROBLEM PSIKIATRI PASIEN TUMOR OTAK

Pasien yang menderita tumor otak seringkali menghadapi problem psikiatri yang berpengaruh pula terhadap keluarganya, lingkungannya dan semua yang terkait dengannya. Aspek psikiatri akan muncul setelah diketahui ada tumor otak, selama dalam perawatan, pengobatan, rehabilitasi maupun saat menghadapi stadium terminal.

Problem psikiatri yang timbul pada umumnya berkisar pada permasalahan sebagai berikut :

- 1) Keadaan penyakitnya sendiri
- 2) Antisipasi dari dokter yang merawatnya
- 3) Lasputaksasi (yang pada umumnya cukup lama)
- 4) Informasi mengenai diagnosis penyakit, terapi/operasi dan pasea operasi serta rehabilitasi
- 5) Fungsi organ tubuh pasea operasi
- 6) Keadaan terminal.

Frekuensi problem pada pasien tumor otak (yang sebelumnya bukan penderita gangguan jiwa) menurut Leponski :

- 1) *Basic Stress Psychology* yang berhubungan dengan diagnosis, perawatan dan rencana penanganan selanjutnya.
- 2) Komunikasi informatif tentang rencana tindakan (operasi) dengan berbagai alternatif yang mungkin timbul.
- 3) Persiapan pre dan post operasi.
- 4) Pengertian psikodinamik mengenai hubungan antarapasiendokter-keluarga dan lingkungan.

Dengan mengetahui hal-hal tersebut diharapkan para dokter yang menangani tumor akan memperhitungkan bahwa kemungkinan akan dapat timbul kelainan psikiatri pada pasien itu sendiri maupun keluarganya.

GEJALA PSIKIATRI TUMOR OTAK

Gejala psikiatri tumor otak variasinya cukup banyak, berbeda-beda bagi tiap-tiap pasien walaupun diagnosisnya sama, bahkan pada seorang pasien seringkali gejalanya berubah-ubah dari waktu ke waktu.

Karena gejala psikiatri ini tidak membentuk suatu sindrom psikiatri yang khas maka kelakuan psikiatri yang timbul pada tumor otak tidak dapat digunakan untuk menegakkan diagnosis tumor dan lokalisasinya. Namun demikian kalau dicurigai dapat diperiksa lebih lanjut (misalnya *CT Scan* kepala) untuk meyakinkan diagnosis dan tindakan selanjutnya.

Gejala psikiatri yang sering timbul pada tumor otak antara lain .

- 1) Gangguan fungsi intelek; yang paling menonjol ialah menurunnya fungsi pertimbangan dan tata sosial pada umumnya. Kelakuan ini tergantung pada jenis dan lokalisasi tumor serta gambaran kepribadian premorbid.
- 2) Gangguan fungsi berbahasa; gejala ini biasanya mengaburkan gejala psikiatri lain namun justru pada kasus demikian

perlu diperiksa lebih teliti.

3) Hilangnya daya ingat; terutama atas peristiwa yang baru saja terjadi, sedang peristiwa yang sudah lama kadang-kadang masih diingat baik. Seringkali dapat muncul seperti sindrom Korsakoff.

4) Gangguan emosi; pasien menjadi Icbih Ickas marah, atau dapat pula dalam keadaan depresi.

5) Kemunduran taraf kecerdasan secara umum.

6) Gangguan orientasi.

7) Kelainan dan perubahan tingkah laku/kepribadian (*personality changes*).

8) Gejala-gejala neurologik yang samar.

Di samping gejala-gejala psikiatri yang timbul akibat tumor otak, juga timbul reaksi dari pasien terhadap penyakit tersebut antara lain :

1) Stres emosional meliputi terapi/perawatan dan prognosinya serta problem biaya.

2) Sikap pasien terhadap tumor otak :

a) Menerima apa adanya (*accepting the diagnosis*).

b) Sedih dan bingung (*apprehension*).

c) Acuh tak acuh dengan penyakitnya (*apathy*).

d) Berusaha mencari berbagai upaya penyembuhan.

e) Cemas menghadapi kematian.

3) Timbulnya keluhan fisik dan psikis yang umumnya berlatar belakang pada rasa cemas, depresi dan penolakan terhadap penyakitnya. Pada umumnya kelakuan psikiatri akan timbul bila pasien mempunyai :

a) Perasaan berdosa dan bersalah yang tidak atau belum terselesaikan.

b) Kesadaran akan tugas yang belum selesai.

c) Kesempatan-kesempatan yang terbuangkalai.

d) Cemas akan perpisahan.

e) Problema psikis yang belum terselesaikan.

Kelainan psikiatri dapat pula timbul setelah tindakan (operasi) terhadap tumor otak, misalnya :

1) Komplikasi psikiatri postoperatif yang berhubungan dengan :

a) Tingkat anxietas pre operatif.

b) Harapan yang realistik/tidak realistik.

c) Sikap *denial* dari pasien.

2) Anxietas, kecemasan dan persepsi lingkungan.

3) *Dependency*; bahkan sering terjadi tingkah laku regresif (*regressive behaviour*) baik fisik maupun emosional.

4) Reaksi depresi, murung, lesu, tak ada gairah hidup, merasa berdosa, merasa mendapat kutukan, menyesali diri sendiri, keinginan untuk bunuh diri.

5) Keluhan-keluhan hipokondriasis.

Dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa kelainan psikiatri pada tumor otak timbul sebagai :

a) Gejala dari tumor yang dapat timbul lebih dini maupun pada saat-saat lanjut.

b) Reaksi pasien terhadap tumor.

c) Reaksi pasien terhadap rencana tindakan, pasea tindakan dan problem finansial.

d) Komplikasi psikiatrik pasc operasi.

CONTOH KASUS (I)

Seorang laki-laki bernama Sy, umur 23 tahun, pendidikan AKABRI tahun terakhir. Pasien anak ke 7 dari 10 bersaudara. Sejak kecil diasuh oleh orang tuanya, hubungan dengan saudara-saudaranya cukup baik. Riwayat pendidikan sejak SD hingga AKABRI prestasinya baik, selalu mendapat *ranking* di kelas. Sifatnya agak keras dibandingkan dengan saudaranya, tetapi ia pandai bergaul walaupun dari pihak keluarga tidak ada yang menjadi ABRI. Semenjak berada di tingkat terakhir AKABRI, pasien mengeluh tidak dapat berkonsentrasi, pikirannya suing kacau dan tingkah lakunya semakin aneh. Pernah terjadi sewaktu latihan luar, tiba-tiba pasien bicaranya kacau, tingkah lakunya aneh, tidak selayaknya sebagai taruna AKABRI dan dianggapnya karena kesurupan. Akhirnya pasien dirawat di rumah sakit di bagian jiwa kira-kira 1 bulan. Untuk tahun terakhir ini pasien tinggal kelas. Setelah mengikuti pendidikan lagi prestasinya semakin menurun dan sekali-kali menunjukkan keanehan.

Sewaktu dalam pendidikan penyakitnya kambuh lagi, selanjutnya pasien dirawat lagi di rumah sakit dan oleh psikiater setempat didiagnosis Skizofrenia. Selama dalam perawatan kira-kira 6 bulan, respon terhadap terapi kurang begitu baik. Hasil konsultasi dengan bagian Neurologi dan pungsi lumbal semuanya tidak menemukan kelainan neurologis.

Pada tanggal 10-1-1986, pasien dirujuk ke RSPAD dengan surat pengantar dan diagnosis Skizofrenia. Pasien datang dalam keadaan sadar, dapat berjalan sendiri, menggunakan seragam AKABRI tempo kurang memperhatikan tata tertib militer yang biasanya ditaati sekali. Sikapnya acuh tak acuh, ekspresi wajah tampak kosong, kontak psikis tidak adkuat, kadang-kadang bicara sendiri. Orientasi terhadap waktu, tempat, personal tidak jelas terganggu.

Hasil pemeriksaan neurologis, tidak jelas ada kelainan. EEG dalam batas normal. Setelah 5 hari dalam perawatan di Bagian Jiwa RSPAD, pasien menunjukkan adanya nystagmus dan penglihatan merasa kurang terang.

Hasil konsultasi Bagian Mata dijawab; Gambaran fundus ODS baik, ada nystagmus.

Hasil konsultasi ulang Bagian Neurologi didapat kesan Observasi tumor hipofisis dan disarankan untuk *CT Sean* kepala. Hasil *CT Sean* kepala tanggal 16-1-1989 : Neoplasma daerah pineal dengan ukuran yaitu 5 x 4 x 5 cm yang meluas ke supra sellar.

Selanjutnya pasien ditangani oleh bagian Bedah Saraf. Selama dalam perawatan di Bedah Saraf pasien sempat dicutikan ke daerah asalnya, sambil menunggu persiapan operasi. Kemudian pasien dioperasi, dengan tindakan pembedahan *V-P Shunt*, dan diagnosa akhir : Tumor ventrikel III dengan hidrosefalus.

CONTOH KASUS (II)

Pasien seorang laki-laki, umur 45 tahun, pangkat Serka. Pada tanggal 15-12-1986, pasien dibawa berobat ke bagian

Psikiatri RSPAD Gatot Soebroto, karena bicaranya kacau, marah-marah, suka telanjang (tidak malu sama sekali), buang air kecil sembarangan dan di tempat umum, ingin pergi dari rumah dan sukar dikendalikan. Keadaan ini dialaminya untuk yang pertama kalinya. Sebelumnya pasien sifatnya peramah, sangat sopan kepada siapa saja, rajin bekerja, tidak pernah menentang perintah atasan, rukun dengan teman sekerjanya. Sebulan sebelum sakit, pasien sempat pergi membawa mobil beserta keluarganya ke Garut dari Jakarta pulang balik.

Semenjak pulang dari Garut, itu pasien sering termenung, kadang-kadang bicara sendiri, berani membolos dari dinas bahkan pernah tidak mau melaksanakan perintah atasannya, serta tingkah lakunya aneh. Oleh keluarga pasien dikira kesurupan, lalu dibawa ke dukun. Setelah kira-kira sebulan tidak ada kemajuan, lalu dibawa ke bagian Jiwa RSPAD Gatot Soebroto.

Selama dalam perawatan di bagian Jiwa : Keadaan umum kompos mentis, pakaian kurang teratur, dan pasien tidak memperhatikan tata tertib militer sama sekali. Kontak psikis tidak adekuat, bicara kacau, pasien minta dipegangi istrinya terus. Pasien buang air kecil sembarangan, suhu badan 30°C, tensi 140/80 mmHg.

Hasil konsultasi dengan bagian lain :

Interna : Observasi UTI dan DD/*thypoid fever*

Urologi : Nocturia ec psikogenik.

Neurologi : Suspek meningoencephalitis

EEG : dalam batas normal.

Selanjutnya pasien dipindah rawat di Bagian Neurologi.

CT Sean kepala : tanpa/dengan kontras menunjukkan gambaran *butterfly* glioblastoma corpus callosum bagian interior.

DD/Astrocytoma.

Pasien meninggal setelah 21 hari perawatan, sebelum tindakan pembedahan yang direncanakan setelah keadaan umumnya membaik.

PEMBAHASAN

Dari kedua contoh kasus di atas, pasien dirujuk ke bagian Jiwa dengan kesan suatu keadaan psikosis, dan sewaktu datang belum menunjukkan kelainan neurologis yang nyata.

Perjalanan penyakit untuk kasus pertama lebih dari satu tahun dalam perawatan psikiatrik, sedang kasus kedua hanya sekitar satu bulan (yang dugaan semu sehingga dibawa ke dukun) dan dibawa ke bagian Jiwa dengan kesan suatu psikosis.

Dari kedua kasus tersebut upaya untuk menegakkan diagnosis adanya tumor serebri dilakukan dengan *CT Sean* kepala karena pemeriksaan sebelumnya termasuk pemeriksaan EEG tidak jelas menunjukkan adanya kelainan. Akhirnya pasien meninggal di Bagian Bedah Saraf setelah dilakukan tindakan operasi, sedang kasus kedua belum sempat dilakukan operasi sudah meninggal.

Di sini jelas bahwa pasien tersebut datang dengan kelainan psikiatrik, padahal sebenarnya ia juga menderita tumor intra kranial yang tidak terdeteksi sejak dini.

KEPUSTAKAAN

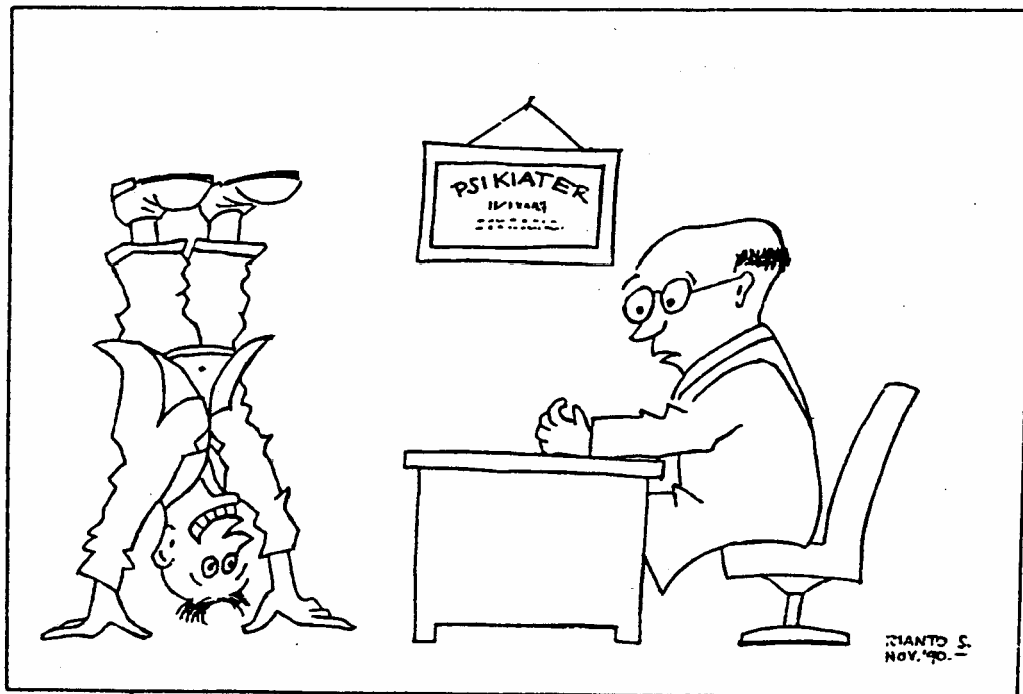
KESIMPULAN

Telah diuraikan secara singkat aspek psikiatri tumor otak dengan contoh kasus. Kelainan psikiatri akibat tumor otak dapat timbul lebih dini dari kelainan klinik yang lain sehingga jika kasus psikiatri dengan kecurigaan latar belakang tumor otak perlu pemeriksaan lebih cermat (misal *CT Scan*) agar penanganan tidak terlambat.

Meskipun ada kelainan psikiatri pada tumor otak namun tidak merupakan sindrom klinik yang khas sehingga kelainan tersebut tidak dapat untuk menentukan jenis dan lokalisasi tumor.

Psikiatri dapat berperanserta dalam penanganan tumor otak sejak penentuan diagnosis, perawatan, persiapan operasi, pasc operasi dan rehabilitasi serta pada stadium terminal.

1. Goldman H. Organic Mental Disorders, Review of General Psychiatry, Singapore: Maruzen Asia, 1984.
2. Haus P. When the Patient doesn't Die. General Hospital Psychiatry, Boston, 1988.
3. Kaplan III, Sadock BJ. Comprehensive Textbook of Psychiatry, V. Baltimore, London: William and Wilkins Co, 1989.
4. Kolb LC. Psychological Factors Affecting Physical Condition. Modern Clinical Psychiatry. 10th ed. London: WB. Saunders Co, 1982.
5. Ledenberg Marquerete, FMD. Psychooncology. Review of Comprehensive Textbook of Psychiatry V. Baltimore, 1989.
6. Lucete FE. Strain J. Psychological Problem of the Patient with Head and Neck Cancer, Comprehensive Management of Head and Neck Tumors, Philadelphia: WB. Saunders Co., 1987.
7. Schwartz SI. Psychiatry complication. Principles of Surgery 4th ed. Singapore: McGraw Hill International Book co, 1983.
8. Silvan Arieti. American Hand Book of Psychiatry, 2nd ed. vol. IV. USA: Basic Book Inc. 1975.



" Penemuan orisinil saya untuk mencegah celana melorot ini seharusnya bisa meyakinkan dokter betapa jeniusnya saya ..."