

**GEJALA PSIKIATRIK PADA PENDERITA TUMOR OTAK
DITINJAU DARI KEDOKTERAN DAN ISLAM**



3038

Oleh

Syafrina Wety

1102003264

**Skripsi ini diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Dokter Muslim
pada**

**FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS YARSI
JAKARTA MARET 2010**

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Skripsi ini telah kami setujui untuk dipertahankan di hadapan Komisi Penguji
Skripsi, Fakultas Kedokteran Universitas Yarsi.

Jakarta, Maret 2010

Ketua Komisi Penguji



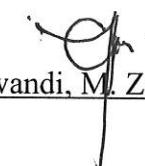
Dr. Ihsan Sosiawan Tunru, PhD

Pembimbing Medik



Dr. Nasrudin Noor., Sp.KJ

Pembimbing Agama



H. Irwandi, M. Zen, Lc, MA

ABSTRAK

GEJALA PSIKIATRIK PADA PENDERITA TUMOR OTAK MENURUT PANDANGAN KEDOKTERAN DAN ISLAM

Secara umum tumor diartikan sebagai pertumbuhan baru dimana terdapat diferensiasi sel, maturasi, dan kontrol pertumbuhan yang abnormal. Tumor otak merupakan lesi yang terletak pada intrakranial yang menempati ruang di dalam tengkorak. Lobus frontalis merupakan lobus terbesar yang berhubungan dengan aspek tingkah laku. Tumor di lobus frontalis daerah prefrontal bisa memberikan gejala gangguan mental sebelum munculnya gejala lainnya, berupa perubahan perasaan, kepribadian dan tingkah laku serta penderita merasakan perasaan selalu senang (euforia); jadi menyerupai gejala psikiatrik.

Tujuan umum penulisan skripsi adalah mengetahui tentang gejala psikiatri pada penderita tumor otak. Sedangkan tujuan khusus skripsi ini adalah mengetahui pathogenesis, penatalaksanaan, dampak psikiatrik tumor otak dan pandangan Islam pada dampak psikiatrik tumor otak.

Sindroma lobus frontalis adalah suatu perubahan pola perilaku, emosi dan *personality* yang terjadi akibat kerusakan otak bagian depan. Kejadian yang dapat menyebabkan sindroma ini diantaranya adalah cedera kepala, sindroma vascular, tumor, dementia frontotemporal, dan akibat pembedahan karena aneurisma. Allah SWT mensyariatkan hukum, baik yang mengatur tentang hak yang harus dimiliki oleh seseorang atau hak yang harus ditunaikannya atau pun mengenai ucapan dan perbuatannya, dengan tujuan untuk mewujudkan kemaslahatan (kebaikan) hidupnya baik secara perorangan, jasmani maupun rohaniya, di dunia maupun di akhirat. Maka seorang penderita tumor otak dengan gangguan psikiatrik, ia termasuk golongan orang yang tidak dibebani dengan ketentuan hukum *Syara'*.

Kepada keluarga atau penderita tumor otak hendaknya mematuhi anjuran yang diberikan dokter. Untuk kalangan medis, hendaknya menyediakan sarana pelayanan kesehatan yang memadai untuk mendiagnosis dan melakukan tindakan pengobatan.

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas berkah dan karunia-Nya sehingga dapat menyelesaikan penulisan skripsi yang berjudul "GEJALA PSIKIATRIK PADA PENDERITA TUMOR OTAK MENURUT PANDANGAN KEDOKTERAN DAN ISLAM". Skripsi ini diajukan dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan untuk mencapai gelar Dokter Muslim dari Fakultas Kedokteran Universitas YARSI Jakarta.

Berbagai kendala yang peneliti hadapi sehingga dapat menyelesaikan penulisan skripsi ini tidak terlepas dari adanya bantuan dan dukungan dari banyak pihak. Atas bantuan yang diberikan, baik bantuan moril maupun materil, maka penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Prof Dr. Hj. Qomariyah, MS, PKK, AIFM, selaku Dekan FK YARSI Semoga Allah SWT memberikan rahmat dan hidayahNya kepada ibu
2. Dr. Wan Nedra Komaruddin Sp.A. selaku Wakil Dekan I yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengerjakan judul skripsi ini.
3. Dr. Insan Sosiawan Tunru, PhD, selaku Dewan Pembimbing Skripsi dan selaku Komisi Penguji Skripsi Agama yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengerjakan judul skripsi ini dan menyelsaikan skripsi ini.
4. Dr. Nasrudin Noor, Sp.KJ, selaku Pembimbing Medik yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan tugas ini.

5. H. Irwandi, M. Zen, Lc, MA, selaku Pembimbing Agama yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan tugas ini
6. Pimpinan dan Staff Perpustakaan Universitas Yarsi Jakarta, yang telah membantu saya dalam mencari buku sebagai referensi dalam menyelesaikan skripsi Agama
7. Ayahanda tercinta Syafnil L., ibunda tercinta Cahya Budi, atas segala bimbingannya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
8. Saudara-saudaraku tercinta, Doni Syamsurianto, Syafnilianti, dan Rizky Setiawan, atas segala dukungan dan doanya selama ini.
9. Rekan-rekan seperjuangan di civitas akademika fakultas kedokteran Universitas Yarsi, yang tidak dapat disebutkan namanya satu – persatu, terima kasih atas bantuan dan dukungannya selama ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun sehingga penyusunan ini dapat lebih baik sesuai dengan hasil yang diharapkan.

Akhir kata, penulis mengucapkan terima kasih dan semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang membacanya.

Jakarta, Maret 2010

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN PERSETUJUAN	ii
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR GAMBAR.....	viii
BAB I. PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Permasalahan	4
1.3. Tujuan	4
1.4. Manfaat	5
BAB II. GEJALA PSIKIATRIK PADA PENDERITA TUMOR OTAK	
2.1. Tumor Otak.....	6
2.2. Tumor Lobus Frontalis	9
2.2.1. Etiologi Dan Patofisiologi.....	9
2.2.2. Manifestasi Klinis	11
2.2.3. Pemeriksaan Klinis	12
2.3. Gejala Psikiatri Pada Penderita Tumor Otak	14
2.3.1. Tumor Otak Dan Kelainan Psikiatri	14
2.3.2. Problem Psikiatri Pasien Tumor Otak	15
2.3.3. Gejala Psikiatri Tumor Otak	16
2.4. Terapi Dan Rehabilitasi Pada Pasien Tumor Otak.....	19
2.4.1. Gangguan Lokomotor	22
2.4.2. Ketrampilan Tangan	22

2.4.3. Gangguan Bicara	23
2.4.4. Gangguan Koordinasi.....	24
2.4.5. Gangguan Sensorik	25
2.5. Kerjasama Tim Rehabilitasi Pada Pasien Dengan Tumor Otak ...	26
BAB III. GEJALA PSIKIATRIK PADA PENDERITA TUMOR OTAK DAN DITINJAU DARI SUDUT ISLAM	
3.1. Tujuan Hidup Menurut Islam	31
3.2. Kesehatan Jiwa Dalam Islam	32
3.3. Ketentuan Umum Berobat Dalam Islam.....	36
3.4. Gejala Psikiatri Pada Penderita Tumor Otak Dalam Islam.....	40
BAB IV. KAITAN PANDANGAN KEDOKTERAN DAN ISLAM TERHADAP GEJALA PSIKIATRIK PADA PENDERITA TUMOR OTAK.....	46
BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Kesimpulan	48
5.2 Saran	51

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Judul	Halaman
1. Otak Manusia	7
2. Sirkuit Otak Manusia	11

BAB I

PENDAHULUAN

I.1. Latar belakang

Secara umum tumor diartikan sebagai pertumbuhan baru dimana terdapat diferensiasi sel, maturasi, dan kontrol pertumbuhan yang abnormal. Menurut Ruppert Willis, tumor (neoplasma) adalah massa jaringan abnormal dengan pertumbuhan yang berlebihan dan tidak terkoordinasi dengan pertumbuhan jaringan yang normal meskipun stimulus yang menimbulkan perubahan tersebut dihilangkan atau berhenti. Pada dasarnya awal semua jenis tumor adalah hilangnya tanggapan terhadap kendali pertumbuhan normal. Masa abnormal ini bertujuan menggerogoti sel jaringan yang normal (Cummings, 1999).

Otak sebagai bagian dari sistem persarafan manusia memiliki massa 2% dari berat badan orang dewasa. Otak merupakan jaringan yang paling banyak memakai energi dalam seluruh tubuh manusia dan terutama berasal dari proses metabolisme oksidasi glukosa. Jaringan otak sangat rentan dan kebutuhan akan oksigen dan glukosa melalui aliran darah adalah konstan. Metabolisme otak merupakan proses yang tetap dan kontinu, tanpa ada masa istirahat. Aktivitas otak yang tak pernah berhenti ini berkaitan dengan fungsinya yang kritis sebagai pusat integrasi dan koordinasi organ-organ sensorik dan sistem efektor perifer tubuh, dan fungsi sebagai pengatur informasi yang masuk, simpanan pengalaman, impuls yang keluar dan tingkah laku (Waxman, 2001).

Tumor otak merupakan tumor intrakranial yang terbentuk oleh pembelahan sel abnormal dan tidak terkontrol, yang terdapat pada otak itu sendiri (neuron, sel-sel glia, pembuluh-pembuluh darah), pada nervus cranialis, pada meninges, tulang tengkorak, kelenjar pineal dan pituitary, ataupun menyebar ke organ lainnya. Dalam kepustakaan lain dipaparkan bahwa tumor otak merupakan lesi yang terletak pada intrakranial yang menempati ruang di dalam tengkorak. Tumor-tumor selalu bertumbuh sebagai sebuah massa yang berbentuk bola tetapi juga dapat tumbuh menyebar, masuk kedalam jaringan. Neoplasma terjadi akibat dari kompresi dan infiltrasi jaringan (Hill, 2001).

Tumor otak bisa mengenai segala usia, tapi umumnya pada usia dewasa muda atau pertengahan, jarang di bawah usia 10 tahun atau di atas 70 tahun. Sebagian ahli menyatakan insidens pada laki-laki lebih banyak dibanding wanita, tapi sebagian lagi menyatakan tak ada perbedaan insidens antara pria dan wanita. Gejala umum yang terjadi disebabkan karena gangguan fungsi serebral akibat edema otak dan tekanan intrakranial yang meningkat. Gejala spesifik terjadi akibat destruksi dan kompresi jaringan saraf, bisa berupa nyeri kepala, muntah, kejang, penurunan kesadaran, gangguan mental, gangguan visual dan sebagainya. Edema papil dan defisit neurologis lain biasanya ditemukan pada stadium yang lebih lanjut (Mardjono dan Sidharta, 2000).

Lobus frontalis merupakan lobus terbesar dari otak kita yang berhubungan dengan aspek tingkah laku. Sindroma lobus frontalis adalah suatu perubahan pola perilaku, emosi dan *personality* yang terjadi akibat kerusakan otak bagian depan. Kejadian yang dapat menyebabkan sindroma ini diantaranya adalah cedera kepala, *vascular syndrome*, tumor, dementia frontotemporal, dan akibat pembedahan karena aneurisma (Cummings, 1999).

Manifestasi klinis yang timbul sangat beragam, terutama pada ketidakmampuan untuk mengatur perilaku. Terapi yang kita lakukan sampai saat ini adalah mengobati penyakit yang mendasari dari terjadinya sindroma lobus frontalis tersebut, konseling keluarga, dan pembedahan bila diperlukan (Bradley, 2000).

Tumor di lobus frontalis daerah prefrontal bisa memberikan gejala gangguan mental sebelum munculnya gejala lainnya, berupa perubahan *mood*, kepribadian dan tingkah laku serta penderita merasakan perasaan selalu senang (*euphoria*); jadi menyerupai gejala psikiatris. Makin besar tumornya, gejala gangguan mental ini semakin nyata dan kompleks. Afasia motorik (gangguan bicara bahasa berupa hilangnya kemampuan mengutarakan maksud) bisa terjadi bila tumor mengenai daerah area Broca yang terletak di belahan kiri belakang. Reflek memegang (*grasp reflex*) juga khas untuk tumor di lobus frontalis ini. Pada stadium yang lebih lanjut bisa terjadi gangguan pembauan (*anosmia*), gangguan visual, gangguan keseimbangan dalam berjalan, gangguan bola mata karena kelumpuhan saraf serta edema papil (Davies, 2001).

Allah SWT mensyariatkan hukum, baik yang mengatur tentang hak yang harus dimiliki oleh seseorang atau hak yang harus ditunaikannya atau pun mengenai ucapan dan perbuatannya, dengan tujuan untuk mewujudkan kemaslahatan (kebaikan) hidupnya baik secara perorangan, jasmani maupun rohaninya, di dunia maupun di akhirat. Oleh karena itu di dalam penerapan hukum tersebut sangat diperhatikan perkembangan dan keadaan manusia baik fisik maupun akalnya, dari semenjak masih dalam kandungan sampai akhir hayatnya. Dengan lain perkataan, hukum Islam dalam memberlakukan ketentuan-ketentuan hukumnya kepada manusia selalu disesuaikan dengan kemampuan badan dan akalnya (Baiquni, 1996).

Pada penderita tumor otak terutama pada lobus prefrontalis ditemukan gangguan kejiwaan yang timbul akan sangat menghambat usaha rehabilitasi pemulihan fungsi tubuh. Akibat kerusakan otak bisa timbul hilangnya intelektual, perubahan kepribadian dan jadi agresif, sehingga diperlukan pemeriksaan dan evaluasi oleh psikiater. Maka seorang penderita tumor otak dengan gangguan psikiatrik, ia termasuk golongan orang yang tidak dibebani dengan ketentuan hukum *Syara'*. Bagi keluarga, dimana anggota keluarganya menderita tumor otak, janganlah merasa kecewa atas takdir yang menimpa diri mereka. Sakit yang menimpa anggota keluarga merupakan merupakan merupakan ujian dan ladang amal bagi mereka, terutama jika mereka bisa menerima ujian ini dengan penuh kesabaran dan keikhlasan. Apabila mereka dapat menghadapi ujian ini dengan baik dan mampu mengatasi cobaan yang berat, maka Allah akan memberikan pahala sesuai dengan amal dan ibadah yang dikerjakan, dan akan diberikan jalan terbaik (Amir, 2005).

I.2. Permasalahan

1. Bagaimana patogenesis tumor pada otak?
2. Bagaimana penatalaksanaan tumor otak?
3. Bagaimana dampak psikiatrik tumor otak?
4. Bagaimana pandangan Islam pada dampak psikiatrik tumor otak?

I.3. Tujuan

I.3.1 Tujuan umum

Mengetahui tentang gejala psikiatrik pada penderita tumor otak menurut pandangan kedokteran dan Islam

I.3.2 Tujuan khusus

1. Mengetahui pathogenesis tumor otak
2. Mengetahui penatalaksanaan tumor otak
3. Mengetahui dampak psikiatrik tumor otak
4. Mengetahui pandangan Islam pada dampak psikiatrik tumor otak

I.4. Manfaat

1. Bagi penulis

Untuk lebih memahami mengenai gejala psikiatrik pada penderita tumor otak ditinjau dari kedokteran dan Islam serta dapat menambah pengalaman dalam membuat karya ilmiah yang baik dan benar.

2. Bagi Universitas Yarsi

Diharapkan skripsi ini dapat membuka wawasan pengetahuan serta menjadi bahan masukan bagi civitas akademika Universitas Yarsi mengenai gejala psikiatrik pada penderita tumor otak ditinjau dari kedokteran dan Islam

3. Bagi Masyarakat

Diharapkan skripsi ini dapat menambah pengetahuan masyarakat sehingga dapat lebih memahami tentang gejala psikiatrik pada penderita tumor otak ditinjau dari kedokteran dan Islam.

BAB II

GEJALA PSIKIATRIK PADA PENDERITA TUMOR OTAK

DITINJAU DARI KEDOKTERAN

2.1 TUMOR OTAK

Otak adalah salah satu organ vital ditubuh kita, yang dilindungi oleh tulang tengkorak dan tiga selaput tipis yang disebut *meninges*. Cairan otak dikenal sebagai cairan serebrospinal (*cerebrospinal fluid*). Cairan serebrospinal ini mengisi ruang antara *meninges* dan melewati ruang-ruang di dalam otak yang disebut ventrikel. Satu sistem saraf membawa pesan dari otak ke seluruh tubuh, begitu pula sebaliknya (Goldman, 1994).

Otak memiliki peranan penting dalam hal apa seseorang memilih untuk berbuat (seperti berjalan dan berbicara) dan hal-hal yang dilakukan tubuh tanpa berpikir sebelumnya (seperti bernafas). Otak juga bertanggung jawab terhadap panca indera (penglihatan, pendengaran, sentuhan, rasa, dan bau), memori, emosi, dan kepribadian (Amir, 2005).

Tiga bagian utama di otak (Davies, 2001):

1. Otak besar (*Cerebrum*).

Otak besar merupakan bagian terbesar dari otak. Terletak pada bagian paling atas dari otak. Disini informasi dari panca indera kita diolah, sehingga kita bisa memahami apa yang terjadi di sekitar kita dan otak memerintahkan tubuh kita untuk memberikan respon terhadap impuls yang didapatkan. Otak besar (*Cerebrum*) juga merupakan pusat membaca, berpikir, belajar, berbicara, dan

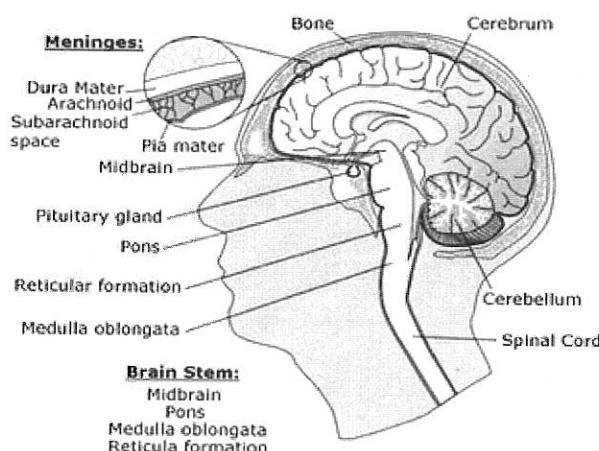
emosi. Otak besar dibagi menjadi dua, hemisfer kiri dan kanan, yang mengendalikan kegiatan tubuh secara terpisah. Otak kanan mengendalikan otot-otot di sisi kiri tubuh, begitupun sebaliknya otak kiri mengendalikan otot-otot di sisi kanan tubuh.

2. Otak Kecil (*Cerebellum*).

Cerebellum berada di bawah otak besar, di bagian belakang otak. *Cerebellum* mengendalikan keseimbangan dan tindakan yang kompleks seperti berjalan dan berbicara.

3. Batang otak (*Brain Stem*).

Batang otak menghubungkan otak dengan sumsum tulang belakang. Batang otak mengendalikan lapar dan haus. Batang otak juga mengontrol pernapasan, suhu tubuh, tekanan darah, dan fungsi tubuh dasar lainnya.



Gambar 1. Otak Manusia

Tumor susunan saraf pusat ditemukan sebanyak ± 10% dari tumor seluruh tubuh, dengan frekwensi 8% terletak pada intrakranial dan 2% di dalam kanalis spinalis. Di Amerika di dapat 35.000 kasus baru dari tumor otak setiap tahun, sedang

menurut Bertelone, tumor primer susunan saraf pusat dijumpai 10% dari seluruh penyakit neurologi yang ditemukan di Rumah Sakit Umum. Di Indonesia data tentang tumor susunan saraf pusat belum dilaporkan. Insiden tumor otak pada anak-anak terbanyak dekade 1, sedang pada dewasa pada usia 30-70 dengan puncak usia 40-65 tahun (Mardjono dan Sidharta, 2004).

Akibat perubahan fisik yang bervariasi, menyebabkan beberapa atau semua kejadian patofisiologis sebagai berikut :

1. Peningkatan tekanan intrakranial (TIK) dan edema serebral
2. Aktivitas kejang dan tanda-tanda neurologis fokal
3. Hidrosefalus
4. Gangguan fungsi hipofise

WHO membagi tingkatan tumor dalam 4 tingkatan, yaitu (Hill, 2001).:

Derajat I

- Pertumbuhan sel lambat
- Nampak hampir normal dibawah mikroskop
- Paling sedikit tipe malignant
- Memiliki harapan hidup yang lebih lama

Derajat II

- Secara relatif pertumbuhan sel melambat
- Nampak sedikit abnormal dibawah mikroskop
- Dapat menyerang jaringan normal yang berdekatan
- Dapat timbul sebagai tumor tingkatan III

Derajat III

- Secara aktif mereproduksi sel-sel yang abnormal
- Nampak abnormal dibawah mikroskop
- Menyerang jaringan otak normal
- Cenderung untuk timbul pada tingkatan yang lebih tinggi

Derajat IV

- Sel-sel abnormal direproduksi secara cepat
- Sangat nampak abnormal dibawah mikroskop
- Membentuk pembuluh-pembuluh darah untuk mempertahankan pertumbuhan yang cepat.

2.2 TUMOR LOBUS FRONTALIS

Fungsi utama lobus frontalis adalah aktivasi motorik, intelektual, perencanaan konseptual, aspek kepribadian, dan aspek produksi bahasa; lesi pada lobus frontalis menyebabkan kelainan pada area fungsional tersebut (Kaplan, Sadock, Grebb, 2010).

2.2.1. Etiologi dan patofisiologi

Secara anatomis, girus frontalis superior, medial, dan inferior membentuk aspek lateral dari lobus frontalis. Secara fungsional, korteks motorik, korteks pramotorik, dan korteks asosiasi prafrontalis adalah bagian yang utama. korteks motorik terlibat dalam pergerakan otot spesifik; korteks pramotorik terlibat dalam gerakan terkoordinasi berbagai otot; dan korteks asosiasi terlibat dalam integrasi informasi sensoris yang diproses oleh korteks sensorik primer. dari aspek medial

korteks frontalis girus singulat membungkus di sekeliling korpus kolosum (Kaplan, Sadock, Grebb, 2010).

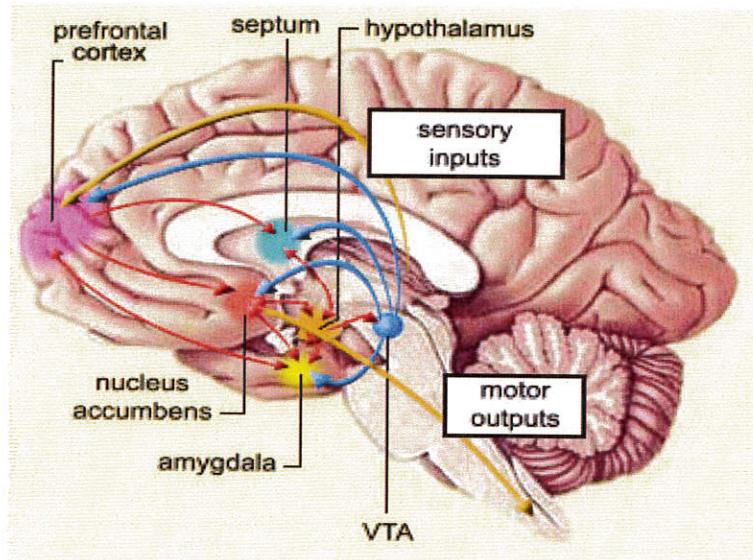
Terdapat lima sirkuit yang diketahui, yaitu sirkuit motorik pada area motorik, sirkuit okulomotor pada lapangan penglihatan frontal, dan tiga sirkuit pada daerah kortek prefrontal, yaitu sirkuit dorsolateral prefrontal, sirkuit orbitofrontal prefrontal, serta cingulatum anterior. Setiap sirkuit mempunyai serabut proyeksi ke struktur striata (nucleus caudatus, putamen, dan striatum anterior), dan dari striata berhubungan ke globus pallidus dan substansia nigra, proyeksi ke nucleus thalamus dan kembali ke lobus frontal (Cummings, 1999).

Sirkuit dorsolateral dimulai dari korteks prefrontal dorsolateral yaitu nucleus caudatus dorsolateral, globus pallidus dorsomedial lateral, nucleus thalamus dorsomedial, dan anteroventral regio dorsolateral prefrontal. Kerusakan pada sirkuit ini menyebabkan gangguan fungsi eksekutif, di antaranya kesulitan mempelajari informasi baru, gangguan program gerakan motor, gangguan kelancaran verbal dan non verbal, gangguan untuk menyusun kembali bentuk yang kompleks. Sirkuit ini menerima impuls dari serabut aferen area prefrontal 4, 6 dan area parietal 7a yang berperan dalam proses penglihatan. Serabut aferen dari sistem limbik diterima melalui proyeksi dopamine dari substansia nigra (Cummings, 1999).

Sirkuit orbitofrontal dimulai dari kortek orbitolateral yaitu nucleus caudatus ventromedial, globus pallidus dorsomedial medial, nucleus thalamus ventroanterior, dan mediodorsal kortek orbitolateral. Kerusakan pada sirkuit ini menyebabkan gangguan disinhibisi berupa gangguan perilaku berupa mudah marah, emosi yang labil dan obsesif kompulsif. Sirkuit ini menerima serabut aferen dari area temporal

22 dan orbito frontal 12 yang terdiri dari bagian sensorik heteromodal dan paralimbik (Cummings, 1999).

Sirkuit cingulatum anterior dimulai dari kortek cingulatum anterior: nucleus akumbens, globus pallidus rostralateral, thalamus medio dorsal, kortek cingulatum anterior. Kerusakan pada sirkuit ini ditandai dengan apati, penurunan kemauan dan tidak adanya emosi. Sirkuit ini menerima serabut afferent hipokampus, area entorhinal 28 dan area perirhinal 35 (Cummings, 1999).



Gambar 2. Sirkuit Otak Manusia

Selain sirkuit diatas, juga terdapat jalur langsung dan jalur tidak langsung yang turut berperan dalam fungsi lobus frontalis.

2.2.2 Manifestasi klinis

Sindroma lobus frontalis adalah berupa gejala gejala ketidakmampuan untuk mengatur perilaku seperti impulsive, tidak ada motivasi, apati, disorganisasi, defisit

memori dan atensi , disfungsi eksekutif, ketidakmampuan mengatur mood-nya, mudah lupa, perkataan yang sering menyakitkan hati ataupun kotor, malas / tidak mau mengerjakan aktivitas apapun juga, sulit diatur, selalu merasa paling benar (Goldman, 1994).

2.2.3 Pemeriksaan klinis

Diagnosis klinis suatu sindroma lobus frontalis cukup sulit, karena disfungsi lobus prefrontal sering tidak terdeksi pada pemeriksaan neurologi standar, maupun pemeriksaan status mental serta tes neuropsikologi konvensional. Ada beberapa pemeriksaan klinis, tes status mental dan skala neurobehavior yang harus digunakan pada keadaan ini (Marquerete, 1999).

1. Kontrol dan program gerakan motor :

a. Penekanan pada impuls motorik dan reflek :

- Reflek menggenggam
- *Tes go / no go*

pemeriksa meminta pasien untuk menggenggam 1 jari jika pemeriksa mengangkat 2 jari, dan menggenggam 2 jari jika pemeriksa mengangkat 1 jari. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat pemahaman pasien terhadap tugas yang diberikan. Lakukan percobaan ini sebanyak 10 kali. Kegagalan terhadap respon yang diberikan menunjukkan adanya inhibisi pada otak yang sebagian besar disebabkan oleh tumor.

b. Gerakan motorik cepat :

- *Rhythmic movements- Finger tap*

Pasien diminta untuk mengikuti irama dari suara pada saat pemeriksa mengetuk-jetukan jari secara periodik. Desinkronasi terhadap rangsangan yang diberikan (kegagalan pasien untuk mengikuti ketukan) menunjukkan adanya kelainan pada otaknya, yang kemungkinan besar disebabkan massa ruang.

c. Gerakan serial yang kompleks

- *Luria's hand sequences / Alternating sequences task*

Mintalah pasien untuk menyalin M dan N secara bergantian. Kesalahan mungkin ditemukan pada pasien dengan massa pada lobus frontal otak.

Luria's hand sequences terdiri atas 3 gerakan, yaitu *fist-edge-palm test*, dimana pasien diminta untuk mengepalkan tangan, meletakkan tangan di tepi meja, dan meletakkan telapak tangan di atas meja. Kegagalan dalam melakukan gerakan-gerakan ini merupakan pertanda abnormalitas di otak.

2. Kontrol mental :

a. *Trial making test*

Test ini digunakan secara luas untuk mengetahui hambatan dari fungsi kognitif. *Trial making test* dibagi atas dua bagian. Bagian pertama (TMTA), disini pasien dihubungkan dengan 25 lingkaran, dan pada bagian kedua (TMTB), angka (1-13), dan huruf (A-M), harus saling berhubungan. Penilaian dilakukan berdasarkan waktu yang dihabiskan untuk menyelesaikan setiap bagian. *Trial making test* menilai fungsi kognitif dari korteks dorsolateral dan korteks medial pre-frontalis.

b. Kemampuan mengulang secara terbalik kata, hari, bulan

3. Kelancaran dan kreativitas dengan *five point test*
4. Memori dengan rentang digit dan *word list learning*
5. Tingkah laku dan emosi.

12 macam dari *neurobehavioral rating* yang meliputi: gangguan emosi, depresi, gerakan yang lambat, afek tumpul, mood yang labil, disinhibisi, tidak dapat bekerja sama, kegembiraan yang berlebihan, perhatian yang kurang, perencanaan yang kurang, penilaian diri sendiri yang kurang tepat.

2.3 GEJALA PSIKIATRIK PADA TUMOR OTAK

2.3.1. Tumor Otak Dan Kelainan Psikiatri

Tumor otak dapat timbul di berbagai bagian dari otak, diantaranya di jaringan otak, selaput otak, sistem ventrikel, pleksus koroid, glandula pinealis, hipofisis dan lain-lain. Tumor otak dapat bersifat primer atau sekunder sebagai akibat metastasis dari tumor di bagian lain (Suwondo, 1992).

Manifestasi klinis tumor otak tergantung dari beberapa faktor, antara lain (Suwondo, 1992):

1. Jenis dan sifat tumor
2. Kecepatan pertumbuhan dan penyebaran
3. Lokalisasi tumor
4. Kecepatan kenaikan tekanan intrakranial.

Gangguan neurologis yang paling sering mengenai lobus frontalis adalah tumor, trauma, penyakit serebrovaskular, dan sklerosis multipel. kira-kira 90 persen pasien dengan tumor otak yang pertama kali tampak dengan gejala psikiatrik adalah

menderita tumor lobus frontalis. pasien tersebut dapat dengan mudah salah diklasifikasikan sebagai menderita gangguan psikiatrik karena tidak adanya tanda neurologis yang cermat mungkin menemukan refleks lobus frontalis yang abnormal (sebagai contohnya, refleks moncong [*snout reflex*]) (Kaplan, Sadock, Grebb, 2010).

Dengan perkataan lain, kelainan psikiatrik 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 (Wonoyudo, 1992).

2.3.2 Problem Psikiatri Pasien Tumor Otak

Pasien yang menderita tumor otak seringkali menghadapi problem psikiatrik yang berpengaruh pula terhadap keluarganya, lingkungannya dan semua yang terkait dengannya. Aspek psikiatrik akan muncul setelah diketahui ada tumor otak, selama dalam perawatan, pengobatan, rehabilitasi maupun saat menghadapi stadium terminal. Problem psikiatrik yang timbul pada umumnya berkisar pada permasalahan sebagai berikut (Marquerete, 1999) :

1. Keadaan penyakitnya sendiri
2. Antisipasi dari dokter yang merawatnya
3. Informasi mengenai diagnosis penyakit, terapi/operasi dan pasca operasi serta rehabilitasi
4. Fungsi organ tubuh pasca operasi
5. Keadaan terminal.

Frekuensi problem pada pasien tumor otak (yang sebelumnya bukan penderita gangguan jiwa) menurut Leponski (Suwondo, 1992):

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 antara pasien-dokter-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 (Davies, 2001).

2.3.3 Gejala Psikiatri Tumor Otak

Gejala psikiatrik tumor otak variasinya cukup banyak, berbeda-beda bagi tiap-tiap pasien walaupun diagnosisnya sama, bahkan pada seorang pasien sering kali gejalanya berubah-ubah dari waktu ke waktu. Karena gejala psikiatri ini tidak membentuk suatu sindrom psikiatri yang khas maka perilaku abnormal 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 (Lucete, 1998).

Gejala psikiatri yang sering timbul pada tumor otak antara lain (Hirsh, 1993).:

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 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.
9. Psikopatologi lain.

Akibat kerusakan otak bisa timbul hilangnya intelek, perubahan kepribadian dan jadi agresif. Perlu pemeriksaan dan evaluasi oleh psikiater. Depresi, cemas, kelelahan berlebihan, konsentrasi pikiran yang rendah dan kurangnya ingatan bisa karena defisit neurologik tetapi belum tentu karena kerusakan otak. Gambaran gangguan jiwa dapat diobati sehingga penderita dapat diubah keadaannya, program rehabilitasi dapat dimulai.

Di samping gejala-gejala psikiatri yang timbul akibat tumor otak, juga timbul reaksi dari pasien terhadap penyakit tersebut antara lain (Mardjono dan Sidharta, 2004) :

1. Stres emosional meliputi tindakan terapi/perawatan dan prognosisnya serta problem biaya.
2. Sikap pasien terhadap tumor otak :
 - Menerima apa adanya (*accepting the diagnosis*).
 - Sedih dan bingung (*apprehension*).
 - Acuh tak acuh dengan penyakitnya (*apathy*).
 - Berusaha mencari berbagai upaya penyembuhan.
 - Cemas menghadapi kematian.
3. Timbulnya keluhan fisik dan psikis yang umumnya berlatar belakang pada rasa cemas, depresi dan penolakan terhadap penyakitnya. Pada umumnya gejala psikiatrik akan timbul bila pasien mempunyai :
 - Perasaan berdosa dan bersalah yang tidak atau belum terselesaikan.
 - Kewajiban atau tugas yang belum selesai.
 - Kesempatan-kesempatan yang terbengkalai.
 - Cemas akan perpisahan.
 - Problema psikis lain yang belum terselesaikan.

Kelainan psikiatrik dapat pula timbul setelah tindakan (operasi) terhadap tumor otak, misalnya (Suwondo, 1992):

1. Komplikasi psikiatrik postoperatif yang berhubungan dengan :
 - Tingkat anxietas pre operatif.
 - Harapan yang realistik/tidak realistik.
 - 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 psikiatrik pada tumor otak dapat timbul sebagai (Bradley, 2000) :

- 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, pasca tindakan dan problem *financial*.
- d. Komplikasi psikiatrik pasca operasi.

2.4 TERAPI DAN REHABILITASI PADA PASIEN TUMOR OTAK

Terapi pada suatu sindroma lobus frontalis, adalah dengan mengatasi gejala gejala yang timbul sesuai dengan *underlying disease* yang diketahui, dan kemudian dilakukan terapi konvensional ataupun tindakan pembedahan. Beberapa penulis selain mengatakan bahwa terapi dari keadaan ini adalah tidak spesifik, namun yang harus diperhatikan adalah konseling terhadap keluarga pasien, karena keluarga mereka yang sekarang mengalami sindroma ini bukanlah keluarga mereka yang dahulu, dalam arti kata sifat, perilaku, bahkan keseharian mereka, sedikit banyak telah berubah. (Cummings, 1999).

Terapi yang dilakukan meliputi terapi steroid, pembedahan, radioterapi dan kemoterapi. Steroid secara dramatis mengurangi edema sekeliling tumor intrakranial,

namun tidak berefek langsung terhadap tumor. Pembedahan dilaksanakan untuk menegakkan diagnosis histologik dan untuk mengurangi efek akibat massa tumor. Kecuali pada tipe-tipe tumor tertentu yang tidak dapat direseksi. Operasi reseksi merupakan terapi yang dianjurkan pada tumor ini karena menghasilkan prognosis yang baik. dengan pengangkatan tumor parsial hanya ditemukan sedikit kasus yang rekuren dan sebagian besar pasien mengalami perbaikan neuropsikiatrik yang sempurna walaupun dalam jangka panjang. Tumor diterapi melalui radioterapi konvensional, kegunaan dari radioterapi hiperfraksi ini didasarkan pada alasan bahwa sel-sel normal lebih mampu memperbaiki kerusakan subletal dibandingkan sel-sel tumor dengan dosis tersebut. Radioterapi akan lebih efisien jika dikombinasikan dengan kemoterapi intensif Jika tumor tersebut tidak dapat disembuhkan dengan pembedahan, kemoterapi tetap diperlukan sebagai terapi tambahan dengan metode yang beragam (Hoffer dkk, 2007).

Rehabilitasi pasien adalah bagian yang tidak terpisahkan dalam pelayanan kesehatan, merupakan satu sisi yang tak terpisahkan dari segitiga pelayanan paripurna, yaitu: pencegahan, pengobatan dan rehabilitasi yang harus dimulai sedini mungkin. Setiap langkah dalam tindakan pelayanan di bidang kesehatan hendaknya selalu dijawai sikap yang berfikir rehabilitatif. Rehabilitasi yang selalu berorientasi pada pemulihan fungsi seoptimal mungkin atau memanfaatkan fungsi yang masih ada untuk kesejahteraan penderita melalui pendekatan tim yang terpadu. Tidak hanya melihat kecacatan fisik penderita tetapi keseluruhan baik psikologik, sosial, vokasional, pendidikan dan rekreasi penderita (Amir, 2005).

Orientasi pada tujuan untuk setiap penderita harus diseleksi agar sesuai dengan kebutuhan penderita yang semuanya bisa dikategorikan kepada restoratif, bila penderita bisa diharapkan kembali seperti keadaan semula; suportif bila penderita karena penyakitnya menjadi cacat; paliatif bila karena penyakitnya keadaan penderita semakin memburuk dari waktu ke waktu (Goldman, 1994).

Suatu program rehabilitasi pada pasien dengan tumor haruslah dibuat untuk pegangan dari sekian banyak anggota tim yang turut menangani keberhasilan usaha yang berorientasi kepada tujuan yang tergantung dari sistem pola rujukan, komunikasi diantara anggota tim dan efektivitas proses pelaksanaan rehabilitasi (Amir, 2005).

Hal-hal yang timbul akibat tumor otak baik primer atau metastase ke otak menyebabkan gangguan fungsi dan menjadi masalah pokok pada rehabilitasi medik, adalah lokomotor, keterampilan tangan, gangguan bicara, gangguan koordinasi, gangguan sensorik dan kejiwaan). Untuk menangani banyak masalah tersebut perlu kerja sama tim yang terpadu (Suwondo, 1992).

Sindroma lobus frontalis merupakan suatu sindroma yang diakibatkan oleh terganggunya fungsi lobus frontal. Banyak macam kejadian yang dapat menyebabkan hal tersebut, namun faktor tersering adalah trauma kepala. Diperlukan anamnesis dan pemeriksaan klinis khususnya pemeriksaan fungsi luhur yang sangat teliti agar kasus-kasus seperti ini dapat dideteksi. Terapi yang dilakukan pada saat ini masih membutuhkan kesabaran dan kerjasama yang baik antara pasien, dokter, dan keluarga pasien agar didapatkan hasil pengobatan yang optimal (Cummings, 1999).

Berdasarkan keadaan klinis pasien tumor otak lobus prefrontalis ini terapinya hanya terbatas pada perawatan medis (hal ini disesuaikan dengan gambaran patologi

anatomis yang ditemukan dari jaringan tumor), konsultasi yang dilakukan oleh dokter spesialis neurologi atau *behavioral neurologist*, dan aktifitas yang dapat meningkatkan respon pasien terhadap impuls, melakukan pekerjaan dan lain sebagainya (Davies, 2001).

2.4.1 Gangguan Lokomotor

Penyebab gangguan lokomotor yang paling umum adalah hemiplegia motorik akibat gangguan pembuluh darah atau paraplegia dan quadriplegia akibat penekanan pada sumsum tulang belakang atau penyakit demyelinasi; masalah tersebut akan memerlukan fisioterapi tergantung dari luasnya lesi saraf tersebut apakah statis, memburuk atau membaik. Pertimbangan utama adalah mobilisasi dan ketergantungan penderita; anggota gerak yang sehat harus dipelihara kekuatannya dan anggota yang lumpuh digerakkan secara pasif untuk memelihara gerakan sendi yang normal jangan sampai kaku. Bila ada spastisitas, harus diusahakan sedemikian rupa sehingga fungsi untuk berjalan bisa terpenuhi; baik dengan *cold pack* atau *hot pack* maupun dengan vibrasi atau menggunakan refleks hambatan. Kadang-kadang diperlukan suntikan lokal langsung pada saraf dengan *phenol* atau alkohol yang bermanfaat untuk beberapa minggu sampai beberapa bulan, sehingga penderita telah dapat diperbaiki mobilitasnya (Simatupang, 1992).

2.4.2 Keterampilan tangan

Sistem piramidalis sangat mempengaruhi kemahiran keterampilan tangan, walaupun proses penyakit telah sembuh namun dalam hal ini selalu ada defisit. Walaupun kekuatan otot telah pulih, gerakan sendi telah baik, pengendalian anggota gerak telah dikuasai namun ketrampilan tangan ini masih bagian yang penting dalam

proses rehabilitasi. Sebagian dapat dikerjakan fisioterapist tetapi lebih terperinci lagi oleh okupasi terapist. Keterampilan dapat dipulihkan melalui latihan terapi okupasi seperti menulis, mengetik, memasukkan kancing baju, bertukang dan menjahit. Akhirnya kemampuan yang semakin rumit sehubungan dengan kebutuhan penderita dalam pekerjaannya, memerlukan latihan yang lebih rumit pula (Simatupang, 1992).

2.4.3 Gangguan bicara

Gangguan bicara memerlukan evaluasi yang teliti dan penanganan khusus. Berbagai klasifikasi gangguan bicara, diantaranya yang mudah dan praktis adalah klasifikasi *Schuell* :

Gol 1 : Afasia sederhana

Terdapat pengurangan semua bahasa, tidak ada gangguan sensorik dan motorik, ada disarthria.

Gol 2 : Serupa dengan gol. 1 ditambah dengan gangguan visual dan terdapat gangguan diskriminasi, pengenalan dan pengungkapan simbol visual.

Gol 3 : Afasia disertai gangguan proses pendengaran dan sensorik-motorik.

Gol 4 : Campuran gangguan pendengaran, penglihatan dan motorik dan tanda-tanda kerusakan otak yang menyeluruh.

Gol 5 : Afasia, ireversibel dan hilangnya semua modalitas fungsi berbahasa.

Dari klasifikasi di atas dapat diduga prognosisnya, gol. 1 afasia sederhana adalah baik sedang gol. 5 afasia ireversibel adalah jelek. Apapun golongan penderita ada kemungkinan memberi bantuan komunikasi yang sesuai oleh *speech therapist* (Simatupang, 1992).

2.4.4 Gangguan koordinasi

Gangguan koordinasi timbul akibat kerusakan pada *cerebellum*. Lesi *cerebellum*, dan campuran lesi *cerebellum* dan piramidal mengakibatkan gangguan koordinasi dan kurangnya gerak terampil. Suatu hal yang perlu diperhatikan apakah lesi bersifat tetap, sembuh atau memburuk dan hubungannya dengan kelainannya apakah permanen atau sementara (Simatupang, 1992).

Gangguan koordinasi anggota gerak dilatih dengan latihan sederhana dimulai dari gerakan jari sendiri, ditingkatkan dengan antar jari, berarti sudah ada kordinasi tangan dan mata. Sangat menolong adalah rekreasi permainan benda kecil atau kerajinan tangan. Gangguan kordinasi anggota gerak bawah, tidak perlu dipaksakan untuk latihan jalan (*walking gait*); cukup dengan memulai yang sederhana menempatkan kaki dalam berbagai posisi secara statik, dilanjutkan dengan kordinasi pergerakan sendi. Sebelum berdiri ada baiknya posisi tegak dilatih pada *tilting table* dulu, latihan keseimbangan berdiri di lantai, baru latihan jalan dengan bantuan terapis. Selanjutnya dapat dilatih dengan alat bantu seperti kruk, tripod atau tongkat untuk berjalan sendiri (Simatupang, 1992).

Gangguan kordinasi karena defek pada ekstrapiroamidal lebih sulit diatasi terutama kalau bilateral. Selain kekuatan yang menghambat untuk bergerak, ada kegagalan mulai bergerak walaupun penderita sudah mengerti instruksi dan penerangan. Kadang-kadang bisa ditolong dengan bantuan visual dan pendengaran, pasien dengan sindrom Parkinson lebih sulit berjalan pada jalan yang rata daripada berlekuk-lekuk karena rangsangan sensorik kerikil akan memudahkan gerakan (Simatupang, 1992).

2.4.5 Gangguan sensorik

Selain pendengaran, mengecap, penciuman dan penglihatan, perasaan merupakan modalitas yang penting. Gangguan sensorik ini dapat dibagi 3 (Simatupang, 1992):

- a. Perasaan dalam (proprioseptif).

Memberi perasaan posisi dan pergerakan badan, reseptor terletak pada jaringan tubuh : otot, tendon, periost dan sendi juga memberi informasi tegangan otot dalam setiap gerakan. Gangguan proprioseptif akan mengganggu hubungan sensorik motorik.

- b. Perasaan superfisial (eksteroseptif).

Reseptor terletak pada kulit sangat penting untuk perabaan, tekanan, panas dingin dan nyeri. Gangguan sensorik superficial ini akan menyebabkan mudah cederapada kulit tanpa disadari.

- c. Stereognosis.

Perasaan ini adalah kemampuan mengenal benda tiga dimensi dengan meraba, tampaknya merupakan kombinasi perasaan dalam dan superfisial. Gangguan stereognosis ini menyebabkan astereognosis atau hilangnya perasaan taktil-kinestetik.

Untuk mengatasi gangguan sensorik ini perlu latihan berulang-ulang setiap rangsangan untuk memulihkan fungsi anggota gerak misalnya untuk berdiri, jalan, memasang kancing baju, sikat gigi, makan dengan garpu dan sebagainya. Variasi rangsangan bisa diberikan melalui permainan dengan bahan berlainan misalnya

balok-balok kayu, plastik dan tanah liat. Latihan secara bertahap dari ringan sampai berat sesuai dengan kemampuan yang telah dicapai (Simatupang, 1992).

2.5 KERJASAMA TIM REHABILITASI PASIEN TUMOR OTAK

Penanganan paripurna cacat akibat tumor otak memerlukan kerjasama multi disiplin ilmu dan kordinasi antar disiplin yang selaras dan serasi, kesemuanya harus berorientasi kepada pemulihian fungsi dan menempatkan sebagai pusat perhatian. Pengikutsertaan keluarga merupakan hal yang penting (Simatupang, 1992).

1. Peranan keluarga adalah:

- a. Partisipasi dalam proses rehabilitasi, pengamatan aktivitas penderita dan membantunya melakukan gerakan tertentu yang tak bisa dilakukan sendiri oleh penderita.
- b. Partisipasi aktif dalam tim rehabilitasi.
- c. Keikutsertaan dalam membuat keputusan dalam program rehabilitasi.
- d. Mendapat pengertian akibat cacat fisik dan mental.
- e. Melanjutkan program rehabilitasi di rumah.

2. Dokter ahli rehabilitasi medik (Fisiatris)

Dokter spesialis rehabilitasi medik berperan sebagai kapten tim, menentukan diagnosis, evaluasi dan pengobatan penderita. Tujuan utama adalah mengurangi sakit, dan memulihkan fungsi fisik, psikologik, sosial dan vokasional. Peran Fisiatris pada tim rehabilitasi, sebagai supervisi interaksi anggota tim pada semua fase dalam proses rehabilitasi. Termasuk diantaranya adalah :

- Interpretasi masalah medik dan pembedahan.

- Membantu semua anggota tim rehabilitasi menemukan jalan penyelesaian masalah yang timbul dalam pengobatan penderita.
- Mendorong cara inovatif dan riset.
- Mengambil keputusan apabila tim tidak bisa menentukan secara konsensus untuk menentukan tindakan. Fisiatris merupakan penghubung dengan spesialis lain yang menangani tumor otak.

3. Perawat Rehabilitasi

Perawat merupakan anggota tim yang paling dekat dan banyak waktunya dengan pasien. Usahanya adalah membantu penderita dalam pemulihan fungsi, yang berguna, produktif dan mandiri. Perawat mengevaluasi pasien akan kebutuhan sehari-hari, memantau keterbatasan dan cacatnya, mengintegrasikan prinsip terapi dengan kegiatan keseharian penderita di ruangan. Juga membantu penderita dalam hal rawatan saluran cerna dan kemih. Komunikasi perawat dengan anggota tim yang lain berpusat pada keadaan medik penderita dan aplikasi praktis apa yang dapat dilakukan penderita. Setelah masalah pasien dinilai, fisioterapis bertanggung jawab untuk evaluasi, pengembangan dan supervisi program latihan terapi. Program latihan akan berhasil bila :

- Penjelasan yang baik dan demonstrasi yang mudah dimengerti dan dilakukan.
- Supervisi latihan dan koreksi bila salah.
- Pertimbangan toleransi nyeri dan kelelahan.
- Penjadwalan dan diselingi penilaian ulang.
- Pasien memerlukan latihan tersendiri dan perhatian khusus kasus demi kasus.

- Adakalanya perlu latihan berkelompok dalam melakukan gerakan secara bersama-sama.
- Melanjutkan program latihan di rumah dan memberi pengertian kepada keluarga.

Komunikasi fisioterapis dengan anggota tim lain terutama mengenai kemampuan fisik atau kognitif dan keterbatasan dalam melakukan latihan.

4. Ahli terapi okupasi

Peran terapis okupasi adalah memulihkan penderita hingga mandiri dan hidup normal dan produktif. Evaluasi penampilan penderita baik sederhana dan rumit, berpakaian, berdandan, kordinasi motorik halus, persepsi visuospasial dan assesmen lingkungan.

Terapis okupasi harus merencanakan penatalaksanaan berupa :

- Evaluasi dan pemulihan kemampuan penderita dalam hubungannya dengan pekerjaan.
- Memanfaatkan fungsi yang tersisa dengan alat bantu.
- Memperbaiki pengertian akan cacat yang disandang dan fungsi psiko sosial sebagai bagian dari kemanusiaan.

5. *Speech therapist* (Bina Wicara)

Gangguan komunikasi karena tumor otak ditangani oleh *speech therapist* yang terlatih mengatasi gangguan berbahasa, persepsi, evaluasi dan pembentukan bahasa. Apabila suara belum ada maka modalitas berkomunikasi harus dilatih seperti memakai tulisan, lambang jari atau cara lain yang bisa dimengerti. *Speech therapist* juga melatih penderita yang mengalami gangguan menelan. Komunikasi

bina wicara dengan anggota tim rehabilitasi khususnya memberi informasi tentang kemampuan penderita berkomunikasi berbahasa atau altematif lain.

6. Ortotik – Prostetik

Setelah ada pengarahan fisiatris tentang evaluasi penderita, pilihan alat ortosis atau protesis yang cocok harus mempertimbangkan anatomi, fisiologi dan aspek patologi juga harus melihat faktor-faktor keindahan gerak, terhindar dari nyeri, pekerjaan, sikap psikologik dan sosio ekonomi penderita. Harus diusahakan sedemikian rupa bila memakai ortosa dan protesa, penderita mendekati kehidupan biasa dan produktif.

7. Psikologi

Penderita tumor otak sebelum dan sesudah pengobatan mungkin akan mengalami dalam situasi baru terutama bila ada defisit fungsi. Dalam hal ini psikolog sebagai anggota tim rehabilitasi berperan untuk menilai dan mengevaluasi fungsi perasaan dan kognitif penderita; termasuk di dalamnya adalah :

- Efek psikologik dan intelek yang terganggu akibat tumor otak.
- Fungsi sebelum menderita dan sekarang.
- Akibat jangka panjang tumor otak.
- Kemampuan penderita menerima keadaannya.
- Persepsi penderita tentang keadaannya dan pandangan orang lain terhadap dia.
- Peranan lingkungan.

Sikap emosi dan mental sangat menentukan keberhasilan proses rehabilitasi, rata-rata 50% pada orang dewasa dan lebih tinggi lagi pada anak-anak. Psikolog juga mengamati secara obyektif keberhasilan interaksi antar tim dan bertanggung jawab

akan pemberian pengertian dan mengkomunikasikan manifestasi psikologik dan perilaku penderita akibat penyakitnya (Cummings, 1999).

BAB III

GEJALA PSIKIATRIK PADA PENDERITA TUMOR OTAK

DITINJAU DARI SUDUT ISLAM

3.1 TUJUAN HIDUP MENURUT ISLAM

Hidup manusia diibaratkan sebagai sebuah perjalanan yang diawali dengan kelahiran dan diakhiri dengan kematian. Sebagai manusia yang beragama, hidup harus mempunyai tujuan yang pasti. Karena manusia diciptakan oleh Allah bukan sekedar untuk hidup di dunia ini kemudian mati tanpa pertanggung jawaban, tetapi manusia diciptakan oleh Allah hidup di dunia untuk beribadah (Baiquni, 1996). Hal ini dapat dipahami dari firman-firman Allah dibawah ini :

أَفَحَسِبْتُمْ أَنَّمَا خَلَقْنَاكُمْ عَبْرًا وَأَنَّكُمْ إِلَيْنَا لَا تُرْجَعُونَ

Artinya : “*Maka apakah kamu mengira, bahwa sesungguhnya Kami menciptakan kamu secara main-main (saja), dan bahwa kamu tidak akan dikembalikan kepada Kami? “* (QS. Al-Mu’minun(23):115)

وَمَا خَلَقْتُ الْجِنَّ وَالْإِنْسَ إِلَّا لِيَعْبُدُونَ

Artinya : “*Dan Aku tidak menciptakan jin dan manusia melainkan supaya mereka menyembah-Ku “* (QS. Adz-Dzaariyat(51):56)

Dari segi bahasa, ibadah berarti taat, menurut, mengikuti, dan sebagainya. Ibadah juga digunakan dalam arti doa. Sedangkan ibadah menurut istilah ahli tauhid berarti meng-Esakan Allah, mentakzimkan-Nya dengan sepenuh-penuh takzim serta menghinakan diri kita dan menundukkan jiwa kepada-Nya (Rifa’i, 2002).

Berdasarkan umum dan khususnya, maka ada dua macam ibadah, yaitu ibadah khashah dan ibadah ‘aamah. Ibadah khashah ialah ibadah yang ketentuannya telah ditetapkan oleh nash, seperti : Shalat, zakat, puasa dan haji. Ibadah ‘aamah ialah semua pernyataan baik, yang dilakukan dengan niat baik dan semata-mata karena Allah, seperti makan dan minum, bekerja dan lain sebagainya dengan niat melaksanakan perbuatan itu untuk menjaga badan jasmaniah dalam rangka agar dapat beribadah karena Allah (Rifa'i, 2002).

Karena Allah Maha Mengetahui tentang kejadian manusia, maka Allah mewajibkan manusia untuk beribadah sehingga manusia dapat bertaqwa kepada Allah dengan segala permasalahan hidupnya, dan hidupnya lebih terjaga dari menyekutukan Allah. Tegasnya, manusia diwajibkan beribadah, agar manusia itu mencapai taqwa (Rifa'i, 2002).

Firman Allah dalam surat Al-Baqarah ayat 21 :

يَا أَيُّهَا النَّاسُ اعْبُدُوا رَبَّكُمُ الَّذِي خَلَقَكُمْ وَالَّذِينَ مِنْ قَبْلِكُمْ لَعَلَّكُمْ تَتَفَوَّنَ

Artinya : “*Hai manusia, sembahlah Tuhanmu Yang telah menciptakanmu dan orang-orang sebelum kamu, agar kamu bertaqwa*” (QS. Al-Baqarah(2):21)

3.2 KESEHATAN JIWA DALAM ISLAM

Menurut organisasi kesehatan sedunia *World Health Organization* (WHO) “*Health is state of complete physical, mental and social well being. Not merely the absence of disease or infirmity*“ Yang disebut adalah keadaan sejahtera, sempurna

jasmani, rohani, dan sosial, tidak hanya tanpa adanya penyakit dan kelemahan saja (Zuhroni, 2008).

Jadi untuk disebut sehat harus dipenuhi tiga syarat ialah jasmani, rohani, dan social harus sehat. Kesehatan rohani ialah keadaan terhindar dari gangguan dan penyakit rohani, ada delapan syarat sehat rohani yang dikemukakan oleh komite ahli WHO 1959. Pertama dapat menyesuaikan diri dengan kenyataan di sekitarnya. Kedua, dapat memperoleh kepuasan dari perjuangan dalam masyarakat. Ketiga, ia lebih puas untuk memberi daripada menerima. Keempat, secara relative ia bebas dari rasa tegang dan kecemasan. Kelima, ia dapat berhubungan dengan orang-orang lain secara tolong-menolong dan saling memuaskan. Keenam, ia dapat menerima kekecewaan untuk dipakainya sebagai pelajaran untuk masa depan. Ketujuh, ia dapat menjuruskan permusuhan pada penyelesaian konstruktif. Kedelapan, ia mempunyai rasa kasih sayang dan ingin disayangi (Zuhroni, 2008).

Dari pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa ketenangan jiwa merupakan syarat utama dalam kesehatan jiwa atau kesehatan mental. Di dalam Al-Qur'an sebagai dasar dan sumber ajaran Islam banyak ditemui ayat-ayat yang berhubungan dengan ketenangan dan kebahagian jiwa sebagai hal yang prinsipil dalam kesehatan mental.

هُوَ الَّذِي أَنْزَلَ السَّكِينَةَ فِي قُلُوبِ الْمُؤْمِنِينَ لِيَرْدَادُوا إِيمَانَهُمْ
وَلِلَّهِ جُنُودُ السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ وَكَانَ اللَّهُ عَلِيمًا حَكِيمًا

Artinya : “Allah-lah yang telah menurunkan ketenangan jiwa ke dalam hati orang-orang mukmin, supaya keimanan mereka bertambah di samping keimanan mereka yang sudah ada“ (QS. Al-Fath(48):4)

Dari keterangan ayat pertama Allah dengan tegas menerangkan, bahwa ketenangan jiwa dapat dicapai dengan zikir kepada Allah. Sedangkan pada ayat kedua, Allah mensifati diri-Nya bahwa Dia-lah Tuhan Yang Mengetahui dan Bijaksana yang dapat memberikan ketenangan jiwa ke dalam hati orang yang beriman (Rifa'i, 2002).

Untuk mencapai ketenangan hati, manusia selalu berusaha mendekatkan diri (*taqarrub*) kepada Allah. Dalam usaha mencapai tujuan tersebut, disinilah agama mempunyai peranan yang amat penting (Rifa'i, 2002).

Pentingnya agama dapat dilihat dari besarnya perbedaan antara orang beriman yang hidup menjalankan agamanya. Pada wajah orang yang hidup beragama terlihat ketentraman batin, sikapnya selalu tenang, mereka tidak gelisah atau cemas dalam menghadapi segala musibah. Berbeda dengan orang yang kurang menjalankan agamanya akan menjadi gelisah, cemas, panik dan kebingungan dalam menghadapi musibah yang menimpanya, bahkan bisa terganggu kesehatan jiwanya (Rifa'i, 2002).

Di dalam ajaran agama terhadap peraturan-peraturan yang dibuat oleh Allah, baik berupa perintah maupun dalam bentuk larangan. Peraturan-peraturan itu dibuat semata-mata karena Allah mengetahui apa yang terbaik bagi manusia (Qardhawi, 1993).

Semua perintah Allah mempunyai hikmah kesehatan rohani, jasmani, dan sosial. Shalat misalnya, peredaran otak dengan sikap “sujud” secara ilmiah menjadi baik. Karena pada waktu melaksanakan “sujud” kepala kita merupakan yang terindah, sehingga hal ini mengakibatkan relative jauh lebih banyak darah mengalir ke otak. Jelas bahwa hal ini dapat menghindarkan bahkan menyembuhkan berbagai penyakit rohani. Juga dengan “sujud”, pecahnya dinding urat nadi otak (*apoplexy*) dihindarkan. Terutama juga karena

ketenangan jiwa waktu shalat, *apoplexy* dapat dihindarkan. Shalat adalah salah satu cara untuk membersihkan rohani dan mensucikannya. Sehingga shalat besar manfaatnya bagi kesehatan manusia (Rifa'i, 2002).

Oleh karena itu, WHO (1959) telah menetukan kriteria kesehatan jiwa dan pada tahun 1984 menyempurnakan batasan sehat dengan menambahkan satu elemen spiritual (agama). Sehingga sekarang ini yang dimaksud dengan sehat adalah tidak hanya sehat dalam arti fisik, psikologi dan sosial, tetapi juga sehat dalam arti spiritual/agama (empat dimensi sehat; biopsiko-sosio-spiritual) (Hawari, 1997).

Manusia adalah ciptaan Allah yang paling sempurna karena dilengkapi dengan akal fikiran. Hanya manusia yang sehat jiwanya yang mampu menggunakan akal dan fikirannya dengan baik serta menjalankan perintah agama dengan sungguh-sungguh, demi mengharapkan kemuliaan yang Allah janjikan bagi manusia yang telah mencapai kesempatan iman (Hawari, 1997).

Seperti firman Allah SWT dalam Al-Qur'an :

يَا أَيُّهَا النَّفْسُ الْمُطْمَئِنَةُ ارْجِعِي إِلَى رَبِّكِ رَاضِيَةً مَرْضِيَةً فَادْخُلِي فِي

عِبَادِي وَادْخُلِي جَنَّتِي

Artinya : "Hai jiwa yang tenang. Kembalilah kepada Tuhanmu dengan hati yang puas lagi diridhai-Nya, maka masuklah kamu ke dalam jama'ah hamba-hambaKu, dan masuklah ke dalam surga-Ku " (QS. Al-Fajr(89):27-30).

3.3 KETENTUAN UMUM TENTANG BEROBAT DALAM ISLAM

Islam menganjurkan berobat bagi setiap muslim yang menderita sakit, namun pengobatan yang dijalani dan ditempuh mempunyai batasan tertentu terutama dalam hal halal dan haramnya, dan cara pemberian bahan obat yang digunakan (Qardhawi, 1993).

Dalam Hadits Nabi telah disebutkan anjuran tentang pentingnya berobat, tetapi jangan berobat dengan sesuatu yang diharamkan. Nabi bersabda :

إِنَّ اللَّهَ أَذْكَرَ الدَّاءَ وَأَعْجَلَ لِكُلِّ دَاءٍ دَوْمًا فَتَدَّا

وَوَأَوْ لَا تَدَّا وَأَوْ ابْحَرَ أَمْ (رواه ابو دود)

Artinya : "Bhawa Allah-lah yang telah menurunkan penyakit dan obatnya, dan Dia yang menjadikannya setiap penyakit ada obatnya, berobatlah dan jangan berobat dengan yang haram" (HR. Abu Dawud).

Agama Islam telah melarang untuk memakan atau meminum sesuatu yang diharamkan, kecuali dalam keadaan darurat (Qardhawi, 1993). Sebagaimana firman Allah SWT :

قُلْ لَا أَجِدُ فِي مَا أُوحِيَ إِلَيَّ مُخْرَمًا عَلَى طَاعِمٍ يَطْعَمُهُ إِلَّا أَنْ يَكُونَ مَيْتَةً أَوْ ذَمَّا مَسْفُوحًا أَوْ
لَحْمَ حَنْزِيرٍ فَإِنَّ رِجْسًا أَوْ فِسْقًا أَهْلَ لِغَيْرِ اللَّهِ بِهِ فَمَنِ اضْطُرَّ غَيْرَ بَاغٍ وَلَا عَادِ فَإِنَّ رَبَّكَ
غَفُورٌ رَّحِيمٌ

Artinya : "Katakanlah, tiada aku peroleh dalam wahyu yang diwahyukan kepadaku, sesuatu yang diharamkan bagi orang yang hendak memakannya, kecuali kalau makanan itu bangkai, atau darah yang mengalir, atau daging babi, karena sesungguhnya semua itu kotor, atau binatang yang disembelih atas

nama selain Allah. Barang siapa yang dalam keadaan terpaksa sedang dia tidak menginginkannya dan tidak (pula) melebihi batas, maka sesungguhnya Allah Maha Pengampun lagi Maha Penyayang". (QS Al Anam (6):145)

Juga dalam firman Allah SWT :

فَمَنِ اضطُرَّ غَيْرَ بَاغٍ وَلَا عَادِ فَلَا إِثْمَ عَلَيْهِ إِنَّ اللَّهَ عَفُورٌ رَّحِيمٌ

Artinya : "...Tetapi barang siapa dalam keadaan terpaksa (memakannya) sedangkan ia tidak menginginkannya dan tidak (pula) melampaui batas, maka tidak ada dosa baginya".(QS Al-Baqarah (2):173)

Juga dalam ayat yang lain :

وَقَدْ فَصَلَ لَكُمْ مَا حَرَمَ عَلَيْكُمْ إِلَّا مَا أَضْطُرَرْتُمْ إِلَيْهِ

Artinya : "...Padahal sesungguhnya Allah tidak menjelaskan kepada kamu apa yang diharamkan-Nya atas kamu kecuali apa yang terpaksa kamu memakannya". (QS Al-An'am (6):119)

Di samping penegasan tersebut di atas, ada beberapa pendapat ulama yang berkenaan berobat dengan bahan yang haram (Qardhawi, 1993) :

1. Dari Imam Abu Hanifah :

وَقَالَ أَبُو حَيْيَةَ يَجُوْزُ اللَّدَأُ وَالْعَيْنَى بِالْخَمْرِ كَمَا يَجُوْزُ شَرْبُ الْبَوْلِ وَالْدَّمَ وَسَائِرَ الرَّاجِا
سَاتَ لِلَّدَأَوْى

Artinya : "Berkata Imam Abu Hanifah," Boleh berobat dengan khamar seperti bolehnya meminum kencing, darah dan lain-lain najis untuk berobat" (HR Bukhari).

2. Berkata Ibnu Mas'ud sebagaimana diriwayatkan oleh Bukhari, "Sesungguhnya Allah tidaklah menjadikan kesembuhan bagi kamu didalam sesuatu yang haram".

3. Diriwayatkan pula oleh Ibnu Qayyim, bahwa Nabi SAW pernah ditanya tentang khamar yang memasukan kedalam obat, Nabi bersabda: "Sesungguhnya khamar itu penyakit, bukan obat".
4. Disebutkan dalam kitab Zadul Ma'ad, diriwayatkan oleh Bukhari bahwa Rasulullah SAW bersabda, "Barangsiapa berobat dengan khamar, maka Allah tidak menyembuhkannya".
5. Hadist dari Abu Darda :

عَنْ أَبِي الدَّرْدَاءِ قَالَ: قَالَ رَسُولُ اللَّهِ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ أَنَّ اللَّهَ أَنْزَلَ الدَّاءَ
وَالدَّوَاءَ وَجَعَلَ لِكُلِّ دَاءٍ دَوَاءً فَتَدَأَّوْ وَلَا تَنْدَأَوْ وَبِحَرْمٍ

Artinya : "Abu Darda berkata: Rasulullah SAW bersabda: "Sesungguhnya Allah menurunkan penyakit dan obat dan diadakan-Nya tiap-tiap penyakit obatnya, maka berobatlah kamu, tetapi janganlah berobat dengan yang haram".

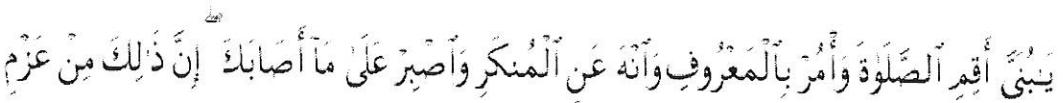
Berkata Imam Baihaqi, "Sesungguhnya hadist yang melarang berobat dengan najis adalah dimaksudkan pengertian larangan berobat dengan barang yang memabukkan dan yang haram, tidak karena darurat" (Qardhawi, 1993)

Demikianlah kaidah yang ditetapkan para ulama fiqh yang menentukan dasar bahwa dalam keadaan darurat seseorang dibebaskan dari berbagai larangan. Keadaan darurat ditetapkan sesuai dengan kebutuhan dan akan menjadi gugur apabila keadaan darurat itu telah berubah (Qardhawi, 1993).

Berdasarkan uraian tersebut di atas dapat diambil kesimpulan (Qardhawi, 1993) :

1. Agama Islam mengharamkan berobat dengan segala sesuatu yang haram dan najis kecuali dalam keadaan darurat.
2. Dalam keadaan darurat seseorang yang sakit diperbolehkan berobat dengan barang yang haram dengan syarat:
 - ❖ Dokter yang menangani pengobatan itu haruslah seorang muslim yang dapat dipercaya dan memegang amanah.
 - ❖ Tidak ada obat lain yang halal yang dapat menyembuhkan, dan penggunaannya tidak melampaui batas, harus sesuai dengan kebutuhan.
 - ❖ Pengobatan dengan barang yang haram bertujuan untuk menyelamatkan jiwa penderita.

Bagi muslim yang sedang diuji dengan penyakit maka hendaklah bersabar, sebagaimana firman Allah SWT :



الْأَمْرُ

Artinya : ”(Lukman berkata) : Wahai anakku, dirikanlah solat dan suruhlah (manusia) mengerjakan yang baik dan cegahlah (mereka) dari perbuatan munkar dan bersabarlah terhadap apa yang menimpa kamu. Sesungguhnya yang demikian itu termasuk hal-hal yang diwajibkan (oleh Allah)” (QS.Lukman (31) : 17)

Bila penyakit belum sembuh, di samping bersabar, bertawakkal terus berobat, jangan putus asa, karena pengobatan merupakan sarana kesembuhan yang menyembuhkan adalah Allah SWT. Sebagaimana firman Allah SWT (Hawari, 1997).

وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِي مِنْ

Artinya : "Dan apabila aku sakit, Dia-lah yang menyembuhkan aku" (QS Asy-Syu'ara (26) : 80)

3.4 GEJALA PSIKIATRIK PADA PENDERITA TUMOR OTAK DALAM PANDANGAN ISLAM

Allah SWT mensyariatkan hukum, baik yang mengatur tentang hak yang harus dimiliki oleh seseorang atau hak yang harus ditunaikannya atau pun mengenai ucapan dan perbuatannya, dengan tujuan untuk mewujudkan kemaslahatan (kebaikan) hidupnya baik secara perorangan, jasmani maupun rohaninya, di dunia maupun di akhirat. Oleh karena itu di dalam penerapan hukum tersebut sangat diperhatikan perkembangan dan keadaan manusia baik fisik maupun akalnya, dari semenjak masih dalam kandungan sampai akhir hayatnya. Dengan lain perkataan, hukum Islam dalam memberlakukan ketentuan-ketentuan hukumnya kepada manusia selalu disesuaikan dengan kemampuan badan dan akalnya (Rochmah, 2003).

Di dalam agama Islam, orang yang dibebani ketentuan hukum *Syara'* disebut *mukallaf*. Agar seseorang dapat dibebani ketentuan-ketentuan hukum *Syara'*, harus memenuhi persyaratan-persyaratan sebagai berikut (Zuhroni, 2008) :

- 1) Orang tersebut harus dapat memahami dalil-dalil penetapan hukum baik dari Al-Qur'an maupun hadits.

Jika orang itu tidak dapat memahami dalil-dalil tersebut, maka tidak mungkin ia akan dapat menunaikan ketentuan-ketentuan hukum yang ditetapkan oleh dalil-dalil itu.

- 2) Orang tersebut harus telah berakal sempurna.

Dengan kemampuan akal yang sempurna akan dapat memahami dalil-dalil penerapan hukum. Namun karena sampai saat seseorang itu memiliki kemampuan akal dengan secara sempurna, melalui suatu perkembangan dan karena tanda-tanda kemampuan akal secara sempurna pada seseorang itu tidak tampak dengan jelas, maka bukan hal yang mudah untuk menentukan saat seseorang itu mulai memiliki kemampuan akal dengan sempurna. Dalam hal ini *Syara'* mengaitkan kemampuan akal dengan sempurna bagi seseorang dengan kebalighannya. Jika seseorang telah memasuki periode baligh dan dari dirinya tidak menampakkan tanda-tanda ketidaksempurnaan akalnya, maka orang tersebut dianggap telah dapat memahami dalil-dalil penetapan hukum. Sebaliknya, meskipun seseorang itu telah baligh, tetapi tidak berakal, seperti orang gila atau belum berakal atau kurang sempurna, kemampuan akal seperti anak kecil, atau sedang dalam keadaan tidak sadar sehingga orang tersebut tidak dapat menggunakan kemampuan akalnya, seperti orang yang sedang tidur, ia tidak dapat memahami dalil-dalil penetapan diberikan hukum. Karena itulah orang-orang tersebut tidak dibebani dengan ketentuan-ketentuan / *Syara'*.

Hadits Rasulullah SAW :

رُفِعَ الْقَلْمُ عَنْ ثَلَاثٍ : عَنِ النَّائِمِ حَتَّىٰ يَسْتَيْقِظَ وَعَنِ الْمَصْبِيِّ حَتَّىٰ يَحْتَلِمَ وَعَنْ

الْمَحْثُونِ حَتَّىٰ يَفِيقَ

Artinya : “Pena itu diangkat atas tiga perkara : orang yang tidur sampai dia bangun, seorang anak sampai dia bermimpi, dan seorang gila sampai dia sadar” (HR.Baihaqi)

- 3) Orang tersebut harus mempunyai *Ahlliyyah* (kecakapan), untuk melaksanakan ketentuan-ketentuan hukum yang dibebankan kepadanya.

Pada pasien dengan tumor otak terutama pada lobus prefrontalis ditemukan gangguan kejiwaan yang timbul akan sangat menghambat usaha-usaha rehabilitasi pemulihan fungsi-fungsi tubuh. Akibat kerusakan otak bisa timbul hilangnya intelek, perubahan kepribadian dan jadi agresif, sehingga diperlukan pemeriksaan dan evaluasi oleh psikiater. Depresi, cemas, kelelahan berlebihan, konsentrasi pikiran yang rendah dan kurangnya ingatan bisa karena deficit neurologik tetapi belum tentu karena kerusakan otak. Gambaran gangguan jiwa dapat diobati sehingga penderita dapat diubah keadaannya, program rehabilitasi dapat dimulai. Maka seorang penderita tumor otak dengan gangguan psikiatrik, ia termasuk golongan orang yang tidak dibebani dengan ketentuan hukum *Syara'* (Zuhroni, 2008).

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. Bagi keluarga, dimana anggota keluarganya menderita tumor otak, janganlah merasa kecewa

atas takdir yang menimpa diri mereka. Sakit yang menimpa anggota keluarga merupakan merupakan merupakan ujian dan ladang amal bagi mereka, terutama jika mereka bisa menerima ujian ini dengan penuh kesabaran dan keikhlasan. Apabila mereka dapat menghadapi ujian ini dengan baik dan mampu mengatasi cobaan yang berat, maka Allah akan memberikan pahala sesuai dengan amal dan ibadah yang dikerjakan, dan akan diberikan jalan terbaik (Hawari, 1997).

Seorang ilmuwan di bidang kedokteran berpendapat bahwa dokter hanya mengobati, tetapi Tuhan yang menyembuhkan. Pendapat ilmuwan tersebut sesuai dengan hadits Nabi Muhammad SAW (Qardhawi, 1998) :

إِنَّ اللَّهَ لَمْ يَنْزِلْ دَاءً إِلَّا اذْرَأَ لَهُ شِفَاءً فَتَدَأَ وَمَا

Artinya : “Sesungguhnya Allah tidak akan menurunkan penyakit, melainkan Dia telah menurunkan itu penyembuhnya, maka berobatlah kamu” (Al-Nasai dan Al-Hakim)

Seorang penderita tumor otak membutuhkan penanganan yang terpadu dari berbagai pihak, yaitu dokter, keluarga dan masyarakat sehingga dapat memberikan penderita tumor otak kepercayaan diri dalam menghadapi penyakitnya, semangat untuk tetap berusaha untuk kesembuhannya, dan yakin akan hikmah yang terkandung dari setiap kejadian dalam hidupnya adalah semata-mata untuk semakin mendekatkan diri kepada Allah SWT (Zuhroni, 2008).

Allah SWT berfirman dalam surat Al-Baqarah ayat 269:

يُؤْتِي الْحِكْمَةَ مَنْ يَشَاءُ وَمَنْ يُؤْتَ الْحِكْمَةَ فَقَدْ أُوتِيَ خَيْرًا كَثِيرًا وَمَا يَدْعُونَ إِلَّا أُولُو الْأَلْبَابِ

Artinya : “*Allah memberikan hikmah pada siapa yang dikehendaki-Nya. Dan barang siapa yang diberi hikmah, sungguh telah diberi kebijakan yang banyak. Dan tidak ada yang dapat mengambil pelajaran kecuali orang-orang yang berakal*” (QS. Al-Baqarah(2):269)

Meskipun harapan kesembuhannya kecil, keluarga maupun pasien dengan tumor otak tidak boleh bersikap putus asa. Karena Allah SWT tidak memberi cobaan kepada umat-Nya, tanpa ada hikmah yang terkadung didalamnya (Zuhroni, 2008).

Allah SWT berfirman dalam Al-Qur'an surat Al-Furqaan ayat 74 :

وَالَّذِينَ يَقُولُونَ رَبَّنَا هَبْ لَنَا مِنْ أَزْوَاجِنَا وَدُرْيَاتِنَا فُرَّةً أَعْيُنْ وَاجْعَلْنَا^{إِمَامًاً لِلْمُتَّقِينَ}

Artinya : “*Ya Tuhan kami, anugerahkanlah kepada kami isri-istri kami dan keturunan kami sebagai penyenang hati (kami), dan jadikanlah kami imam bagi orang-orang yang bertakwa*” (QS. Al-Furqaan(25):74)

Menurut Leponski, pasien dengan tumor otak memiliki frekuensi *problem* (yang sebelumnya bukan penderita gangguan jiwa) (Suwondo, 1992), yaitu:

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 antara pasien-dokter-keluarga dan lingkungan.

Berdasarkan kriteria Leponski di atas dapat dilihat bahwa pada penderita tumor otak akan timbul berbagai permasalahan baik fisik maupun mental, sehingga apabila datang rasa putus asa, lelah, kecewa, karena “kesembuhan” tidak kunjung datang, ingatlah kembali kepada Allah SWT dan harus yakin bahwa setiap penyakit ada obatnya dan harus bertawakal diri kepada-Nya. Banyak ayat yang memberi petunjuk agar selalu terus berusaha dan tidak boleh lupa untuk selalu berdoa kepada Allah, sesungguhnya Allah SWT telah memberikan pedoman dan petunjuk dalam Al-Qur'an walaupun tidak terperinci, tetapi bila semua pedoman dan petunjuk Allah SWT dilaksanakan akan tercipta ketenangan, baik untuk yang sedang mendapat cobaan atau yang tidak (Hawari, 1997).

Sesuai firman Allah SWT dalam Al-Qur'an surat Al-Baqarah ayat 153 :

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا اسْتَعِينُو بِالصَّابَرِ وَالصَّلَاةِ إِنَّ اللَّهَ مَعَ الصَّابِرِينَ

Artinya : “ Wahai orang-orang yang beriman, mintalah pertolongan dengan sabar dan shalat, sesungguhnya Allah beserta orang-orang yang sabar “ (QS. Al-Baqarah(2):153)

Sesuai dengan firman Allah SWT diatas maka bila penyakit tumor otak belum sembuh, di samping bersabar, bertawakal terus berobat, jangan putus asa, karena pengobatan merupakan sarana kesembuhan yang menyembuhkan adalah Allah SWT (Hawari, 1997).

BAB IV

KAITAN PANDANGAN KEDOKTERAN DAN ISLAM TERHADAP GEJALA PSIKIATRIK PADA PENDERITA TUMOR OTAK

Berdasarkan uraian pada Bab II dan Bab III, terdapat kaitan antara pandangan kedokteran dan Islam tentang gejala psikiatrik pada penderita tumor otak, yaitu sebagai berikut :

1. Ilmu kedokteran dan Islam mempunyai kesamaan pandangan dalam menghadapi gejala psikiatrik pada penderita tumor otak. Dalam ilmu kedokteran, tumor otak adalah dikenal sebagai sebuah tumor intrakranial yang terbentuk oleh pembelahan sel abnormal dan tidak terkontrol, yang terdapat pada otak itu sendiri (neuron, sel-sel glia, pembuluh-pembuluh darah). Lobus frontalis otak merupakan lobus terbesar dari otak manusia yang berhubungan dengan aspek tingkah laku. Sindroma lobus frontalis adalah suatu perubahan pola perilaku, emosi dan *personality* yang terjadi akibat kerusakan otak bagian depan. Manifestasi klinis yang timbul amat beragam namun berinti pada ketidakmampuan untuk mengatur perilaku. Gejala psikiatri pada penderita tumor otak, muncul lebih dahulu sehingga tidak jarang pasien didiagnosis dan diterapi sebagai *schizophreniform*, karena pada kasus demikian memang tidak ditemukan gejala-gejala yang nyata, atau kalau didapatkan gejala neurologis, penyakitnya sudah semakin parah. Pasien yang menderita tumor otak seringkali menghadapi problem psikiatri yang berpengaruh pula terhadap keluarganya, lingkungannya dan semua yang terkait

dengannya. Maka seorang penderita tumor otak dengan gangguan psikiatrik, ia termasuk golongan orang yang tidak dibebani dengan ketentuan hukum *Syara'*.

2. Menurut pandangan kedokteran terapi tumor otak terutama di lobus frontalis adalah dengan mengatasi gejala yang timbul, kemudian dilakukan terapi konvensional ataupun tindakan pembedahan. Menurut pandangan Islam tindakan tersebut dibolehkan karena tidak mengandung unsur-unsur yang diharamkan.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Tumor otak, merupakan tumor intrakranial yang terbentuk oleh pembelahan sel abnormal dan tidak terkontrol, yang terdapat pada otak itu sendiri (neuron, sel-sel glia, pembuluh-pembuluh darah), pada nervus cranialis, pada meninges, tulang tengkorak, kelenjar pineal dan pituitary, ataupun menyebar ke organ lainnya. Tumor otak didefinisikan sebagai lesi yang terletak pada intrakranial yang menempati ruang di dalam tengkorak. Tumor-tumor selalu bertumbuh sebagai sebuah massa yang berbentuk bola tetapi juga dapat tumbuh menyebar, masuk kedalam jaringan. Tumor terjadi akibat dari kompresi dan infiltrasi jaringan. Tumor otak pada lobus frontalis, yang merupakan lobus terbesar dari otak menimbulkan manifestasi klinis yang berhubungan dengan aspek tingkah laku. Sindroma lobus frontalis adalah suatu perubahan pola perilaku, emosi dan *personality* yang terjadi akibat kerusakan otak bagian depan. Kejadian yang dapat menyebabkan sindrom ini diantaranya adalah cedera kepala, *vascular syndrome*, tumor, dementia frontotemporal, dan akibat pembedahan karena aneurisma. Manifestasi klinis yang timbul amat beragam namun berinti pada ketidakmampuan untuk mengatur perilaku.
2. Penatalaksanaan tumor otak dengan suatu sindroma lobus frontalis, adalah dengan mengatasi gejala-gejala yang timbul sesuai dengan *underlying disease* yang

diketahui, dan kemudian dilakukan terapi konvensional ataupun tindakan pembedahan. Terapi dari keadaan ini adalah tidak spesifik, namun yang harus diperhatikan adalah konselling terhadap keluarga pasien, karena keluarga mereka yang sekarang mengalami sindroma ini bukanlah keluarga mereka yang dahulu, dalam arti kata sifat, perilaku, bahkan keseharian mereka, sedikit banyak telah berubah. Setiap langkah dalam menangani pasien dengan tumor otak hendaknya selalu dijawi sikap yang berfikir rehabilitatif. Rehabilitasi yang selalu berorientasi pada pemulihan fungsi seoptimal mungkin atau memanfaatkan fungsi yang masih ada untuk kesejahteraan penderita melalui pendekatan tim yang terpadu. Tidak hanya melihat kecacatan fisik penderita tetapi keseluruhan baik psikologik, sosial, vokasional, pendidikan dan rekreasi penderita.

3. Gejala psikiatrik pada pasien tumor otak terutama dengan sindrom lobus frontalis 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 keadaan penyakitnya sendiri, antisipasi dari dokter yang merawatnya, informasi mengenai diagnosis penyakit, terapi/operasi dan pasca operasi serta rehabilitasi, fungsi organ tubuh pasca operasi, dan reaksi pasien terhadap keadaan terminal. Gejala psikiatri yang sering timbul pada tumor otak antara lain gangguan fungsi intelek, gangguan fungsi berbahasa, hilangnya daya ingat, terutama atas peristiwa yang baru saja terjadi, sedang peristiwa yang sudah lama kadang-kadang masih diingat baik, gangguan emosi, kemunduran taraf

kecerdasan secara umum, gangguan orientasi, kelainan dan perubahan tingkah laku/kepribadian (*personality changes*), gejala-gejala neurologik yang samar, gangguan kejiwaan, gangguan ini akan sangat menghambat usaha-usaha rehabilitasi pemulihan fungsi-fungsi tubuh.

4. Seorang penderita tumor otak membutuhkan penanganan yang terpadu dari berbagai pihak, yaitu dokter, keluarga dan masyarakat sehingga dapat memberikan penderita tumor otak kepercayaan diri dalam menghadapi penyakitnya, semangat untuk tetap berusaha untuk kesembuhannya, dan yakin akan hikmah yang terkandung dari setiap kejadian dalam hidupnya adalah semata-mata untuk semakin mendekatkan diri kepada Allah SWT. 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. Disinilah pentingnya peranan agama Islam dalam menghadapi keadaan ini, baik bagi pasien, keluarga, dimana anggota keluarganya menderita tumor otak, janganlah merasa kecewa atas takdir yang menimpa diri mereka. Sakit yang menimpa anggota keluarga merupakan merupakan merupakan ujian dan ladang amal bagi mereka, terutama jika mereka bisa menerima ujian ini dengan penuh kesabaran dan keikhlasan. Apabila mereka dapat menghadapi ujian ini dengan baik dan mampu mengatasi cobaan yang berat, maka Allah akan memberikan pahala sesuai dengan amal dan ibadah yang dikerjakan, dan akan diberikan jalan terbaik.

5.2 Saran

1. Kepada keluarga atau penderita yang mengalami penyakit tumor otak ini hendaknya harus mematuhi anjuran yang diberikan dokter agar para orang tua dan penderita ini dapat menerima kelainan-kelainan yang disebabkan oleh tumor otak ini, termasuk di dalamnya gejala psikiatrik yang mungkin timbul.
2. Kepada para tenaga ahli medis, hendaknya dapat menyediakan sarana pelayanan kesehatan yang memadai untuk mendiagnosis dan melakukan tindakan pengobatan untuk para keluarga dan pasien yang dicurigai menderita gejala psikiatrik akibat tumor otak, terutama fasilitas penunjang seperti *scanning* kepala. Pusat pelayanan kesehatan tersebut sebaiknya menyediakan kontak pertolongan dan kontak informasi untuk mempermudah penderita dan keluarga dalam hal mengetahui secara rinci tentang gejala-gejala psikiatrik atau gejala lain yang mungkin ditimbulkan akibat tumor otak.
3. Kepada pemerintah, diharapkan memberikan perhatian yang besar kepada para penderita tumor otak terutama dengan gejala psikiatrik dengan menyediakan pusat perawatan ataupun pusat konsultasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Al Qur'an dan Terjemahnya. 2004. Departemen Agama Republik Indonesia, Jakarta.
- Baiquni A .1996. Al-Qur'an dan Ilmu Pengetahuan Kealaman. Cetakan I. Penerbit PT Dana Bhakti Prima Yasa, Yogyakarta. Hal 66-7
- Bradley, Walter G.2000. Neuro-Oncology in Pocket Companion to Neurology in Clinical Practice ed 3, Butterworth, Boston p: 239 – 267
- Cummings JL, Miller BL .1999. The human Frontal Lobe ; function and disorder 1st ed. New York : The Guilford Press
- David Hirsh et al.1993. Rehabilitation of the Cancer Patient. Rehabilitation Medicine: Principle and Practice. Joel A Delisa et al. Philadelphia J.B. Lippincott., p 660.
- Davies S. 2001. Frontal lobe syndrome – a behavioral problem . Seminars in Neurology : Pittsburg : vol 5, No. 8
- Goldman H.1994. Organic Mental Disorders, Review of General Psychiatry, Singapore: Maruzen Asia.
- Hawari, Dadang. 1997. Al-Qur'an Ilmu Kedokteran Jiwa Dan Kesehatan Jiwa. Dana Bakti Primayasa, Jakarta
- Hoffer, Allen, Mathews. 2007. Treatment Of Psychiatric Symptoms Associated With A Frontal Lobe Tumor Through Surgical Resection. Clinical Case Conference. AmJ Psychiatry 164:6
- Kaplan, Sadock, Grebb. 2010. Sinopsis Psikiatri Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinik Jilid Satu. Binarupa Aksara, Tangerang. Hal 149-184
- Ledenberg Marquerete, FMD. 1999. Psychooncology. Review of Comprehensive Textbook of Psychiatry ed 5. Baltimore
- Lucete FE. Strain J. 1998. Psychological Problem of the Patient with Head and Neck Cancer, Comprehensive Management of Head and Neck Tumors, Philadelphia: WB. Saunders Co
- Mardjono dan Sidharta. 2004. Neurologi Klinis Dasar. Dian Rakyat, Jakarta. Hal 360-396
- McGraw Hill, Adams and Victors. 2001. Intracranial Neoplasms and Paraneoplastic Disorders in Principles of Neurology 7 ed, New York, p: 676 – 721

Nurmiati Amir, 2005. Depresi: Aspek Neurobiologi Diagnosis dan Tatalaksana. Balai Penerbit FKUI, Jakarta.

Qardhawi Y. 1993. Halal Dan Haram Dalam Islam. <http://www.media.isnet.org/islam>. Diakses : 01 Maret 2010

Qardhawi Y . 1998. Pembentukan Akal Ilmiah dalam Al-Qur'an, Al-Qur'an Berbicara tentang Akal dan Ilmu Pengetahuan. Gema Insani Press, Jakarta. hal 277-87

Rifa'i. 2002. Pedoman Shalat dan Doa. Lintas Media, Jombang. Hal 143-44

Rochmah. 2003. Islam untuk disiplin ilmu teknologi. Departemen Agama RI, Jakarta. Hal 34-8

Simatupang, PT. 1992. Rehabilitasi Pasien Dengan Tumor Otak. Cermin Dunia Kedokteran No.77. Departemen Kesehatan Jiwa RSPAD Gatot Subroto, Jakarta

Suwondo. 1992. Gejala Psikiatrik Tumor Otak. Cermin Dunia Kedokteran No.77. Departemen Kesehatan Jiwa RSPAD Gatot Subroto, Jakarta

Waxman SG. 2001. Correlative neuroanatomy.23 ed. New York: Lange Med. Publ: p 195-200

Wonoyudo, Tri Astuti. 1992. Diagnosis Tumor Otak. Cermin Dunia Kedokteran No.77. Departemen Kesehatan Jiwa RSPAD Gatot Subroto, Jakarta

Zuhroni. 2008. Pandangan Islam Terhadap Masalah Kedokteran Dan Kesehatan. Universitas Yarsi, Jakarta