

# Delirium



Oleh:

dr. Ketut Widyastuti, Sp.S

dr. Mahasena

PROGRAM STUDI NEUROLOGI  
FK UNUD/RSUP SANGLAH DENPASAR

2017

## BAB I

### PENDAHULUAN

Sindrom delirium adalah kondisi yang sering dijumpai pada pasien geriatri di rumah sakit. Sindrom ini sering tidak terdiagnosis dengan baik saat pasien berada di rumah (akibat kurangnya kewaspadaan keluarga) maupun saat pasien sudah berada di unit gawat darurat atau unit rawat jalan. Gejala dan tanda yang tidak khas merupakan salah satu penyebabnya. Setidaknya 32% - 67% dari sindrom ini tidak terdiagnosis, padahal kondisi ini dapat dicegah. Literature lain menyebutkan bahwa 70% dari kasus sindrom delirium tidak terdiagnosis atau salah terapi. Sindrom delirium sering muncul sebagai keluhan utama atau tak jarang justru terjadi pada hari pertama pasien dirawat dan menunjukkan gejala yang berfluktuasi.

Sindrom delirium memiliki banyak nama, beberapa literature menggunakan istilah seperti *acute mental status change*, *altered mental status*, *reversible dementia*, *toxic/metabolic encephalopathy*, *organic brain syndrome*, *dysergasticreaction* dan *acute confusional state*. Untuk keseragaman istilah agar terjamin standarisasi identifikasi gejala dan tanda maka makalah ini menggunakan istilah sindrom delirium.

Salah satu gangguan yang berkaitan dengan penurunan daya konsentrasi/masalah pemusatan perhatian adalah delirium. Delirium adalah keadaan dimana penderita mengalami penurunan kemampuan dalam memusatkan perhatiannya dan menjadi linglung, mengalami disorientasi dan tidak mampu berfikir secara jernih. Gangguan delirium ini biasanya bersifat sementara dan biasanya terjadi secara mendadak.

Delirium merupakan suatu keadaan mental yang abnormal dan bukan merupakan suatu penyakit. Gangguan ini dapat terlihat dengan ditemukannya sejumlah gejala yang menunjukkan penurunan fungsi mental. Berbagai keadaan atau penyakit seperti dehidrasi ringan sampai keracunan obat atau infeksi yang bisa berakibat fatal, bisa menyebabkan delirium.

Gangguan delirium ini sendiri paling sering terjadi pada usia lanjut dan penderita yang otaknya telah mengalami gangguan, termasuk di sini adalah orang yang sakit berat,

orang yang mengonsumsi obat yang menyebabkan perubahan pikiran atau perilaku dan orang yang mengalami demensia.

Melihat dari pengertian di atas, mungkin dapat dikatakan bahwa perbedaan antara delirium dengan beberapa penyakit/gangguan yang berkaitan dengan masalah penurunan konsentrasi adalah bahwa delirium ini bersifat sementara dan bukan merupakan suatu penyakit.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **II.1 Definisi**

Delirium adalah diagnosis klinis, gangguan otak difus yang dikarakteristikkan dengan variasi kognitif dan gangguan tingkah laku. Delirium ditandai oleh gangguan kesadaran, biasanya terlihat bersamaan dengan fungsi gangguan kognitif secara global. Kelainan mood, persepsi dan perilaku adalah gejala psikiatrik yang umum; tremor, asteriksis, nistagmus, inkoordinasi dan inkontinensia urin merupakan gejala neurologis yang umum.

Biasanya delirium mempunyai onset yang mendadak (beberapa jam atau hari), perjalanan yang singkat dan berfluktuasi dan perbaikan yang cepat jika faktor penyebab diidentifikasi dan dihilangkan. Tetapi masing-masing ciri karakteristik tersebut dapat bervariasi pada pasien individual. Delirium dapat terjadi pada berbagai tingkat usia namun tersering pada usia diatas 60 tahun. Menggigau merupakan gejala sementara dan dapat berfluktuasi intensitasnya, kebanyakan kasus dapat sembuh dalam waktu 4 minggu atau kurang. Akan tetapi jika delirium dengan fluktuasi yang menetap lebih dari 6 bulan sangat jarang dan dapat menjadi progresif kearah dementia

#### **II.2 Epidemiologi**

Delirium terdapat 14-56% pasien rawat dengan 30% darinya mengalami 'sindroma parsial' (memenuhi gambaran delirium tanpa memenuhi criteria diagnosis DSM-IV). Rata-rata pasien mengalami delirium pada umur 75 tahun, dengan sebagian sedang memerlukan perawatan rumah sakit dan timbul banyak tanda(sign) lagi setelah tiga hari atau lebih perawatan atau pembedahan. Levkoff dkk. pada studi 325 usila di RS melaporkan hanya 10 % delirium dengan 31% nya timbul selama perawatan. Juga pada studi 225 pasien rawat di unit geriatri akut dilaporkan oleh O'Keeffe dan Lavan 18% delirium selama perawatan dengan 29% terjadi kemudian. Lama rata-rata gejala , yang memenuhi kriteria DSM-III adalah 7 hari,

meskipun 5% menetap lebih dari 4 minggu setelah didiagnosis. 38% nya dengan perburukan yang baru dari orientasi dan daya ingat yang masih tetap buruk selama sebulan, pada saat 32% mengalami perbaikan gejala.

### II.3 Etiologi

Delirium mempunyai berbagai macam penyebab. Semuanya mempunyai pola gejala serupa yang berhubungan dengan tingkat kesadaran dan kognitif pasien. Penyebab utama adalah berasal dari penyakit susunan saraf pusat (seperti epilepsy), penyakit sistemik (seperti gagal jantung), dan intoksikasi atau reaksi putus obat maupun zat toksik. Penyebab delirium terbanyak terletak diluar sistem saraf pusat, misalnya gagal ginjal dan hati. Neurotransmitter yang dianggap berperan adalah asetilkolin, serotonin, serta glutamat. Area yang terutama terkena adalah formasio retikularis.

Faktor predisposisi terjadinya delirium, antara lain:

- Usia
- Kerusakan otak
- Riwayat delirium
- Ketergantungan alkohol
- Diabetes
- Kanker
- Gangguan panca indera
- Malnutrisi
- Alkohol, obat-obatan dan bahan beracun
- Efek toksik dari pengobatan
- Kadar elektrolit, garam dan mineral (misalnya kalsium, natrium atau magnesium) yang tidak normal akibat pengobatan, dehidrasi atau penyakit tertentu
- Infeksi Akut disertai demam
- Hidrosefalus bertekanan normal, yaitu suatu keadaan dimana cairan yang membantali otak tidak diserap sebagaimana mestinya dan menekan otak

- Hematoma subdural, yaitu pengumpulan darah di bawah tengkorak yang dapat menekan otak.
- Meningitis, ensefalitis, sifilis (penyakit infeksi yang menyerang otak)
- Kekurangan tiamin dan vitamin B12
- Hipotiroidisme maupun hipotiroidisme
- Tumor otak (beberapa diantaranya kadang menyebabkan linglung dan gangguan ingatan)
- Patah tulang panggul dan tulang-tulang panjang
- Fungsi jantung atau paru-paru yang buruk dan menyebabkan rendahnya kadar oksigen atau tingginya kadar karbon dioksida di dalam darah
- Stroke

#### II.4 Patofisiologi

Delirium merupakan fenomena kompleks, multifaktorial, dan mempengaruhi berbagai bagian sistem saraf pusat. Hipotesis terbaru menunjukkan defisiensi jalur kolinergik dapat merupakan salah satu faktor penyebab delirium. Delirium yang diakibatkan oleh penghentian substansi seperti alkohol, benzodiazepin, atau nikotin dapat dibedakan dengan delirium karena penyebab lain. Pada delirium akibat penghentian alkohol terjadi ketidakseimbangan mekanisme inhibisi dan eksitasi pada sistem neurotransmitter. Konsumsi alkohol secara reguler dapat menyebabkan inhibisi reseptor NMDA (*N-methyl-D-aspartate*) dan aktivasi reseptor GABA-A (*gammaaminobutyric acid-A*). Disinhibisi serebral berhubungan dengan perubahan neurotransmitter yang memperkuat transmisi dopaminergik dan noradrenergik, adapun perubahan ini memberikan manifestasi karakteristik delirium, termasuk aktivasi simpatis dan kecenderungan kejang epileptik. Pada kondisi lain, penghentian benzodiazepine menyebabkan delirium melalui jalur penurunan transmisi GABA-ergik dan dapat timbul kejang epileptik. Delirium yang tidak diakibatkan karena penghentian substansi timbul melalui berbagai mekanisme, jalur akhir biasanya melibatkan defisit kolinergik dikombinasikan dengan hiperaktivitas dopaminergik.

Perubahan transmisi neuronal yang dijumpai pada delirium melibatkan berbagai mekanisme, yang melibatkan tiga hipotesis utama, yaitu:

### 1. Efek Langsung

Beberapa substansi memiliki efek langsung pada sistem neurotransmitter, khususnya agen antikolinergik dan dopaminergik. Lebih lanjut, gangguan metabolik seperti hipoglikemia, hipoksia, atau iskemia dapat langsung mengganggu fungsi neuronal dan mengurangi pembentukan atau pelepasan neurotransmitter. Kondisi hiperkalsemia pada wanita dengan kanker payudara merupakan penyebab utama delirium.

### 2. Inflamasi

Delirium dapat terjadi akibat gangguan primer dari luar otak, seperti penyakit inflamasi, trauma, atau prosedur bedah. Pada beberapa kasus, respons inflamasi sistemik menyebabkan peningkatan produksi sitokin, yang dapat mengaktifasi mikroglia untuk memproduksi reaksi inflamasi pada otak. Sejalan dengan efeknya yang merusak neuron, sitokin juga mengganggu pembentukan dan pelepasan neurotransmitter. Proses inflamasi berperan menyebabkan delirium pada pasien dengan penyakit utama di otak (terutama penyakit neurodegeneratif).

### 3. Stres

Faktor stres menginduksi sistem saraf simpatis untuk melepaskan lebih banyak noradrenalin, dan aksis hipotalamus-pituitari-adrenokortikal untuk melepaskan lebih banyak glukokortikoid, yang juga dapat mengaktifasi glia dan menyebabkan kerusakan neuron.

## II.5 Klasifikasi

Klasifikasi sindrom delirium berdasarkan aktifitas psikomotor (tingkat/kondisi kesadaran, aktifitas perilaku) yakni:

### 1) Hiperaktif

Delirium hiperaktif merupakan delirium yang paling sering terjadi. Pada pasien terjadi agitasi, psikosis, labilitas mood, penolakan untuk terapi medis, dan tindakan disruptif lainnya. Kadang diperlukan pengawas karena pasien mungkin mencabut selang infus atau kateter, atau mencoba pergi dari tempat tidur. Pasien delirium karena intoksikasi, obat antikolinergik, dan alkohol withdrawal biasanya menunjukkan perilaku tersebut.

## 2) Hipoaktif

Adalah bentuk delirium yang paling sering, tapi sedikit dikenali oleh para klinisi. Pasien tampak bingung, lethargia, dan malas. Hal itu mungkin sulit dibedakan dengan keadaan fatigue dan somnolen, bedanya pasien akan dengan mudah dibangunkan dan dalam berada dalam tingkat kesadaran yang normal. Rangsang yang kuat diperlukan untuk membangunkan, biasanya bangun tidak komplet dan transient. Penyakit yang mendasari adalah metabolit dan ensepalopati.

Pasien yang hiperaktif paling mudah dikenali di ruang rawat karena sangat menyita perhatian. Pasien bisa berteriak-teriak, jalan mondar-mandir, atau mengomel sepanjang hari. Dibandingkan dengan tipe lain, pasien yang hiperaktif mempunyai prognosis lebih baik.

## II.6 Gejala Klinis

Gambaran dapat bervariasi tergantung pada masing-masing individu. *Mood*, persepsi, dan tingkah-laku yang abnormal merupakan gejala-gejala psikiatrik umum; tremor, asteriksia, nistagmus inkoordinasi, inkontinensia urin, dan disfasia merupakan gejala-gejala neurologik umum.

Gejala yang dapat ditemui antara lain gangguan kognitif global berupa gangguan memori (recent memory= memori jangka pendek), gangguan persepsi (halusinasi, ilusi), atau gangguan proses piker (disorientasi waktu, tempat, orang). Gejala yang mudah diamati namun justru terlewatkan adalah bila terdapat komunikasi yang tidak relevan, atau autonamnesia yang sulit dipahami; kadang-kadang pasien terlihat seperti mengomel terus atau terdapat ide-ide pembicaraan yang melompat-lompat. Gejala lain meliputi perubahan aktifitas psikomotor baik hipoaktif(25%), hiperaktif (25%) maupun campuran keduanya (35%); sebagian pasien (15%) menunjukkan aktivitas psikomotor normal; gangguan siklus tidur (siang hari tertidur sedangkan malam hari terjaga). Rudolph dan marcantonio (2003) memasukkan gejala perubahan aktifitas psikomotor ke dalam kelompok perubahan kesadaran, yakni setiap kondisi kesadaran selain *compos mentis*, termasuk didalamnya keadaan hipoaktivitas dan hiperaktivitas.



## II.7 Diagnosa Dan Diagnosis Banding

### Diagnosa

Klasifikasi dan kriteria diagnosis delirium dapat berdasarkan DSM V (*Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders, 5<sup>th</sup> edition*). Kriteria DSM V tahun 2013 tidak berbeda dengan pada DSM IV-TR tahun 2000.

DSM V mengklasifikasi delirium menurut etiologi sebagai berikut:

1. Delirium yang berhubungan dengan kondisi medik umum
2. Delirium intoksikasi substansi (penyalahgunaan obat)
3. Delirium penghentian substansi
4. Delirium diinduksi substansi (pengobatan atau toksin)
5. Delirium yang berhubungan dengan etiologi multipel
6. Delirium tidak terklasifikasi.

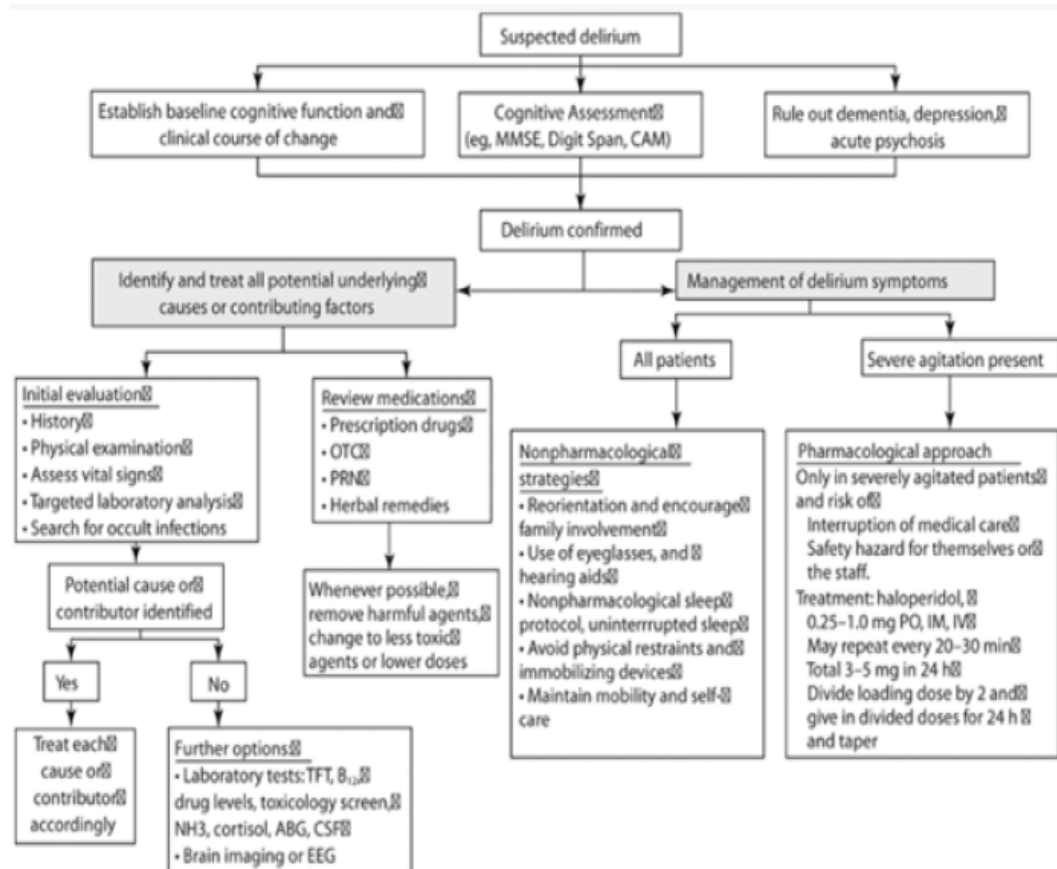
Diagnosis delirium memerlukan 5 kriteria (A-E) dari DSM V, yaitu:

- a) Gangguan kesadaran (berupa penurunan kejernihan kesadaran terhadap lingkungan) dengan penurunan kemampuan fokus, mempertahankan atau mengubah perhatian.
- b) Gangguan berkembang dalam periode singkat (biasanya beberapa jam hingga hari) dan cenderung berfluktuasi dalam perjalanannya.
- c) Perubahan kognitif (seperti defisit memori, disorientasi, gangguan bahasa) atau perkembangan gangguan persepsi yang tidak dapat dimasukkan ke dalam kondisi demensia.
- d) Gangguan pada kriteria (a) dan (c) tidak disebabkan oleh gangguan neurokognitif lain yang telah ada, ter bentuk ataupun sedang berkembang dan tidak timbul pada kondisi penurunan tingkat kesadaran berat, seperti koma.
- e) Temuan bukti dari riwayat, pemeriksaan fisik, atau laboratorium yang mengindikasikan gangguan terjadi akibat konsekuensi fisiologik langsung suatu kondisi medik umum, intoksikasi atau penghentian substansi (seperti penyalahgunaan obat atau pengobatan), pemaparan terhadap toksin, atau karena etiologi multipel.

Suatu algoritma dapat digunakan untuk menegakkan diagnosis sindrom delirium yang dikenal dengan *Confusion Assessment Method (CAM)*. Algoritma tersebut telah divalidasi, sehingga dapat digunakan untuk penegakan diagnosis. CAM ditambah uji status mental lain dapat dipakai sebagai baku emas diagnosis. Algoritma CAM memiliki sensitivitas

94-100% dan spesifisitas 90-95%, dan tingkat reliabilitas *inter-observer* tinggi apabila digunakan oleh tenaga terlatih. Uji status mental lain yang sudah lazim dikenal antara lain *Mini-mental Status Examination* (MMSE), *Delirium Rating Scale*, *Delirium Symptom Interview*. Kombinasi pemeriksaan tersebut dapat dikerjakan dalam waktu sekitar 15 menit oleh tenaga kesehatan terlatih, cukup andal, spesifik, serta sensitif.

<b>Confusion Assessment Method (CAM)</b>	
<b>1. Awitan Akut dan Berfluktuasi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Apakah ada bukti status mental pasien berubah mendadak (akut) dari kondisi awalnya?</li> <li>b. Apakah perilaku tersebut (abnormal) berfluktuasi pada hari itu, dengan kata lain hilang timbul atau keparahannya meningkat-menurun?</li> </ul>
<b>2. Perhatian Tidak Terfokus</b>	Apakah pasien sulit memusatkan perhatian, misalnya mudah sekali teralih atau sulit mengikuti pembicaraan?
<b>3. Pikiran Tidak Tertata</b>	Apakah pemikiran pasien tidak tertata atau tidak koheren, misalnya percakapan melantur atau tidak relevan, aliran gagasan tidak jernih atau tidak logis, berganti-ganti topik secara tidak terduga?
<b>4. Perubahan Tingkat Kesadaran</b>	Secara keseluruhan, bagaimana Anda menilai tingkat kesadaran pasien ini? Waspada (normal), <i>vigilant</i> (waspada berlebihan), letargik, stupor, koma
<b>Pasien harus memenuhi nilai 1 dan 2 ditambah nilai 3 atau 4 untuk diagnosis delirium</b>	



Algoritma penilaian delirium pada geriatri. MMSE (*Mini-Mental State Exam*); CAM (*Confusion Assessment Method*);

OTC (*Over the Counter*); PRN, *as needed*; TFT (*thyroid function tests*); ABG (*Arterial Blood Gas*); CSF (*Cerebrospinal Fluid*); EEG (*Electroencephalogram*); PO (per oral); IM (intramuskuler); IV (intravena).

## Diagnosa Banding

### a) Demensia

Banyak gejala yang menyerupai delirium. Demensia dan depresi sering menunjukkan gejala yang mirip delirium; bahkan kedua penyakit / kondisi tersebut acapkali terdapat bersamaan dengan sindrom delirium. Pada keadaan tersebut maka informasi dari keluarga dan pelaku rawat menjadi sangat berarti pada saat anamnesis. Demensia dan delirium juga sering terdapat bersamaan; gangguan yang acap kali tumpang tindih antara lain gangguan orientasi, memori dan komunikasi. Demensia sendiri merupakan factor risiko untuk terjadinya sindrom delirium terutama jika terdapat factor pencetus penyakit akut.

Beberapa jenis demensia seperti demensia Lewy body dan demensia lobus frontalis menunjukkan perubahan perilaku dan gangguan kognitif yang sulit dibedakan dari sindrom delirium. Sindrom delirium dengan gejala psikomotor yang hiperaktif sering keliru dianggap sebagai pasien yang cemas (anxietas), sedangkan hipoaktif keliru dianggap sebagai depresi. Keduanya dapat dibedakan dengan pengamatan yang cermat. Pada depresi terdapat perubahan yang bertahap dalam beberapa hari atau minggu sedangkan pada sindrom delirium biasanya gejala berkembang dalam beberapa jam. Tingkat kesadaran pada depresi biasanya compos mentis, proses berfikirnya utuh. Pada depresi juga biasanya terdapat kehilangan minat, depressed mood seta faal sensorium yang normal. Berbagai gejala dan tanda pada sindrom delirium akan berfluktuasi dari waktu ke waktu, sementara pada depresi dan demensia lebih menetap.

Pasien dengan sindrom delirium bias muncul dengan gejala seperti psikosis yakni terdapat delusi, halusinasi serta pola pikir yang tidak terorganisasi. Pada kondisi seperti ini maka sebaiknya berkonsultasi dengan psikiater.

#### Perbedaan klinis delirium dan Demensia

<b>Gambaran</b>	<b>Delirium</b>	<b>Demensia</b>
Riwayat	Penyakit akut	Penyakit kronik
Awal	Cepat	Lambat laun
Sebab	Terdapat penyakit lain (infeksi, dehidrasi, guna/putus obat	Biasanya penyakit otak kronik (spt Alzheimer, demensia vaskular)
Lamanya	Ber-hari/-minggu	Ber-bulan/-tahun
Perjalanan sakit	Naik turun	Kronik progresif
Taraf kesadaran	Naik turun	Normal
Orientasi	Terganggu, periodic	Intak pada awalnya
Afek	Cemas dan iritabel	Labil tapi tak cemas

Alam pikiran	Sering terganggu	Turun jumlahnya
Bahasa	Lamban, inkoheren, inadkuat	Sulit menemukan istilah tepat
Daya ingat	Jangka pendek terganggu nyata	Jangka pendek & panjang terganggu
Persepsi	Halusinasi (visual)	Halusinasi jarang kecuali sundowning
Psikomotor	Retardasi, agitasi, campuran	Normal
Tidur	Terganggu siklusnya	Sedikit terganggu siklus tidurnya
Atensi & kesadaran	Amat terganggu	Sedikit terganggu
Reversibilitas	Sering reversible	Umumnya tak reversible
Penanganan	Segera	Perlu tapi tak segera

**Catatan:** pasien dengan demensia amat rentan terhadap delirium, dan delirium yang bertumpang tindih dengan demensia adalah umum

b) Gangguan Kognitif Pasca –operasi (GKPO)

GKPO (Post Operative Cognitive Dysfunction = POCD) agak berbeda dari sindrom delirium namun mempunyai implikasi klinik yang mirip. Secara klinis GKPO jarang disertai penurunan tingkat kesadaran dan perjalanannya tidak berfluktuasi. Sampai dua minggu pasca-operasi jantung insidensnya mencapai 30-70% (Savageau, dikutip oleh Rasmuessen, 2003). Pada minggu ketiga hingga bulan keenam, insidensnya turun sampai 10-40% . pada operasi non-jantung insidensnya lebih rendah yakni sekitar 10-25% segera setelah operasi dan menurun hingga 5-15% pada beberapa bulan pasca-operasi

c) Depresi

Depresi bisa terjadi mimic hypoactive delirium dengan penolakan yang jelas, retardasi psikomotor, melambatnya pembicaraan, apatis, dan pseudodemensia. Depresi tidak mempengaruhi derajat kesadaran.

d) Psikosis

Psikosis bisa terjadi mimic hyperactive delirium. Psikosis fungsional berbeda karena halusinasi suara. Lebih banyak khayalan, dan lebih sedikit fluktuatif.

## II.8 Penatalaksanaan

Tujuan utama pengobatan adalah menentukan dan mengatasi pencetus serta factor predisposisi. Keselamatan pasien dan keluarga harus diperhatikan. *Comprehensive geriatric assessment* (pengkajian geriatric paripurna) sangat bermanfaat karena akan memberikan gambaran lebih jelas tentang beberapa faktor resiko yang dimiliki pasien.

Pemeriksaan tak hanya terhadap factor fisik, namun juga psikiatrik, status fungsional, riwayat penggunaan obat, dan riwayat perawatan/penyakit/operasi terdahulu serta asupan nutrisi dan cairan sebelum sakit. Pemeriksaan tanda vital (kesadaran, tanda rangsang meningeal, tekanan darah, frekuensi napas dan denyut jantung serta suhu rectal) sangat penting, selain untuk diagnosis namun juga bermanfaat dalam evaluasi hasil pengobatan.

Pemeriksaan penunjang dasar seperti darah perifer lengkap, elektrolit, analisis gas darah, gula darah, ureum, kreatinin, SGOT dan SGPT, urin lengkap, EKG, foto toraks dan kultur darah harus segera dilaksanakan.

Pengobatan/penanganan yang diberikan tidak saja menyangkut aspek fisik, namun juga psikologik/psikiatrik, kognitif, lingkungan, serta pemberian obat. Untuk mencegah agar pasien tidak membahayakan dirinya sendiri atau orang lain (pasien yang hiperaktif, gaduh, gelisah bias menendang-nendang, sangat agitatif, agresif, bias terjatuh dari tempat tidur atau

bias menciderai diri sendiri) maka sebaiknya pasien ditemani pedamping atau yang biasa mendampingi pasien. Mengikat pasien ke tepian tempat tidur bukanlah tanpa resiko, misalnya trauma atau thrombosis.

Data empiris manfaat obat untuk mengatasi gejala sindrom delirium masih terbatas. Beberapa obat antipsikotik mempunyai efek yang mampu menekan berbagai gejala hiperaktif dan hipoaktif dari sindrom delirium; menjadi obat pilihan utama pada fase akut (agitasi hebat, perilaku agresif, hostility, halusinasi, atau gejala lain yang membahayakan dirinya). Untuk kondisi di atas haloperidol masih merupakan pilihan utama. Dosis juga dapat ditingkatkan sesuai tanggapan pasien. Dibandingkan dengan obat lain seperti chlorpromazine dan droperidol, haloperidol memiliki metabolic dan efek antikolinergik, sedasi serta efek hipotensi yang lebih kecil sehingga lebih aman. Dosis obat per oral pada umumnya dapat diterima dengan baik, namun jika pasien tak mampu menelan maka dapat diberikan intramuscular maupun intravena. Olanzapin dapat Beberapa laporan kasus menunjukkan manfaat antipsikotik generasi kedua seperti risperidon dan penghambat asetilkolin-esterase; masih diperlukan penelitian intervensional lebih lanjut. Perlu dicatat bahwa penggunaan antipsikotik harus dimulai dengan dosis rendah dan ditingkatkan secara bertahap jika diperlukan. Walau resiko efek samping yang mungkin muncul rendah namun beberapa efek serius seperti perpanjangan QT dan torsades de pointes, gejala ekstrapiramidal dan diskinesia putus obat dapat terjadi.

Secara umum penanganan yang bersifat suportif amat penting dalam pengelolaan pasien dengan sindrom delirium, baik untuk pengobatan maupun dalam konteks pencegahan. Asupan nutrisi, keseimbangan cairan dan elektrolit, kenyamanan pasien harus diupayakan seoptimal mungkin. Keberadaan anggota keluarga atau yang selama ini biasanya merawat akan sangat berperan dalam memulihkan orientasi. Sedapat mungkin ruangan pasien haruslah tenang dan cukup penerangan. Masih dalam konteks orientasi, dokter dan perawat harus mengetahui apakah sehari-hari pasien mengenakan kacamata untuk melihat atau alat bantu dengar untuk berkomunikasi dan mengusahakan agar pasien dapat mengenakan manakala diperlukan setiap saat.

Hal umum lain yang perlu diperhatikan adalah ketidak mampuan menelan dengan baik sehingga asupan per oral tidak boleh diberikan selama belum terdapat kepastian mengenai kemampuan menelan. Setelah yakin bahwa kesadaran pasien komposmentis dan tidak terdapat kelumpuhan otot menelan barulah diizinkan memberikan asupan per oral. Selama perawatan, tanda vital harus lebih sering dievaluasi, setidaknya setiap empat jam, jika diperlukan dapat dinilai setiap dua atau bahkan setiap satu jam tergantung kondisi pasien. Penilaian yang lebih sering dengan kewaspadaan yang tinggi ini diperlukan karena gejala dan tanda klinik yang sangat berfluktuatif. Selain tanda vital, jumlah produksi urin dan cairan yang masuk harus diukur dengan cermat setiap empat jam dan dilaporkan kepada yang merawat agar perubahan instruksi yang diperlukan dapat segera dilaksanakan tanpa menunggu laporan keesokan harinya (akan terlambat).

Sehubungan dengan hal diatas, maka keluarga pasien atau pelaku rawat yang menunggu harus diberi informasi tentang bahaya aspirasi jika memberikan makanan atau minuman dalam keadaan kondisi yang tidak komposmentis atau terdapat kelumpuhan otot menelan. Diberitahukan pula perlunya kerja sama yang baik antara perawat dengan penunggu pasien terutama perihal pemantauan urin dan asupan cairan.

Perlu dicatat bahwa pasien sindrom delirium sering merasa apa yang baru dialami saat delirium sebagai mimpi. Pada saat kondisi pasien membaik maka harus menjelaskan/mendidik pasien tentang keadaan yang baru dialaminya untuk mengantisipasi atau mencegah episode cemas(edukasi).

Penatalaksanaan spesifik ditujukan untuk mengidentifikasi pencetus dan predisposisi. Segera setelah factor pencetus diketahui maka dapat dilakukan tindakan yang lebih definitive sesuai factor pencetusnya. Memperbaiki factor predisposisi harus dikerjakan tanpa menunggu selesainya masalah terkait faktor pencetus.

Penatalaksanaan delirium sangat kompleks sehingga di simpulkan seperti tabel dibawah:

1. Pengobatan etiologik harus sedini mungkin dan di samping faal otak dibantu agar tidak terjadi kerusakan otak yang menetap.



2. Peredaran darah harus diperhatikan (nadi, jantung dan tekanan darah), bila perlu diberi stimulasi.
3. Pemberian cairan harus cukup, sebab tidak jarang terjadi dehidrasi. Hati-hati dengan sedativa dan narkotika (barbiturat, morfin) sebab kadang-kadang tidak menolong, tetapi dapat menimbulkan efek paradoksal, yaitu klien tidak menjadi tenang, tetapi bertambah gelisah.
4. Penderita harus dijaga terus, lebih-lebih bila ia sangat gelisah, sebab berbahaya untuk dirinya sendiri (jatuh, lari dan loncat keluar dari jendela dan sebagainya) ataupun untuk orang lain.
5. Dicoba menenangkan pasien dengan kata-kata (biarpun kesadarannya menurun) atau dengan kompres es. pasien mungkin lebih tenang bila ia dapat melihat orang atau barang yang ia kenal dari rumah. Sebaiknya kamar jangan terlalu gelap, pasien tidak tahan terlalu diisolasi.
6. Terdapat gejala psikiatrik bila sangat mengganggu dapat diberikan neroleptika, terutama yang mempunyai dosis efektif tinggi.

## II.9 Prognosis

Walaupun gejala dan tanda sindrom delirium bersifat akut namun ternyata dilaporkan adanya beberapa kasus dengan gejala dan tanda yang menetap bahkan sampai bulan ke 12. Beberapa penelitian melaporkan hasil pengamatan tentang prognosis sindrom delirium yang berhubungan dengan mortalitas, gangguan kognitif pasca-delirim, status fungsional serta gejala sisa yang ada.

Pasien dengan sindrom delirium mempunyai resiko 1,71 kali lebih tinggi untuk meninggal dalam tiga tahun kedepan dibandingkan mereka yang tidak. Perlu disampaikan bahwa peningkatan resiko tersebut tetap ada walaupun sudah dilakukan pengendalian terhadap factor-faktor lain yang turut berperan terhadap kematian seperti beratnya kondisi komorbid, demensia, gangguan status fungsional, domisili (tinggal di panti atau tidak) serta faktor pemicu yang lain.

## II.10 Pencegahan

Berbagai literature menyebutkan bahwa pengobatan sindrom delirium sering tuntas, 96% pasien yang dirawat karena delirium pulang dengan gejala sisa. Hanya 20% dari kasus-kasus tersebut yang tuntas dalam enam bulan setelah pulang. Hal tersebut menunjukkan bahwa sebenarnya prevalensi sindrom delirium di masyarakat lebih tinggi dari pada yang diduga sebelumnya.

Dilaporkan bahwa separuh dari kasus yang diamatinya mengalami delirium pada saat sedang dirawat di rumah sakit. Berarti ada karakteristik pasien tertentu dan suasana/situasi rumah sakit sedemikian rupa yang dapat mencetuskan delirium. Beberapa obat juga dapat mencetuskan delirium, terutama yang mempunyai efek antikolinergik dan gangguan faal kognitif. Beberapa obat yang diketahui meningkatkan resiko delirium antara lain : benzodiazepine, kodein, amitriptilin (antidepresan), difenhidramin, ranitidine, tioridazin, digoksin, amiodaron, metildopa, procainamid, levodopa, fenitoin, siprofloksasin. Beberapa tindakan sederhana yang dapat dilakukan di rumah sakit terbukti cukup efektif mampu mencegah delirium. Berikut beberapa tindakan yang terbukti dapat mencegah delirium seperti yang tertera pada Tabel dibawah.

Tabel Pencegahan Delirium

Panduan Intervensi	Tindakan	Keluaran	P
Reorientasi	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pasang jan dinding</li><li>• Kalender</li></ul>	Memulihkan orientasi	0,04
Memulihkan siklus tidur	<ul style="list-style-type: none"><li>• Padamkan lampu</li><li>• Minum susu hangat atau the herbal</li><li>• Music yang tenang</li><li>• Pemijatan (massage) punggung</li></ul>	Tidur tanpa obat	0,001

Mobilisasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Latihan lingkup gerak sendi</li> <li>• Mobilisasi bertahap</li> <li>• Batasi penggunaan restraint</li> </ul>	Pulihnya mobilitas	0,06
Penglihatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kenakanacamata</li> <li>• Menyediakan bacaan dengan huruf berukuran besar</li> </ul>	Meningkatkan kemampuan penglihatan	0,27
Pendengaran	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bersihkan cerumen prop</li> <li>• Alat bantu dengar</li> </ul>	Meningkatkan kemampuan pendengaran	0,10
Rehidrasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosis dini dehidrasi</li> <li>• Tingkatkan asupan cairan oral</li> <li>• Kalau perlu per infus</li> </ul>	BUN/Cr < 18	0,04

## BAB III

### KESIMPULAN

Delirium merupakan suatu kondisi neuropsikiatrik yang seringkali dialami oleh pasien. Gejala klinis yang utama adalah penurunan kesadaran yang disertai dengan adanya suatu tanda fungsi kognitif yang akut dan fluktuatif. Tanda bersifat menyeluruh, mempengaruhi kesadaran, perhatian, memori dan kemampuan perencanaan dan organisasi. Patofisiologi delirium melibatkan berbagai mekanisme dengan tiga hipotesis utama, yaitu efek langsung pada sistem neurotransmitter, inflamasi, dan stres. Delirium merupakan kondisi yang dapat didiagnosis secara *bedside*, sehingga sangat diperlukan pemahaman gambaran klinisnya yang dapat bervariasi; secara umum diklasifikasikan dalam tiga subtipe, yaitu hipoaktif, hiperaktif, dan campuran. Diagnosis delirium dapat menggunakan kriteria DSM V dengan terpenuhinya 4 kriteria; *Confusion Assessment Method* (CAM) merupakan algoritma telah tervalidasi yang dapat digunakan untuk membantu penegakan diagnosis delirium. Strategi penanganan delirium melibatkan peran berbagai faktor termasuk pada deteksi dini risiko delirium, penanganan kondisi delirium, dan pencegahan berulangnya delirium.

## DAFTAR PUSTAKA

Buchanan R. W., & Carpenter W. T., Jr., Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 7<sup>th</sup> edition, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2000

Michael Gelder, Richard Mayou, John Geddes., Psychiatry 2<sup>nd</sup> edition, Oxford University, New York, 1999.

Sudoyo. Aru W. dkk. 2006. Ilmu Penyakit Dalam Jili I Edisi IV. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia : Jakarta

Kaplan dan Sadock. 2010. Buku Ajar Psikiatri Klinis Edisi 2. EGC : Jakarta

American Psychiatric Association *Diagnostik dan Statistik Manual of Mental Disorders..* Edisi 4, teks direvisi. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.

Macdonald, Alastair; Lindsay, Yakobus;. Rockwood, Kenneth (2002) *Delirium di usia tua.* Oxford [Oxfordshire]:. Oxford University Press

Trzepacz, Paula T., Dinesh Mittal, Rafael Torres, Kim Canary, John Norton, dan Nita Jimerson. "Validasi Delirium Rating Skala-Revisi-98: Perbandingan dengan skala penilaian delirium dan tes kognitif untuk delirium." *Journal of Neuroscience Neuropsychiatry dan Klinis* 13 (2001): 229-242.

Delirium , Pedoman Klinis NICE (Juli 2010); *Delirium: diagnosis, pencegahan dan manajemen*

Meagher DJ ; Delirium: mengoptimalkan manajemen. *BMJ.* 20 Januari 2001; 322 (7279) :144-9.

Fong TG, Tulebaev SR, Inouye SK. Delirium in elderly adults: Diagnosis, prevention and treatment. *Nat Rev Neurol.* 2009; 5(4): 210-20. doi: 10.1038/nrneurol.2009.24

Lorenzi S, Fusgen I, Noachtar S. Acute confusional states in the elderly- diagnosis and treatment. *Dtsch Arztebl Int.* 2012; 109(21): 391-400.

McNicoll L, Inouye SK. Delirium. In: Landefeld CS, Palmer RM, Johnson MA, Johnston CB, Lyons WL, editors. *Current geriatric diagnosis and treatment.* 1st ed. McGraw-Hill: New York; 2004.

Campbell N, Boustani MA, Ayub A, Fox GC, Munger SL, Ott C, et al. Pharmacological management of delirium in hospitalized adults- a systematic evidence review. *J Gen Intern Med.* 2009.