

Delirium Non-Substance-Related: Diagnosis dan Tatalaksana Awal

Psikiatri • SKDI 3A

Course komprehensif tingkat SKDI 3A tentang delirium yang tidak diinduksi alkohol/zat psikoaktif. Mencakup epidemiologi, patofisiologi, diagnosis banding, tatalaksana awal, serta indikasi rujukan untuk dokter muda.

Modul 1: Modul 1: Dasar-Dasar Delirium Non-Substance-Related

1.1 Definisi, Epidemiologi, dan Beban Klinis Delirium

Delirium non-substance-related (ICD-10: F05) adalah sindrom otak organik dengan gangguan kesadaran dan kognisi yang onset akut (jam–hari) serta berfluktuasi sepanjang hari. Penyebab utamanya adalah kondisi medis umum, prosedur bedah, atau efek obat non-psikoaktif seperti antikolinergik, opioid, kortikosteroid, dan benzodiazepine. Pada SKDI 3A, dokter muda harus mampu mengenali, mendiagnosis pendahuluan, dan merujuk tepat waktu.

Epidemiologi: prevalensi delirium pada pasien rawat inap akut 10–31%; pada pasien >65 tahun pascaoperasi besar 15–53%; di ICU mencapai 20–80%. Faktor risiko: demensia, gangguan sensorik, malnutrisi, polifarmasi, multimorbiditas. Delirium meningkatkan mortalitas rawat inap dua kali lipat, memperpanjang lama rawat 2–3 hari, dan meningkatkan biaya.

Dampak jangka panjang: penurunan kognitif pasca-rawat, kemunduran aktivitas harian, peningkatan risiko demensia, kualitas hidup menurun, serta prediktor kematian 12 bulan pasca-bedah. Deteksi dini menggunakan CAM atau 4AT pada pasien berisiko tinggi sangat ditekankan.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

1.2 Etiologi, Faktor Risiko, dan Patofisiologi

Delirium bersifat multifaktorial, resultante interaksi predisposisi (kerentanan basal) dan presipitasi (insulter akut). Penyebab tersering: infeksi (sepsis, pneumonia, UTI), gangguan metabolik (dehidrasi, hipo/hipernatremia, hipoglikemia, gagal ginjal/hepar), nyeri tidak terkontrol, gagal jantung, hipoksemia, anemia berat, serta prosedur invasif seperti kateter, tindakan restraint, dan prosedur seperti perawatan ICU. Obat pemicu: antikolinergik (difenhidramin), opioid, kortikosteroid dosis tinggi, antihistamin.

Faktor risiko geriatric: usia >75 tahun, laki-laki, demensia, riwayat delirium, gangguan sensorik, depresi, malnutrisi, polifarmasi. Faktor bedah: operasi jantung/ortopedi emergensi, anestesi umum, transfusi, hipotensi intraoperatif. Pencegahan multifaktorial mengacu pada Hospital Elder Life Program (HELP).

Patofisiologi: disregulasi kolinergik-dopaminergik, respons inflamasi (IL-1, IL-6, TNF- α ; ' dengan aktivasi mikrogliia, gangguan oksidasi neuronal, serta disregulasi ritme sirkadian dan melatonin (tipe sundowning).

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

Modul 2: Modul 2: Diagnosis dan Tatalaksana Awal Delirium

2.1 Manifestasi Klinis dan Kriteria Diagnosis

Manifestasi delirium ditandai onset akut dan fluktuasi gejala sepanjang hari, memburuk malam hari (sundowning). Domain gejala: (1) gangguan kesadaran dan perhatian, (2) gangguan kognitif global (memori, disorientasi, bahasa, apraksia), (3) gangguan persepsi (ilusi, halusinasi visual), (4) gangguan pikiran (waham paranoid, pikiran tak terorganisir).

Tiga sub tipe: hiperaktif (15–25%, agitasi/halusinasi), hipoaktif (35–50%, lesu/apati—paling sering terlewat, prognosis terburuk), dan campuran (40–50%).

Kriteria DSM-5: (A) gangguan akut perhatian, kesadaran, kognisi yang fluktuatif dari baseline; (B) bukti etiologi medis, intoksikasi/putus zat, atau ganda; (C) bukan delirium terinduksi zat/alkohol. Dokter muda menegaskan diagnosis pendahuluan menggunakan CAM: fitur 1 (onset akut-fluktuatif) + fitur 2 (inattention) + salah satu fitur 3 (disorganized thinking) atau fitur 4 (altered consciousness).

Diagnosis banding: demensia, depresi, mania/psikosis, delirium terinduksi zat. Skrining CAGE-AUDIT dan toksikologi urin diperlukan.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

2.2 Pemeriksaan Penunjang dan Tatalaksana Awal

Pemeriksaan penunjang bertujuan mengidentifikasi etiologi dasar. Pemeriksaan dasar sesuai PPK Kemenkes: darah lengkap, elektrolit (Na, K, Cl, Ca, Mg), ureum/kreatinin, SGOT/SGPT, glukosa, AGD, kultur (bila curiga sepsis), foto toraks, EKG, vitamin B12, TSH, asam folat. CT/MRI otak diindikasikan pada defisit neurologis fokal, trauma kepala, kejang, atau penurunan kesadaran tak ter jelaskan. EEG menunjukkan perlambatan difus, membantu membedakan delirium hipoaktif dari depresi atau katatonía. CRP dan prokalsitonin untuk konfirmasi infeksi.

Tatalaksana awal mengikuti prinsip 4P: identifikasi dan obati penyebab dasar, koreksi metabolik, rawat infeksi, tata nyeri, hentikan obat pemicu. Non-farmakologis lini pertama: orientasi berulang, pencahayaan siklus siang-malam, koreksi alat sensorik, mobilisasi dini, stimulasi kognitif, nutrisi cukup, libatkan keluarga. Hindai restraint fisik.

Farmakologis (konsultasi psikiater): haloperidol 0,5–1 mg oral/IM, ulangi 30 menit, maks 5 mg/hari pada lansia. Alternatif: risperidon 0,25–0,5 mg atau olanzapin 2,5–5 mg. Benzodiazepin (lorazepam 0,5–1 mg) terutama untuk delirium putus zat. Quetiapin 12,5–25

mg untuk lansia dengan agitasi. Ikuti prinsip start low, go slow.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

2.3 Komplikasi, Prognosis, dan Indikasi Rujukan

Komplikasi akut delirium: jatuh 2–3 kali lipat, dekubitus, dehidrasi, malnutrisi, pneumonia aspirasi, DVT, cedera akibat agitasi, resistensi terhadap tindakan medis, konflik keluarga/staf. Efek samping antipsikotik (gejala ekstrapiramidal, perpanjangan QT, sindrom neuroleptik maligna) perlu dipantau. Prinsip start low, go slow pada geriatri.

Prognosis bergantung pada etiologi, kecepatan tatalaksana, dan status fungsional basal. Sekitar 30–40% kembali ke baseline; 30–40% mengalami perburukan kognitif signifikan; sebagian berlanjut menjadi demensia. Subtipe hipoaktif memiliki mortalitas 12 bulan tertinggi.

Indikasi rujukan SKDI 3A ke psikiater konsultan liaison: diagnosis belum pasti, kegagalan respons terhadap tatalaksana lini pertama dalam 48–72 jam, delirium berulang/kambuh, perilaku mengancam keselamatan, komorbid psikiatrik kompleks (gangguan kepribadian berat, risiko bunuh diri), atau kebutuhan antipsikotik jangka panjang. Konsultasi multidisiplin (neurologi, penyakit dalam, geriatri, ICU) sesuai etiologi. Dokter muda melakukan komunikasi terapeutik kepada keluarga mengenai sifat sementara kondisi dan rencana perawatan lanjutan.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

Daftar Pustaka / Referensi

1. Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia (PERDOSSI). Pedoman Diagnosis dan Tatalaksana Delirium di Indonesia. PERDOSSI (2021).
2. Kementerian Kesehatan RI. Panduan Praktik Klinis (PPK) Delirium pada Pasien Geriatri. Ditjen Pelayanan Kesehatan, Kemenkes RI (2020).
3. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Delirium. American Psychiatric Association (2010).
4. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Delirium: prevention, diagnosis and management (CG103). NICE (2019).
5. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, 12th Edition. Wolters Kluwer (2021).
6. Inouye SK, Westendorp RGJ, Saczynski JS. Delirium in elderly people. The Lancet (2014).
7. Wilson JE, Mart MF, Cunningham C, et al.. Delirium. Nature Reviews Disease Primers (2020).
8. Khan SH, Wang S, Harrawood A, et al.. Pharmacological management of delirium in the ICU. Critical Care Medicine (2019).
9. World Health Organization. ICD-10: Mental and behavioural disorders (F05). WHO (2019).
10. Marler JR, editor. Psychiatric Intensive Care, 2nd Edition. Oxford University Press (2017).

Disclaimer / Pernyataan Penting

Materi dalam dokumen ini disusun untuk tujuan pendidikan kedokteran berdasarkan kurikulum SKDI 2012. Informasi klinis harus selalu diverifikasi dengan sumber terkini (pedoman nasional, jurnal terindeks, konsultasi supervisor klinis). Penulis dan Malayan Saintifika tidak bertanggung jawab atas keputusan klinis yang diambil berdasarkan materi ini semata.