

DELIRIUM PADA LANJUT USIA*Delirium in the Elderly***Alimudiarnis¹, Boy Hutaperi²**^{1,2}**Universitas Baiturrahmah*****Email: alimudiarnis@fk.unbrah.ac.id****Abstract**

Delirium is an acute neurocognitive syndrome commonly occurring in older adults and is characterized by disturbances in consciousness, attention, cognition, and behavior that develop rapidly and fluctuate throughout the day. This condition is frequently observed among hospitalized elderly patients, particularly those with chronic illnesses, neurological disorders, infections, or those recovering from surgery. Delirium is associated with increased morbidity, mortality, prolonged hospital stays, functional decline, and a higher risk of developing dementia in later life. This review aims to examine the risk factors, pathophysiology, diagnosis, and management of delirium in older adults based on current scientific literature. The method used was a literature review of relevant scientific journals. The findings indicate that the major risk factors for delirium include advanced age, pre-existing cognitive impairment, infection, dehydration, metabolic disturbances, the use of certain medications, and immobility. Diagnosis is established through clinical assessment focusing on acute changes in mental status and impaired attention. Management primarily involves identifying and treating the underlying causes, along with non-pharmacological interventions such as reorientation strategies, early mobilization, sleep optimization, and family support. Pharmacological treatment is reserved for selected cases with severe symptoms that threaten the safety of the patient or others. Early detection and comprehensive management are essential to reduce complications and improve the quality of life of older adults experiencing delirium.

Keywords: *delirium, older adults, cognitive impairment, geriatrics, risk factors, management.*

Abstrak

Delirium merupakan sindrom neurokognitif akut yang sering terjadi pada populasi lanjut usia dan ditandai oleh gangguan kesadaran, perhatian, kognisi, serta perubahan perilaku yang berkembang dalam waktu singkat dan berfluktuasi sepanjang hari. Kondisi ini sering ditemukan pada pasien lanjut usia yang menjalani perawatan di rumah sakit, terutama mereka yang memiliki penyakit kronis, gangguan neurologis, infeksi, atau pascaoperasi. Delirium berhubungan dengan peningkatan morbiditas, mortalitas, lama rawat inap, penurunan fungsi fisik, serta risiko terjadinya demensia di kemudian hari. Tujuan kajian ini adalah untuk meninjau faktor risiko, mekanisme patofisiologi, diagnosis, dan tatalaksana delirium pada lanjut usia berdasarkan literatur ilmiah terkini. Metode yang digunakan berupa tinjauan pustaka dari berbagai jurnal ilmiah yang relevan. Hasil kajian menunjukkan bahwa faktor risiko utama delirium meliputi usia lanjut, gangguan kognitif sebelumnya, infeksi, dehidrasi, gangguan metabolik, penggunaan obat-obatan tertentu, serta imobilisasi. Diagnosis ditegakkan berdasarkan penilaian klinis yang mencakup perubahan akut status mental dan gangguan perhatian. Penatalaksanaan berfokus pada identifikasi serta koreksi penyebab yang mendasari, disertai intervensi nonfarmakologis seperti orientasi ulang, mobilisasi dini, perbaikan pola tidur, dan dukungan keluarga.

Penggunaan terapi farmakologis hanya dipertimbangkan pada kasus tertentu dengan gejala berat yang mengancam keselamatan pasien atau orang lain. Deteksi dini dan penatalaksanaan yang komprehensif sangat penting untuk mengurangi komplikasi dan meningkatkan kualitas hidup pasien lanjut usia yang mengalami delirium.

Kata Kunci: *delirium, lanjut usia, gangguan kognitif, geriatri, faktor risiko, penatalaksanaan.*

PENDAHULUAN

Lanjut usia (lansia) merupakan tahapan akhir dalam siklus kehidupan manusia yang ditandai dengan terjadinya proses penuaan (aging process), suatu proses alamiah yang tidak dapat dihindari dan dialami setiap individu setelah melalui fase anak, dewasa, hingga tua.¹ Menurut World Health Organization (WHO), lansia adalah individu yang telah berusia 60 tahun ke atas.² Pada fase ini terjadi berbagai perubahan multidimensional yang meliputi aspek fisik, kognitif, psikologis, sosial, dan spiritual. Secara fisiologis, proses penuaan menyebabkan penurunan fungsi berbagai sistem organ, termasuk sistem saraf pusat dan sistem imun, yang berakibat pada menurunnya cadangan fisiologis tubuh. Perubahan neurobiologis seperti berkurangnya aliran darah otak, penurunan neurotransmitter, peningkatan proses inflamasi dan stres oksidatif, serta gangguan regulasi tidur-bangun menyebabkan otak lansia menjadi lebih rentan terhadap gangguan fungsi. Selain itu, perubahan kognitif dan psikososial pada lansia dapat memengaruhi kemampuan dalam mengambil keputusan, beradaptasi terhadap stres, serta mempertahankan kemandirian dan kualitas hidup.³

Indonesia saat ini telah memasuki periode aging population, ditandai dengan meningkatnya angka harapan hidup yang diikuti oleh peningkatan jumlah penduduk lansia secara signifikan. Peningkatan jumlah lansia ini berpotensi memberikan dampak positif apabila disertai kondisi kesehatan yang optimal, namun dapat menjadi beban bagi sistem pelayanan kesehatan apabila disertai peningkatan penyakit degeneratif dan gangguan kognitif. Salah satu masalah kesehatan yang sering terjadi pada kelompok lansia adalah gangguan fungsi otak akut, khususnya delirium. Delirium merupakan sindrom neurokognitif akut yang ditandai dengan gangguan kesadaran, atensi, dan kognisi yang muncul secara mendadak, berfluktuasi, serta umumnya bersifat reversibel. Kondisi ini sering kali disalahartikan sebagai demensia karena adanya gejala kebingungan dan disorientasi, padahal delirium memiliki perbedaan mendasar berupa onset yang cepat dan durasi yang relatif singkat. Pada lansia, delirium sering muncul sebagai respons otak yang rapuh terhadap berbagai stresor akut, baik yang berasal dari penyakit medis maupun intervensi terapeutik.⁴

Delirium pada lansia dapat dipicu oleh berbagai faktor, seperti infeksi, gangguan metabolik dan elektrolit, dehidrasi, hipoksia, gangguan endokrin, gangguan tidur, serta penggunaan obat-obatan tertentu terutama obat dengan efek antikolinergik dan zat psikoaktif. Delirium sering terjadi pada kondisi rawat inap, pascaoperasi, maupun pada lansia dengan riwayat gangguan neurologis atau psikiatri sebelumnya. Prevalensi delirium pada pasien lansia rawat inap dilaporkan mencapai 10–40% dan berhubungan dengan berbagai luaran klinis yang buruk, seperti perpanjangan lama rawat inap, peningkatan komplikasi, penurunan fungsi jangka panjang, peningkatan biaya perawatan, serta peningkatan angka mortalitas.

Meskipun memiliki dampak klinis yang signifikan, delirium masih sering tidak dikenali atau terlambat didiagnosis. Oleh karena itu, pemahaman yang komprehensif mengenai delirium pada lansia sangat penting agar mampu melakukan deteksi dini, penatalaksanaan yang tepat, serta pencegahan delirium.⁵

METODE

Diagnosis delirium pada lansia terutama ditegakkan secara klinis berdasarkan kriteria Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders edisi kelima (DSM-5). Kriteria tersebut menekankan adanya gangguan kesadaran dan atensi yang berkembang secara akut dan bersifat fluktuatif, disertai perubahan fungsi kognitif atau gangguan persepsi yang tidak dapat dijelaskan oleh gangguan neurokognitif sebelumnya. Pada lansia, penilaian klinis sering memerlukan informasi tambahan dari keluarga atau perawat untuk menilai onset akut dan perubahan kondisi mental dibandingkan keadaan dasar pasien. Untuk meningkatkan deteksi dini delirium, khususnya pada pasien lansia yang dirawat di rumah sakit, berbagai alat skrining telah dikembangkan dan digunakan secara luas. Confusion Assessment Method (CAM) merupakan instrumen skrining yang paling banyak direkomendasikan karena sederhana, cepat, dan memiliki sensitivitas serta spesifisitas yang baik. Pada pasien kritis atau pasien dengan ventilasi mekanik, digunakan modifikasi CAM-ICU yang memungkinkan penilaian delirium pada pasien yang tidak dapat berkomunikasi secara verbal. Selain itu, instrumen 4AT juga digunakan sebagai alat skrining cepat yang menilai atensi, tingkat kesadaran, dan fluktuasi gejala, serta sesuai digunakan pada populasi lansia di berbagai setting pelayanan kesehatan.

Selain penegakan diagnosis dan skrining, evaluasi delirium pada lansia harus disertai dengan pemeriksaan penunjang untuk mencari penyebab yang mendasari. Pemeriksaan laboratorium, pencitraan, serta evaluasi kondisi medis lain diperlukan untuk mengidentifikasi faktor presipitasi seperti infeksi, gangguan metabolik, efek obat-obatan, atau kondisi pascaoperasi. Pendekatan komprehensif ini penting karena delirium pada lansia umumnya bersifat multifaktorial, dan keberhasilan penatalaksanaan sangat bergantung pada identifikasi serta koreksi penyebab yang mendasarinya.

Upaya penatalaksanaan delirium pada lansia dilakukan melalui pendekatan bertahap yang disesuaikan dengan kondisi klinis pasien, dengan menempatkan intervensi nonfarmakologis sebagai terapi lini pertama. Pendekatan ini bertujuan untuk mengurangi keparahan gejala, mencegah komplikasi, serta mendukung pemulihan fungsi kognitif. Intervensi nonfarmakologis meliputi reorientasi pasien secara berkala, pemeliharaan dan pengaturan siklus tidur-bangun (*sleep hygiene*), koreksi gangguan sensorik melalui penggunaan alat bantu dengar dan kacamata, serta mobilisasi dini sesuai kemampuan dan kondisi medis pasien. Lingkungan perawatan yang kondusif dengan pencahayaan yang adekuat dan stimulasi yang minimal turut berperan dalam menunjang keberhasilan penatalaksanaan delirium pada lansia.⁹⁻¹⁶

Terapi farmakologis dipertimbangkan secara selektif apabila gejala delirium menimbulkan risiko terhadap keselamatan pasien atau lingkungan dan tidak dapat dikendalikan dengan pendekatan nonfarmakologis. Dalam kondisi

tersebut, antipsikotik dosis rendah dapat digunakan dengan prinsip kehati-hatian, dimulai dari dosis terendah dan diberikan dalam durasi sesingkat mungkin. Pada pasien lansia, penggunaan terapi farmakologis memerlukan pemantauan ketat terhadap kemungkinan efek samping, seperti sedasi berlebihan, gangguan ekstrapiramidal, serta gangguan kardiovaskular, sehingga pemilihan terapi harus mempertimbangkan keseimbangan antara manfaat dan risiko.⁵

Pencegahan delirium pada lansia merupakan komponen esensial dalam pelayanan geriatri karena delirium berkaitan dengan peningkatan morbiditas, mortalitas, serta penurunan fungsi kognitif dan fungsional jangka panjang. Upaya pencegahan terutama ditujukan pada kelompok lansia dengan risiko tinggi, khususnya pasien rawat inap, pascaoperasi, dan pasien dengan penyakit akut. Pendekatan preventif yang sistematis terbukti mampu menurunkan insidensi delirium serta memperbaiki luaran klinis pasien lanjut usia.⁸

Strategi pencegahan delirium difokuskan pada intervensi nonfarmakologis yang bertujuan mempertahankan fungsi kognitif dan kesadaran pasien. Intervensi tersebut meliputi reorientasi secara berkala terhadap waktu, tempat, dan orang, pemeliharaan siklus tidur-bangun yang fisiologis, serta modifikasi lingkungan agar mendukung orientasi dan kenyamanan pasien. Koreksi gangguan sensorik melalui penggunaan alat bantu penglihatan dan pendengaran, mobilisasi dini untuk mencegah imobilisasi berkepanjangan, serta pemenuhan kebutuhan hidrasi dan nutrisi juga berperan penting dalam menurunkan risiko terjadinya delirium pada lansia.⁸

Selain itu, pencegahan delirium mencakup optimalisasi penatalaksanaan medis melalui identifikasi dan koreksi faktor pencetus. Peninjauan penggunaan obat-obatan yang berpotensi menimbulkan delirium, seperti obat dengan efek antikolinergik, sedatif, dan benzodiazepin, perlu dilakukan secara berkala. Keterlibatan keluarga dalam perawatan pasien serta edukasi kepada tenaga kesehatan mengenai tanda-tanda awal delirium juga merupakan bagian dari pendekatan preventif yang komprehensif. Dengan penerapan strategi pencegahan yang multidisiplin dan berkesinambungan, kejadian delirium pada lansia dapat diminimalkan secara bermakna.⁵

HASIL

Berdasarkan hasil telaah berbagai jurnal dan penelitian mengenai delirium pada lanjut usia, ditemukan bahwa delirium merupakan salah satu komplikasi neurokognitif akut yang paling sering terjadi pada populasi geriatri, terutama pada pasien yang menjalani perawatan di rumah sakit, unit perawatan intensif, dan panti perawatan jangka panjang. Insidensi delirium dilaporkan lebih tinggi pada pasien lanjut usia yang memiliki penyakit kronis, gangguan kognitif sebelumnya, atau mengalami kondisi akut seperti infeksi dan pembedahan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor risiko yang paling sering berhubungan dengan kejadian delirium meliputi usia lanjut, demensia, gangguan penglihatan dan pendengaran, dehidrasi, malnutrisi, gangguan elektrolit, infeksi, penggunaan obat-obatan psikoaktif, serta imobilisasi berkepanjangan. Delirium juga lebih sering terjadi pada pasien pascaoperasi, terutama setelah operasi ortopedi dan bedah jantung.

Manifestasi klinis delirium bervariasi, mulai dari gangguan perhatian, disorientasi, gangguan memori, perubahan siklus tidur-bangun, hingga perubahan perilaku. Berdasarkan gejalanya, delirium dibedakan menjadi tipe hiperaktif, hipoaktif, dan campuran. Tipe hipoaktif sering kali tidak terdiagnosis karena gejalanya berupa penurunan aktivitas, apatis, dan mengantuk sehingga dianggap sebagai bagian normal dari proses penuaan atau penyakit lain yang mendasari.

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa deteksi dini menggunakan instrumen skrining seperti Confusion Assessment Method (CAM) dapat meningkatkan akurasi diagnosis. Selain itu, intervensi nonfarmakologis seperti orientasi ulang, mobilisasi dini, perbaikan kualitas tidur, koreksi gangguan sensorik, serta keterlibatan keluarga terbukti efektif dalam menurunkan angka kejadian dan mempercepat pemulihan delirium.

PEMBAHASAN

Delirium pada lanjut usia merupakan kondisi multifaktorial yang terjadi akibat interaksi antara kerentanan individu dan faktor pencetus akut. Proses penuaan menyebabkan berkurangnya cadangan fisiologis otak sehingga lansia lebih rentan mengalami gangguan fungsi kognitif ketika menghadapi stres fisik maupun psikologis. Kondisi ini menjelaskan mengapa infeksi ringan, dehidrasi, atau perubahan obat dapat memicu delirium pada kelompok usia lanjut.

Patofisiologi delirium belum sepenuhnya dipahami, namun berbagai penelitian menunjukkan keterlibatan gangguan neurotransmiter, terutama penurunan aktivitas asetilkolin dan peningkatan aktivitas dopamin. Selain itu, proses inflamasi sistemik yang menyebabkan peningkatan sitokin proinflamasi diduga berperan dalam mengganggu fungsi neuronal dan komunikasi antar sel saraf. Gangguan metabolik, hipoksia, dan stres oksidatif juga berkontribusi terhadap terjadinya delirium.

Tingginya angka kejadian delirium pada pasien dengan demensia menunjukkan adanya hubungan erat antara gangguan neurodegeneratif dan kerentanan terhadap perubahan fungsi otak akut. Delirium tidak hanya menyebabkan perburukan kondisi klinis selama perawatan, tetapi juga berhubungan dengan penurunan fungsi kognitif jangka panjang, peningkatan risiko institusionalisasi, serta meningkatnya angka kematian.

Pendekatan nonfarmakologis menjadi strategi utama dalam penatalaksanaan delirium karena terbukti aman dan efektif. Orientasi ulang secara berkala, penggunaan alat bantu dengar atauacamata, menjaga lingkungan yang tenang, serta mempertahankan pola tidur yang baik dapat membantu mengurangi keparahan gejala. Keterlibatan keluarga juga berperan penting dalam memberikan dukungan emosional dan membantu pasien mempertahankan orientasi terhadap lingkungan sekitar.

Penggunaan obat-obatan seperti antipsikotik hanya direkomendasikan pada kondisi tertentu, misalnya ketika pasien menunjukkan agitasi berat atau perilaku yang membahayakan diri sendiri maupun orang lain. Penggunaan obat harus dilakukan secara hati-hati mengingat lansia memiliki risiko lebih tinggi mengalami efek samping, termasuk gangguan jantung, sedasi berlebihan, dan jatuh.

Pencegahan delirium menjadi aspek penting dalam pelayanan geriatri. Identifikasi faktor risiko sejak awal, pemantauan status mental secara rutin, optimalisasi hidrasi dan nutrisi, serta pengurangan penggunaan obat-obatan yang berpotensi memicu delirium dapat menurunkan angka kejadian dan memperbaiki luaran klinis pasien.

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Delirium pada lansia merupakan sindrom neuropsikiatrik akut yang ditandai oleh gangguan kesadaran dan perhatian disertai perubahan fungsi kognitif yang berkembang secara cepat dan bersifat fluktuatif. Kejadian delirium muncul akibat interaksi kompleks antara penurunan cadangan fisiologis otak akibat proses penuaan dengan berbagai faktor pencetus medis maupun lingkungan, sehingga lansia memiliki kerentanan yang lebih tinggi terhadap gangguan kesadaran dan kognisi secara akut. Bentuk hipoaktif delirium sering sulit dikenali secara klinis, sedangkan bentuk hiperaktif dapat menimbulkan risiko terhadap keselamatan pasien bila tidak segera ditangani.

Delirium pada lansia berhubungan dengan luaran klinis yang buruk, termasuk peningkatan lama rawat inap, penurunan fungsi kognitif dan fungsional, risiko jatuh, serta peningkatan morbiditas dan mortalitas. Keberhasilan penatalaksanaan bergantung pada deteksi dini, identifikasi faktor pencetus, serta penerapan intervensi komprehensif dan multidisiplin. Pendekatan yang menekankan intervensi nonfarmakologis, modifikasi lingkungan, pemeliharaan siklus tidur–bangun, koreksi gangguan sensorik, mobilisasi dini, serta pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi dapat membantu memulihkan kondisi pasien. Terapi farmakologis hanya diberikan secara selektif dengan pertimbangan risiko dan manfaat secara tepat.

DAFTAR PUSTAKA

1. Tadung, F. P., & Mamuko, M. R. (2022). Pendamping Pastoral Bagi Kamum Lansia di Panti Werda Damai Ronomuut. *Jurnal Pastoral Konseling*, Vol. 3(2). 26 – 43.
2. Kuniarsih, E. & Pradana, A. A. (2022). Telaah Pengetahuan Keluarga Akan Kondisi Demensia Pada Lansia. *Jurnal Ilmu Kesehatan Dharmas Indonesia*. Vol. 02, No 1, Juni 2022. Es-ISSN 2807-8454.
3. Trisnowati, T. T., & Sunaryanti, B. (2023). Fungsi Kognitif Wanita Lanjut Usia Ditinjau dari Tipe Keluarga. *MAHESA : Malahayati Health Student Journal*, 3(3), 789–800.
4. Rasyid W., Mailita W., (2022). Screening dan Strategi Pencegahan Delirium Pada Lansia Di Puskesmas Andalas Padang. *Empowerment: Jurnal Pengabdian Masyarakat*. Volume 1 Nomor 2, 2022, hal. 168-171.
5. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Neurocognitive Disorders in Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry 11th ed.* Wolters Kluwer 2015(11):696-703
6. Lubis, M. Y. (2021). Delirium. Referat Kepaniteraan Klinik Senior Bagian Ilmu Jiwa RSU Haji Medan, Fakultas Kedokteran Universitas Malahayati.
7. Nasir, N., Yuliana, Y. V., & Adetya, S. (2024). Kegiatan fisik untuk mengatasi penurunan fungsi kognitif (demensia dan delirium) pada lansia di Sekolah



- Lansia Bahtera. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Bangsa*, 2(3), 674–676.
8. Inouye SK, Westendorp RGJ, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *The Lancet*. 2014;383(9920):911–922.
 9. Inouye SK, Robinson T, Blaum C, Busby-Whitehead J, Boustani M. Postoperative delirium in older adults: best practice statement from the American Geriatrics Society. *Journal of the American College of Surgeons*. 2015;220(2):136–148.
 10. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Pedoman Pelayanan Geriatri di Rumah Sakit*. Jakarta: Kemenkes RI; 2017.
 11. Meagher DJ. Motor subtypes of delirium: past, present and future. *Int Rev Psychiatry*. 2009;21(1):59–73. doi:10.1080/09540260802675460.
 12. FitzGerald AM. Delirium clinical motor subtypes: a narrative review of the literature and insights from neurobiology. *Aging & Mental Health*. 2017. DOI: 10.1080/13607863.2017.1310802
 13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. 5th ed. Washington, DC: APA; 2013.
 14. Inouye SK. Delirium in older persons. *N Engl J Med*. 2006;354:1157–1165.
 15. Fong TG, Tulebaev SR, Inouye SK. Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. *Nat Rev Neurol*. 2009;5(4):210–220
 16. Kaplan, Harold I, and Benjamin J. Sadock. *Comprehensive Textbook Of Psychiatry Vols. 1-2*. Williams & Wilkins Co. 2017.
 17. Cunningham, C., & MacLulich, A. M. J. (2023). Delirium. In *Cambridge Textbook of Neuroscience for Psychiatrists* (pp. 497–508). Cambridge University Press.