

Delirium akibat Proses Intrakranial pada Pasien dengan Melanoma Maligna Metastasis: Sebuah Laporan Kasus

Ida Aju Kusuma Wardani¹ | I Gusti Ayu Eka Arirahmayanti² | Ni Ketut Putri Ariani³ | I Made Wedastra⁴

^{1,2,3}Departement Psikiatri, Universitas Udayana, Denpasar, Indonesia

⁴Kelompok Staf Medis Jiwa, Rumah Sakit Jiwa Manah Shanti Mahottama, Bangli

Korespondensi: I Gusti Ayu Eka Arirahmayanti (arirahmayanti.24003@student.unud.ac.id)

Receive: 6 Mei 2026 | **Accepted:** 6 Juni 2026 | **Published:** 29 Juni 2026

Abstrak— Latar Belakang: Delirium merupakan sindrom neuropsikiatri akut yang sering dijumpai pada pasien dengan penyakit medis berat, termasuk keganasan stadium lanjut. Metastasis otak pada melanoma maligna memiliki insidensi yang tinggi (40-50%) dan sering memicu gangguan kognitif serta perilaku akibat efek massa, edema vasogenik, dan disregulasi neurotransmitter. Laporan kasus ini bertujuan untuk menganalisis diagnosis dan tatalaksana delirium hiperaktif pada pasien dengan metastasis melanoma maligna ke otak. **Laporan Kasus:** Seorang laki-laki berusia 51 tahun dirujuk dengan keluhan gelisah, bicara meracau, dan mengamuk sejak satu hari sebelum masuk rumah sakit. Pasien memiliki riwayat nyeri kepala progresif, mual, muntah, dan penurunan berat badan yang drastis. Pemeriksaan status mental menunjukkan kesadaran berkabut, disorientasi waktu dan tempat, serta halusinasi visual. Hasil MRI kepala menunjukkan multiple lesi solid intraaksial yang disertai edema vasogenik luas dan perdarahan intraserebral (*intracerebral hemorrhage*) pada lobus frontalis, temporalis, parietalis, dan oksipitalis. Hasil biopsi kelenjar getah bening inguinal mengonfirmasi diagnosis melanoma maligna Clark level V. Berdasarkan temuan klinis dan penunjang, pasien didiagnosis dengan Delirium akibat Proses Intrakranial (F05.8). **Penatalaksanaan:** Pasien mendapatkan tatalaksana farmakoterapi berupa Haloperidol (injeksi 2,5 mg IM untuk agitasi akut, dilanjutkan 0,5-1 mg oral malam hari) dan Deksametason intravena untuk mengatasi edema serebri. Intervensi non-farmakologis meliputi reorientasi realita secara persisten, modifikasi lingkungan, psikoterapi suportif, dan psikoedukasi mendalam kepada keluarga mengenai sifat organik dari gangguan perilaku pasien. **Simpulan:** Delirium pada kasus ini merupakan manifestasi langsung dari gangguan struktural dan neurokimia akibat metastasis melanoma maligna ke otak. Penatalaksanaan yang komprehensif melalui pendekatan farmakoterapi dan intervensi psikososial sangat penting untuk mengontrol gejala agitasi dan meningkatkan kualitas hidup pasien dalam fase perawatan paliatif.

Kata Kunci: Delirium; Melanoma Maligna; Metastasis Otak; Proses Intrakranial; Haloperidol.

I. Pendahuluan

Delirium merupakan sindrom neuropsikiatri akut yang sangat kompleks, ditandai oleh fluktuasi gangguan kesadaran, penurunan atensi yang signifikan, disfungsi kognitif global, serta kelainan persepsi. Berdasarkan Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), delirium bukanlah suatu entitas penyakit tunggal, melainkan sebuah manifestasi klinis non-spesifik yang timbul dari disfungsi serebral difus akibat kondisi medis yang mendasarinya [1]. Sindrom ini sering kali dipicu oleh berbagai kondisi medis umum yang berat, komplikasi neurologis akut, intoksikasi, atau sindrom putus zat. Di lingkungan klinis dan rumah sakit, delirium sangat sering dijumpai, terutama pada populasi yang rentan seperti pasien lanjut usia atau mereka yang menderita penyakit kronis terminal, termasuk pasien dengan keganasan [2]. Prevalensi delirium pada pasien kanker stadium lanjut sangat bervariasi, namun berbagai studi diperkirakan

angkanya dapat mencapai 25% hingga 85%, dengan insiden yang melonjak secara drastis pada hari-hari atau minggu-minggu menjelang akhir kehidupan (*end-of-life*). Tingginya angka kejadian ini menjadikannya salah satu kegawatdaruratan psikiatri yang paling menantang, baik di ruang gawat darurat, ruang perawatan intensif, maupun dalam ranah perawatan paliatif.

Salah satu pemicu organik delirium yang paling signifikan pada pasien onkologi adalah keterlibatan sistem saraf pusat, khususnya akibat metastasis tumor ke otak. Keganasan padat seperti kanker paru, kanker payudara, dan melanoma menyumbang persentase terbesar dari keseluruhan kasus metastasis serebral [3]. Secara spesifik, melanoma maligna merupakan jenis kanker kulit yang paling agresif dan memiliki kecenderungan bawaan (*tropisme*) yang sangat tinggi untuk menyebar secara hematogen ke jaringan otak. Data epidemiologis dan klinis menunjukkan bahwa sekitar 40% hingga 50% pasien dengan diagnosis melanoma stadium lanjut akan mengalami metastasis ke otak selama perjalanan

penyakitnya [4]. Kelangsungan hidup pasien dengan metastasis otak melanoma secara historis sangat buruk, yang turut memperumit prognosis secara keseluruhan dan membatasi opsi terapeutik yang tersedia.

Patofisiologi munculnya gejala neuropsikiatri, termasuk delirium, pada pasien dengan metastasis otak sangat kompleks, dinamis, dan multifaktorial. Secara makroskopis, lesi metastasis bertindak sebagai *Space Occupying Lesion* (SOL) yang menyebabkan efek massa kompresif pada struktur anatomi otak di sekitarnya. Hal ini sering kali diperburuk oleh edema vasogenik perifokal yang luas, yang terjadi akibat rusaknya sawar darah-otak (blood-brain barrier) di sekitar area neovaskularisasi tumor. Di samping itu, jaringan melanoma memiliki kecenderungan intrinsik yang tinggi untuk mengalami perdarahan intraleksi secara spontan. Perdarahan ini dapat memicu peningkatan tekanan intrakranial secara mendadak, menyebabkan iskemia lokal, dan memicu cedera neuronal akut [5]. Secara neurokimia, kerusakan arsitektur jaringan otak dan respons inflamasi sistemik yang diinduksi oleh proses keganasan secara langsung mengganggu keseimbangan neurotransmitter esensial di otak. Hipotesis utama terjadinya delirium menekankan pada terjadinya defisit neurotransmisi asetilkolin (kolinergik) serta hiperaktivitas sistem dopaminergik, yang memegang peranan krusial dalam mengatur mekanisme arousal, siklus tidur-bangun, serta pemrosesan informasi kognitif.

Manifestasi klinis delirium umumnya diklasifikasikan ke dalam tiga sub tipe motorik utama: hiperaktif, hipoaktif, dan campuran. Delirium hiperaktif, yang ditandai dengan agitasi psikomotor yang parah, kewaspadaan berlebih, dan perilaku agresif atau tidak kooperatif, sering kali menjadi alasan utama perlunya konsultasi psikiatri darurat. Hal ini dikarenakan risiko keselamatan yang membahayakan, baik bagi pasien sendiri (seperti mencabut jalur infus atau risiko jatuh) maupun staf medis yang merawat. Pengenalan dini dan penatalaksanaan delirium yang akurat sangatlah krusial. Delirium tidak hanya menandakan perburukan kondisi medis primer secara akut, tetapi juga secara independen dikaitkan dengan peningkatan morbiditas, perpanjangan durasi rawat inap di rumah sakit, dan laju mortalitas yang jauh lebih tinggi. Lebih jauh lagi, sindrom ini menyebabkan penderitaan psikologis yang mendalam dan penurunan kualitas hidup yang drastis bagi pasien, serta menimbulkan beban psikologis (*caregiver burden*) yang sangat besar bagi keluarga.

Mengelola delirium pada pasien dengan keganasan metastasis stadium lanjut membutuhkan pendekatan multidisiplin yang terkoordinasi erat, melibatkan kolaborasi sinergis antara psikiater, neurolog, onkolog, dan tim paliatif. Oleh karena tingginya urgensi klinis dan kompleksitas penanganan kasus semacam ini, laporan kasus ini bertujuan untuk menyajikan dan menganalisis secara mendalam seorang pasien laki-laki berusia 51 tahun yang mengalami episode delirium hiperaktif akut. Kondisi klinis pasien ini dipicu oleh komplikasi intrakranial multipel yang menekan lobus frontalis, temporalis, parietalis, dan oksipitalis, yang disertai perdarahan intraserebral akibat metastasis melanoma maligna. Melalui pemaparan kasus ini, diharapkan dapat memberikan wawasan klinis yang komprehensif mengenai pendekatan diagnostik, strategi farmakoterapi, serta intervensi psikososial yang holistik dalam merawat pasien dengan komorbiditas neuro-onkologi yang berat.

II. Presentasi Kasus

A. Studi Kasus

Seorang pasien laki-laki berusia 51 tahun, bersuku Bali dan beragama Hindu, yang sehari-harinya bekerja sebagai pedagang baju, dirujuk dari RS Garbamed ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUP Prof. I.G.N.G. Ngoerah. Pasien datang dengan keluhan utama berupa perilaku gelisah, agitasi psikomotor, dan riwayat mengamuk yang tidak dapat dikendalikan oleh keluarga.

B. Riwayat Penyakit Sekarang

Berdasarkan hasil heteroanamnesis yang diperoleh dari istri pasien, perubahan perilaku yang drastis ini memuncak sejak satu hari sebelum pasien masuk rumah sakit. Pasien mengalami agitasi yang ditandai dengan ketidakmampuan untuk tidur sama sekali, terus-menerus menggerak-gerakkan tangan secara purposeless, berbicara meracau (inkoheren), hingga akhirnya marah-marah dan mengamuk setibanya di IGD rumah sakit perujuk. Penelusuran riwayat lebih lanjut mengungkapkan bahwa sejak dua minggu sebelumnya, pasien mulai tampak linglung, sering berbicara tidak nyambung dengan konteks, dan sesekali terlihat berbicara sendiri seolah merespons stimulus yang tidak nyata. Pasien juga mengalami gangguan siklus tidur-bangun yang parah sejak satu bulan terakhir; ia hanya mampu tidur dalam durasi yang sangat singkat, sekitar 15 menit, lalu terbangun dan kesulitan untuk tertidur kembali. Keluhan psikiatrik ini didahului oleh gejala somatik neurologis berupa nyeri kepala kronis progresif sejak satu bulan terakhir. Awalnya, nyeri kepala dirasakan hilang timbul dan masih responsif terhadap analgetik over-the-counter. Namun, dalam satu minggu terakhir, intensitas nyeri memburuk secara signifikan, muncul setiap hari dengan pola nyeri holokranial yang memberat pada dini hari. Akibat intensitas nyeri yang tidak tertahankan, pasien sering tertangkap memukul-mukul kepalanya sendiri. Gejala tekanan intrakranial ini disertai dengan keluhan mual yang persisten, riwayat muntah proyektil satu kali, serta anoreksia yang berujung pada penurunan berat badan yang drastis dalam enam bulan terakhir.

C. Riwayat Penyakit Dahulu dan Kepribadian

Keluarga menyangkal adanya riwayat gangguan psikiatrik sebelumnya. Beberapa bulan sebelumnya, pasien menyadari adanya benjolan pada area inguinal kiri yang belum sempat dibiopsi. Pasien memiliki riwayat merokok satu bungkus per minggu, tanpa riwayat penyalahgunaan alkohol maupun NAPZA. Secara kepribadian premorbid, pasien dikenal memiliki ciri anankastik; berwatak keras kepala, sangat teliti, tegas, dan menyukai keteraturan. Saat menghadapi masalah, ia cenderung merepresi perasaannya dengan bersikap diam terlebih dahulu sebelum menceritakannya dan terkadang pasien akan merokok untuk melepaskan stresnya.

D. Pemeriksaan Status Mental

Pada pemeriksaan tanggal 6 April 2026, didapatkan penampilan tidak wajar, kontak verbal cukup, kontak visual kurang. Pasien tampak gelisah, sering menggerakkan tubuh, dan berusaha bangun dari tempat tidur. Kesadaran berkabut dengan disorientasi waktu dan tempat, namun masih mengenali keluarga. Mood dan afek disforik, serasi. Arus pikir inkoheren dengan preokupasi ingin pulang. Terdapat kesan halusinasi auditorik dan visual. Pemeriksaan kognitif

menunjukkan gangguan atensi, konsentrasi, memori jangka segera dan pendek, serta pikiran abstrak. Tilikan derajat 1.

E. Pemeriksaan Fisik dan Neurologis

Status present: tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 90x/menit, respirasi 24x/menit, suhu 36,5°C. Pemeriksaan neurologis: GCS E4V4M6, refleks Babinski positif bilateral.

F. Pemeriksaan Penunjang

Skor *Confusion Assessment Method* (CAM) positif dengan skor 3, Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) +3 pada awal perawatan.

CT Scan kepala tanpa kontras (5 April 2026) menunjukkan lesi hiperdens di parieto-occipital kiri yang mengesankan SOL serebri disertai edema vasogenik. MRI kepala dengan kontras dan spektroskopi (10 April 2026) menunjukkan: (1) *late subacute to chronic intracerebral hemorrhage* pada occipital kiri disertai perifokal edema; (2) multiple lesi solid heterogen intraaxial supratentorial pada lobus frontalis bilateral dan temporalis kanan, sugestif metastasis; (3) multiple lesi solid intraaxial dengan komponen perdarahan pada frontalis, parietal, dan temporal kiri, sugestif metastasis.

USG inguinal bilateral menunjukkan multiple lymphadenopathy regio inguinal sinistra sugestif limfoma. Hasil biopsi KGB inguinal sinistra (10 April 2026) menunjukkan melanoma maligna Clark level V, pT1a (T stage Breslow).

G. Pemeriksaan Lainnya

Tes *House-Tree-Person* menggambarkan individu dengan fungsi ego yang cukup baik, kebutuhan akan keamanan emosional, serta kecenderungan berhati-hati dalam mengekspresikan diri. Tes *Wartegg* menunjukkan cara berpikir realistik dan terorganisir dengan regulasi emosi yang cukup baik namun cenderung menahan ekspresi emosi.

III. Hasil Pembahasan

A. Formulasi Diagnostik

Berdasarkan Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia Edisi III (PPDGJ-III) [6] serta merujuk pada kriteria *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) [1] pasien dalam kasus ini memenuhi kriteria diagnostik komprehensif untuk sindrom Delirium. Penegakan diagnosis ini didasarkan pada temuan klinis yang mencakup: (1) Adanya gangguan kesadaran dan perhatian yang nyata, ditandai dengan berkabutnya sensorium pasien, kesulitan memusatkan, mempertahankan, dan mengalihkan atensi selama wawancara; (2) Gangguan kognitif global, yang termanifestasi sebagai disorientasi waktu dan tempat, defisit memori jangka segera dan pendek, serta inkoherenesi dalam arus pikir; (3) Gangguan psikomotor, bermanifestasi sebagai agitasi hiperaktif, kegelisahan, dan perilaku mengamuk; (4) Gangguan siklus tidur-bangun, berupa insomnia berat hingga hilangnya arsitektur tidur normal; (5) Gangguan emosional yang labil, ditandai dengan afek dan mood yang disforik; serta (6) Perjalanan penyakit yang berawal secara akut (dalam hitungan hari hingga minggu) dengan fluktuasi keparahan gejala sepanjang hari. Secara etiologis, terdapat bukti medis yang jelas (dari riwayat penyakit, pemeriksaan fisik neurologis, dan neuroimaging) bahwa gangguan ini merupakan konsekuensi fisiologis langsung dari kondisi medis umum, yaitu *Space Occupying*

Lesion (SOL) serebri multipel. Secara etiologis, terdapat bukti medis penunjang yang kuat bahwa gangguan ini merupakan konsekuensi fisiologis langsung dari kondisi medis organik berupa *multiple* SOL serebri akibat metastasis tumor yang menyebabkan ensefalopati fokal dan difus [7]. Diagnosis utama yang ditegakkan adalah Delirium akibat Kondisi Medis Umum (Proses Intrakranial) dengan kodifikasi F05.8 [6].

B. Diagnosis Multiaksial

Aksis I: Delirium akibat Proses Intrakranial (F05.8). Sindrom klinis utama yang menjadi fokus intervensi psikiatrik saat ini.

Aksis II: Ciri Kepribadian Anankastik. Secara premorbid, pasien memiliki karakteristik kepribadian yang kaku, perfeksionis, dan terobsesi pada keteraturan. Mekanisme pertahanan ego yang paling dominan digunakan adalah represi, sublimasi, dan proyeksi.

Aksis III: SOL Serebri multipel ec suspek metastasis Melanoma Maligna; Multiple lymphadenopathy regio inguinal sinistra; Leukositosis. Ini merepresentasikan etiologi organik yang mendasari munculnya keluhan psikiatrik.

Aksis IV: Masalah yang berhubungan dengan kondisi fisik dan medis akut (penyakit terminal dengan metastasis serebral) yang memberikan ancaman signifikan terhadap kelangsungan hidup pasien.

Aksis V: *Skala Global Assessment of Functioning* (GAF) saat masuk rumah sakit berada di angka 20-11, yang mengindikasikan adanya bahaya mencederai diri sendiri atau orang lain, serta disabilitas yang sangat berat dalam komunikasi dan perawatan diri dasar. GAF tertinggi dalam satu tahun terakhir diperkirakan pada angka 90-81, menunjukkan bahwa pasien sebelumnya berfungsi dengan sangat baik.

C. Formulasi Psikodinamika

Secara holistik, patogenesis munculnya simptom psikiatri pada pasien ini dijelaskan secara dominan melalui paradigma organobiologis. Adanya lesi metastasis yang luas pada struktur otak krusial (lobus frontalis, temporalis, parietalis, oksipitalis) merusak integritas sirkuit saraf. Keterlibatan lobus frontal secara langsung mendegradasi fungsi eksekutif, kontrol impuls, dan *judgement*, yang menjelaskan mengapa pasien menjadi agresif dan tidak kooperatif. Sementara itu, kompresi pada lobus temporal dan oksipital berkontribusi kuat terhadap disfungsi memori dan munculnya halusinasi visual maupun auditorik [7].

Dari tinjauan psikodinamika, pasien memiliki fondasi kepribadian premorbid anankastik. Dalam keadaan sehat, kepribadian ini ditopang oleh fungsi ego yang matur dan terorganisir dengan baik, yang memungkinkannya berfungsi optimal sebagai kepala keluarga dan pedagang. Akan tetapi, invasi tumor intrakranial memicu disintegrasi hebat pada *barrier* ego pasien. Kemampuan *reality testing* menjadi kolaps, sehingga pasien tidak lagi mampu membedakan antara impuls internal dan realitas eksternal. Terjadi regresi psikologis yang masif; mekanisme pertahanan yang biasanya adaptif luntur, digantikan oleh respons perilaku yang primitif dan tidak terarah. Faktor sosiokultural tidak memicu penyakit ini, melainkan sistem pendukung keluarga (istri yang kooperatif) bertindak sebagai tameng protektif selama fase perawatan dan rehabilitasi.

IV. Penatalaksanaan

Tatalaksana pasien dengan delirium akibat penyerta medis berat membutuhkan pendekatan holistik, multimodal, dan terkoordinasi antar-disiplin ilmu (psikiatri, neurologi, bedah onkologi, dan perawatan paliatif). Tujuan tatalaksana utama terbagi menjadi dua: mengamankan perilaku pasien secara simtomatis dan menangani kausa organik yang mendasari.

A. Terapi Farmakologis

Untuk mengatasi agitasi psikomotor akut dan gejala psikotik (delirium hiperaktif), pasien diberikan antipsikotik tipikal *high-potency*, yakni injeksi Haloperidol 2,5 mg intramuskular sebagai rescue dose di hari pertama perawatan. Haloperidol diberikan karena efektivitasnya dalam memblokir reseptor dopamin D2 di sistem mesolimbik, dengan risiko depresi pernapasan atau hipotensi yang relatif minimal, menjadikannya pilihan aman untuk pasien dengan hemodinamik rentan atau komplikasi kranial. Setelah agitasi mereda, rute pemberian diubah menjadi terapi rumatan per oral sebesar 1 mg setiap malam (untuk membantu sinkronisasi ulang siklus tidur-bangun). Dosis ini kemudian dititrasikan turun (*tapering*) menjadi 0,5 mg per oral malam hari saat pasien dipulangkan, guna meminimalisasi risiko efek samping ekstrapiramidal kronis [11, 12].

Di samping psikofarmaka, tatalaksana spesifik untuk komplikasi neuro-onkologi diberikan oleh disiplin terkait. Mengingat tingginya tekanan intrakranial akibat edema vasogenik di sekitar tumor serebral, pasien diresepkan kortikosteroid intravena berupa Deksametason (loading dose 20 mg, dilanjutkan 5 mg setiap 6 jam). Deksametason sangat krusial untuk menstabilkan *blood-brain barrier* dan menurunkan permeabilitas kapiler, yang pada gilirannya mengurangi edema serebri dan meringankan gejala sekunder delirium. Pasien juga menerima Parasetamol 1000 mg tiap 8 jam untuk manajemen nyeri kepala holokranial, Omeprazole 40 mg intravena untuk profilaksis ulkus stres, dan rehidrasi cairan fisiologis NaCl 0,9%.

B. Psikoterapi dan Intervensi Lingkungan

Pasien diberikan psikoterapi suportif yang berfokus pada teknik stabilisasi emosi dan reorientasi realita. Sesi komunikasi dilakukan menggunakan kalimat pendek, jelas, lambat, dan bernada netral untuk menghindari kebingungan tambahan pada otak pasien yang mengalami overload kognitif. Reorientasi dilakukan secara persisten: memeriksa dan merawat secara teratur menyebutkan nama pasien, menjelaskan lokasi rumah sakit, menunjukkan indikator waktu, serta mengingatkan mengapa ia dirawat. Modifikasi lingkungan juga diterapkan, seperti membatasi kebisingan, menyediakan pencahayaan yang adekuat pada siang hari untuk mencegah ilusi visual, namun diredupkan di malam hari demi mendukung regulasi ritme sirkadian [2, 13].

C. Psikoedukasi Keluarga

Peran *caregiver* sangat vital dalam manajemen delirium. Istri dan keluarga dekat diberikan psikoedukasi mendalam mengenai sifat delirium. Dijelaskan bahwa kemarahan, inkohärensi, dan halusinasi yang dialami pasien bukanlah gangguan kejiwaan permanen, melainkan "reaksi kebingungan organik sementara" akibat tekanan pada otak oleh metastasis tumor. Keluarga diajarkan cara merespons tanpa bersikap konfrontatif, yakni dengan tidak berdebat apabila pasien melantur, melainkan memberikan validasi emosional yang

lembut dan mengarahkannya kembali ke realitas. Keluarga juga dilatih untuk melakukan *close-monitoring* guna mencegah pasien melakukan pencabutan alat medis secara impulsif [11].

V. Diskusi

Intervensi nonfarmakologis yang meliputi reorientasi, Kasus delirium pada penderita keganasan stadium lanjut, seperti yang diobservasi pada pasien ini, merupakan salah satu komplikasi neuro-onkologi yang paling umum sekaligus membawa implikasi prognostik yang berat. Manifestasi delirium dalam kasus ini bukan sekadar disregulasi kognitif primer, melainkan akibat langsung dari proses metastasis destruktif Melanoma Maligna ke sistem saraf pusat. Menurut literatur yang ada, melanoma menempati peringkat ketiga tertinggi di antara semua tumor padat dalam hal kecenderungan (*tropisme*) untuk menyebar ke otak, hanya berada di bawah kanker paru dan payudara [3]. Data klinis juga menunjukkan bahwa kejadian metastasis serebral pada pasien melanoma berkisar di angka 40% hingga 50%, yang mana kemunculannya menandai transisi menuju fase paliatif terminal [5, 8].

Patofisiologi yang menjelaskan transisi dari metastasis ke delirium hiperaktif berakar pada kombinasi trauma mekanik dan kekacauan neurokimia. Kehadiran massa tumor yang multipel di berbagai lobus otak secara mekanis menekan arsitektur neuron di sekitarnya. Lebih jauh lagi, melanoma memiliki vaskularisasi yang rentan, sehingga sangat sering memicu perdarahan intralesi (sebagaimana dikonfirmasi oleh temuan late subacute intracerebral hemorrhage pada pasien). Kombinasi antara perdarahan spontan, inflamasi sistemik (ditandai dengan leukositosis dan pelepasan sitokin akibat invasi tumor), serta edema vasogenik masif, menyebabkan disregulasi jalur neurotransmiter secara akut. Terjadi defisit berat pada sistem kolinergik (yang mengatur kewaspadaan dan pemusatan perhatian) serta pelepasan dopamin yang berlebihan (hiperdopaminergik), yang secara langsung memicu gejala agitasi motorik, delusi, dan inkohärensi pikir yang terlihat pada pasien [9].

Pasien ini menunjukkan profil delirium subtipe hiperaktif, yang sering kali membutuhkan intervensi kedokteran jiwa darurat. Subtipe hiperaktif, meskipun prevalensinya lebih rendah daripada subtipe hipoaktif pada populasi kanker, lebih mudah didiagnosis namun jauh lebih berisiko menimbulkan trauma fisik, baik berupa ekstraksi kateter intravena secara paksa maupun risiko jatuh [10].

Tatalaksana farmakologis lini pertama menggunakan haloperidol pada kasus ini telah sesuai dengan rekomendasi dari berbagai panduan praktik klinis internasional untuk delirium pada populasi paliatif [11]. Haloperidol mengantagonis hiperaktivitas dopamin tanpa menekan pusat pernapasan—sebuah parameter krusial bagi pasien dengan keterlibatan intrakranial. Dosis rendah hingga sedang umumnya dianjurkan guna mengurangi risiko komplikasi kardiovaskular (pemanjangan interval QTc) dan gejala ekstrapiramidal, yang selaras dengan pendekatan kehati-hatian pada kasus geriatri dan kondisi komorbid berat [12].

Pada akhirnya, walaupun intervensi psikiatrik berhasil mengontrol gejala delirium hiperaktif dan mengembalikan kualitas tidur pasien secara parsial, prognosis kelangsungan hidup pasien sangat ditentukan oleh patologi onkologis utamanya. Keganasan dengan metastasis serebral multipel dan perdarahan intra-aksial membawa prognosis jangka panjang

yang fausta ad malam. Dalam konteks klinis ini, fokus perawatan multidisiplin beralih dari kuratif absolut menuju perawatan suportif-paliatif. Oleh karena itu, memastikan pengendalian agitasi, meminimalisasi penderitaan (distress) mental melalui obat-obatan dan modifikasi lingkungan yang aman, serta mempertahankan komunikasi bermakna antara pasien dan keluarganya selama sisa hidupnya, merupakan indikator utama keberhasilan penatalaksanaan klinis [2, 13]

Ucapan Terima Kasih

Dibawakan pada Pertemuan Ilmiah Bagian Kedokteran Jiwa Fakultas Kedokteran Universitas Udayana Denpasar, 19 Mei 2026 dengan Pembimbing Dr. Ida Aju Kusuma Wardani, dr., Sp.K.J., Subsp.K.L.(K), MARS

Dokter Residen yang sedang mengikuti Program Pendidikan Dokter Spesialis 1 Program Studi Kedokteran Jiwa.

Referensi

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013
- [2] Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet*. 2014;383(9920):911-22.
- [3] Nayak L, Lee EQ, Wen PY. Epidemiology of brain metastases. *Curr Oncol Rep*. 2012;14(1):48-54.
- [4] Davies MA, Liu P, McIntyre S, Kim KB, Papadopoulos N, Hwu WJ, et al. Prognostic factors for survival in melanoma patients with brain metastases. *Cancer*. 2011;117(8):1687-96.
- [5] Lawlor PG, Bush SH. Delirium in patients with cancer: assessment, impact, mechanisms and management. *Nat Rev Clin Oncol*. 2015;12(2):77-92.
- [6] Maslim R. Buku saku diagnosis gangguan jiwa: rujukan ringkas dari PPDGJ-III dan DSM-5. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK-Unika Atma Jaya; 2013.
- [7] David AS, Fleminger S, Kopelman MD, Lovestone S, Mellers JDC. Lishman's organic psychiatry: a textbook of neuropsychiatry. 4th ed. Chichester: Wiley-Blackwell; 2009.
- [8] Fife KM, Colman MH, Stevens GN, Firth IC, Moon D, Shannon KF, et al. Determinants of outcome in melanoma patients with cerebral metastases. *J Clin Oncol*. 2004;22(7):1293-300.
- [9] Meagher DJ, Trzepacz PT. Motoric subtypes of delirium. *Semin Clin Neuropsychiatry*. 2000;5(2):75-85.
- [10] Fang CK, Chen HW, Liu SI, Lin CJ, Tsai LY, Lai YL. Prevalence, detection and treatment of delirium in terminal cancer inpatients: a prospective survey. *Jpn J Clin Oncol*. 2008;38(1):56-63.
- [11] Caraceni A, Grassi L. Delirium: acute confusional states in palliative medicine. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2011.
- [12] Breitbart W, Alici Y. Agitation and delirium at the end of life: "We couldn't manage him". *JAMA*. 2008;300(24):2898-910.
- [13] Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015.