



Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia
(PGI)

Konsensus Nasional Penatalaksanaan Konstipasi Di Indonesia

2010

Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia
(PGI)

**KONSENSUS NASIONAL
PENATALAKSANAAN
KONSTIPASI
DI INDONESIA**

Editor:

dr. Marcellus Simadibrata K, PhD, SpPD-KGEH

dr. H. Dadang Makmun, SpPD-KGEH

dr. H. Murdani Abdullah, SpPD-KGEH

dr. H. Ari Fahrial Syam, MMB, SpPD-KGEH

dr. Achmad Fauzi, SpPD-KGEH

2010

Konsensus Nasional Penatalaksanaan Konstipasi di Indonesia

© 2010 *Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia (PGI)*

viii + 20 hal

14,8 x 21 cm

ISBN No. : 978-979-15573-6-8

Hak Cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak, mencetak dan menerbitkan sebagian atau seluruh isi buku ini dengan cara dan dalam bentuk apapun juga tanpa seijin dari penulis dan penerbit.

Kata Pengantar

Buku ini merupakan hasil konsensus para pakar gastroenterologi di Indonesia mengenai penatalaksanaan konstipasi yang ada di Indonesia.

Semua hal tentang definisi, etiologi, diagnosis dan penatalaksanaan konstipasi sudah pernah dibahas dalam konsensus tahun 2006. Sehubungan dengan hadirnya berbagai pengetahuan yang baru terkait definisi, patofisiologi, diagnosis dan penatalaksanaan konstipasi, maka dilakukanlah perbaikan-perbaikan dalam konsensus tahun 2010 ini.

Konsensus penatalaksanaan konstipasi tahun 2010 di Indonesia ini tetap dibuat berdasarkan *evidence based medicine*, sehingga cukup berbobot digunakan sebagai rujukan para Dokter di Indonesia dalam menangani kasus-kasus konstipasi dalam praktek sehari-hari. Diharapkan dengan adanya buku konsensus ini, para Dokter dapat lebih meningkatkan pelayanannya kepada pasien-pasien konstipasi.

Kepada seluruh peserta konsensus yang telah meluangkan waktunya dalam penyusunan konsensus penatalaksanaan konstipasi tahun 2010 ini, kami mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya. Tidak lupa juga terima kasih kami kepada PT. Danone Indonesia, yang telah menjadi sponsor dan membantu sepenuhnya hingga terbitnya konsensus ini.

Kami merasa bahwa buku konsensus penatalaksanaan konstipasi ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu, tentu saja kritik dan saran dari teman sejawat sangat kami hargai.

Akhirnya dengan memanjatkan puji syukur ke hadirat Allah SWT atas karunia-Nya, kami persembahkan buku konsensus penatalaksanaan konstipasi ini. Semoga buku ini bermanfaat bagi sejawat di Indonesia.

Jakarta, 30 Oktober 2010

Tim Editor

Sambutan Ketua Pengurus Besar Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia (PB PGI)

Konstipasi merupakan keluhan yang sering ditemukan dalam praktek sehari-hari, dapat mengenai kelompok usia muda maupun orang tua. Dewasa ini angka kejadiannya dirasakan semakin meningkat, namun sebagian besar pasien telah mencoba untuk mengobati sendiri dengan obat-obatan yang tersedia di pasaran dan sering tidak tepat.

Di lain pihak, pengetahuan serta kewaspadaan para praktisi medis baik dokter umum maupun dokter spesialis terhadap konstipasi ini dirasakan belum merata, sehingga tidak jarang pasien datang dengan komplikasi yang lebih berat.

Oleh karena itu, Pengurus Besar Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia (PB PGI) memandang perlu untuk menyusun sebuah Konsensus Nasional Penatalaksanaan Konstipasi di Indonesia yang diharapkan akan menjadi pedoman bagi para dokter dalam penatalaksanaan pasien-pasien dengan konstipasi pada praktek sehari-hari, sehingga tercapai hasil yang optimal.

Dewasa ini, muncul data-data baru tentang definisi, patofisiologi, diagnosis, dan penatalaksanaan konstipasi sehingga PB PGI merasa perlu melakukan revisi dari konsensus yang telah ada.

Tidak lupa pada kesempatan ini PB PGI mengucapkan terima kasih kepada PT. Danone Indonesia yang telah membantu sepenuhnya acara penyusunan Konsensus Nasional Penatalaksanaan Konstipasi di Indonesia ini. Semoga dengan disusunnya buku konsensus ini dapat bermanfaat bagi para praktisi medis di Indonesia dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat pada umumnya.

Jakarta, Oktober 2010

Pengurus Besar
Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia

dr. H. Chudahman Manan, Sp.PD-KGEH
Ketua

Susunan Panitia Pelaksana Penyusunan Konsensus Konstipasi

- Penasehat : dr. H. Chudahman Manan, Sp.PD-KGEH
(Ketua Pengurus Besar Perkumpulan Gastroenterologi
Indonesia / PGI)
- Ketua : dr. H. Dadang Makmun, SpPD-KGEH
- Sekretaris : dr. H. Ari Fahrial Syam, MMB, SpPD-KGEH
- Seksi Ilmiah : dr. Marcellus Simadibrata K, PhD, SpPD-KGEH
dr. H. Murdani Abdullah, SpPD-KGEH
- Seksi Acara : dr. Achmad Fauzi, SpPD-KGEH
- Akomodasi, Logistik,
Publikasi & Transportasi : PT. Danone Indonesia dan Centra Communications

DAFTAR ISI

Kata Pengantar Editor.....	iii
Sambutan Ketua Pengurus Besar Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia (PB PGI).....	iv
Susunan Panitia Pelaksana Penyusunan Konsensus Konstipasi.....	v
I. Pendahuluan.....	1
II. Definisi.....	2
III. Epidemiologi.....	3
IV. Faktor Risiko.....	3
V. Patofisiologi	
5.1. Konstipasi Primer.....	4
5.2. Konstipasi Sekunder.....	4
VI. Diagnosis	
6.1. Anamnesis.....	6
6.2. Pemeriksaan Fisik.....	7
6.3. Penilaian Bentuk dan Konsistensi Feses.....	7
6.4. Pemeriksaan Penunjang.....	8
VII. Komplikasi Konstipasi Kronik.....	8
VIII. Penatalaksanaan.....	8
Lampiran 1. Algoritma Penatalaksanaan Konstipasi Pada Pelayanan Kesehatan Lini Pertama.....	11
Lampiran 2. Algoritma Penatalaksanaan Konstipasi Pada Pusat Pelayanan Kesehatan yang Lebih Lengkap.....	12
Lampiran 3. Algoritma Penatalaksanaan Konstipasi dengan Waktu Transit Normal.....	13
Lampiran 4. Algoritma Penatalaksanaan Konstipasi dengan Waktu Transit Lambat.....	14
Lampiran 5. Algoritma Penatalaksanaan untuk Disfungsi Anorektal.....	15
Lampiran 6. Obat-obatan yang Digunakan dalam Terapi Konstipasi.....	16
Lampiran 7. Daftar Hadir Penyusunan Konsensus Nasional Penatalaksanaan Konstipasi di Indonesia 2010.....	18
Kepustakaan.....	19

I. Pendahuluan

Konstipasi sebagaimana orang awam sering menyebutnya sebagai sembelit, merupakan suatu gangguan yang sering dialami oleh sebagian besar orang. Konstipasi sebenarnya bukanlah suatu penyakit, melainkan hanya sebagai gejala (simtom) yang ditandai dengan frekuensi buang air besar yang kurang dari tiga kali dalam seminggu atau kesulitan buang air besar akibat feses yang keras. Pada sebagian orang, konstipasi bahkan sudah menjadi suatu gangguan yang rutin sehingga dianggap sebagai hal yang biasa. Tetapi di sisi lain, konstipasi merupakan suatu keadaan yang tidak normal yang tanpa disadari akan menghambat aktivitas sehari-hari, hingga pada akhirnya dapat mempengaruhi kualitas hidup secara bermakna.

Angka kejadian konstipasi dirasakan semakin meningkat dari tahun ke tahun sejalan dengan makin bertambahnya kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan serta makin meningkatnya kemajuan di bidang teknologi kedokteran, khususnya studi tentang motilitas saluran cerna yang dapat meningkatkan kemampuan diagnostik serta penatalaksanaan konstipasi secara umum. Di lain pihak, pengetahuan serta kemampuan para praktisi medis dalam menegakkan diagnosis konstipasi serta kemampuan akan penatalaksanaan yang paripurna pada pasien konstipasi belum merata. Begitu pula penyediaan sarana penunjang diagnostik yang tidak sama antara satu daerah dengan daerah lainnya.

Oleh sebab itu PB PGI pada tahun 2006 telah menyusun sebuah Konsensus Nasional Penatalaksanaan Konstipasi di Indonesia yang diharapkan dapat menjadi pedoman bagi para dokter dalam penatalaksanaan pasien konstipasi, khususnya pada pasien dewasa. Namun pengetahuan tentang konstipasi terus berkembang serta muncul data-data terkini mengenai definisi, patofisiologi, diagnosis, dan penatalaksanaan konstipasi. Hal inilah yang mendorong PB PGI melakukan revisi dalam buku konsensus tersebut. Tentu saja dalam penyusunan konsensus tersebut, mengacu pula pada berbagai konsensus sejenis yang disusun oleh berbagai sentra medis di dunia yang pada umumnya didasarkan pada *evidence based medicine*.

II. Definisi

Konstipasi adalah gejala defekasi yang tidak memuaskan, yang ditandai dengan buang air besar kurang dari 3x dalam 1 minggu atau kesulitan dalam evakuasi feces akibat feces yang keras.

Konstipasi adalah suatu simtom/gejala klinis, bukan suatu penyakit.

Definisi konstipasi berdasarkan *World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines 2007*, dibedakan berdasarkan keluhan yang dialami pasien (*patient's view*) dan penilaian klinis (*clinical view*).

Penilaian pasien dapat berbeda-beda, namun sebagian menganggapnya sama dengan istilah mengejan (52%), sementara sebagian lain menganggapnya sebagai feces yang keras dan seperti pelet (*pellet-like stools*) (44%), atau ketidakmampuan defekasi walaupun ada dorongan untuk berdefekasi (34%), maupun defekasi yang jarang (33%)

Sedangkan dari penilaian klinis terdapat 2 sistem kriteria, yaitu kriteria konstipasi fungsional dan IBS tipe konstipasi, sesuai dengan kriteria Rome III sebagai berikut:

Irritable Bowel Syndrome

Nyeri atau rasa tidak nyaman* di perut yang berulang sekurang-kurangnya 3 hari/bulan dalam 3 bulan terakhir dan berkaitan dengan dua atau lebih hal-hal berikut:

1. Membaik dengan defekasi
2. Onset berkaitan dengan perubahan frekuensi buang air besar
3. Onset berkaitan dengan perubahan bentuk (penampilan) feces

Kriteria terpenuhi selama 3 bulan terakhir dengan onset gejala sekurang-kurangnya 6 bulan sebelum diagnosis ditegakkan.

* "Rasa tidak nyaman" diartikan sebagai suatu sensasi tidak nyaman yang tidak dapat dideskripsikan sebagai nyeri.

Dalam penelitian patofisiologi dan percobaan klinis, frekuensi nyeri/ rasa tidak nyaman sekurang-kurangnya 2 hari dalam seminggu selama evaluasi skrining direkomendasikan sebagai subyek yang memenuhi syarat.

Konstipasi Fungsional

1. Harus mencakup dua atau lebih keadaan berikut:
 - a. Mengejan selama 25% defekasi atau lebih
 - b. Feces yang keras pada 25% defekasi atau lebih
 - c. Perasaan tidak lampias saat BAB pada 25% defekasi atau lebih
 - d. Perasaan adanya hambatan pada dubur pada 25% defekasi atau lebih
 - e. Evakuasi feces secara manual pada 25% defekasi atau lebih

- f. BAB kurang dari 3 kali/minggu
2. Sangat jarang buang air besar tanpa menggunakan laksansia
3. Tidak memenuhi kriteria irritable bowel syndrome (IBS)

Kriteria terpenuhi selama 3 bulan terakhir dengan gejala awal sekurang-kurangnya 6 bulan sebelum diagnosis.

III. Epidemiologi

Konstipasi merupakan keluhan yang sering terjadi terutama pada populasi di negara-negara barat. Di Amerika Serikat prevalensi konstipasi berkisar 2 – 27% dengan sekitar 2,5 juta kunjungan ke dokter dan hampir 100.000 perawatan per tahunnya.

Suatu survei pada penduduk berusia lebih dari 60 tahun di beberapa kota di Cina menunjukkan insiden konstipasi yang tinggi, yaitu antara 15 – 20%. Laporan lain dari suatu studi secara acak pada penduduk usia 18 – 70 tahun di Beijing memperlihatkan insiden konstipasi sekitar 6,07% dengan rasio antara pria dan wanita sebesar 1 : 4.

Angka kejadian konstipasi semakin meningkat dengan adanya perubahan komposisi diet masyarakat serta pengaruh faktor-faktor sosiopsikologik.

Data di RSCM Jakarta selama kurun waktu tahun 1998 – 2005, dari 2.397 pemeriksaan kolonoskopi, 216 diantaranya (9%) atas indikasi konstipasi, wanita lebih banyak dari pria. Dari semua yang menjalani pemeriksaan kolonoskopi atas indikasi konstipasi, 7,95% ditemukan keganasan kolorektal.

IV. Faktor Risiko

Yang merupakan faktor risiko untuk terjadinya konstipasi adalah:

- Jenis kelamin
Terdapat perbedaan data dari laporan beberapa negara. Berdasarkan laporan WGO, pada kasus konstipasi fungsional, wanita lebih sering daripada pria.
- Usia lebih dari 40 tahun
- Baru menjalani pembedahan abdominal atau perianal/panggul
- Hamil tua
- Aktivitas fisik yang kurang
- Tidak adekuatnya asupan air dan serat
- Obat-obatan (polifarmasi), terutama pada pasien-pasien usia lanjut
- Penyalahgunaan laksansia
- Ada faktor komorbid (lihat Tabel 1 dan Tabel 2)
- Pasien dalam keadaan terminal
- Perjalanan (*traveling*)

- Riwayat konstipasi kronik
- *Idiopathic slow-transit constipation* dan inersia kolon, terutama terjadi pada wanita muda dibawah usia 25 tahun.
- Faktor psikologi

V. Patofisiologi

Patofisiologi konstipasi dibagi menjadi konstipasi primer dan sekunder. Konstipasi primer merupakan konstipasi dimana pada pemeriksaan tidak ditemukan adanya kelainan organik dan biokimiawi, sedangkan konstipasi sekunder merupakan konstipasi yang disebabkan oleh suatu penyakit organik / kondisi lain.

V.1.Konstipasi Primer

Konstipasi primer dapat diklasifikasikan menjadi 3 kelompok:

- Konstipasi dengan waktu transit normal (konstipasi fungsional)
- Konstipasi dengan waktu transit lambat
- Disfungsi anorektal

a. Konstipasi dengan waktu transit normal (*normal transit constipation*)

- Tipe ini paling umum ditemukan.
- Konstipasi disebabkan oleh sulitnya evakuasi feses yang keras.
- Gejalanya antara lain: kembung, rasa tak nyaman pada perut.

b. Konstipasi dengan waktu transit lambat (*slow transit constipation*)

- Tipe ini lebih sering ditemukan pada wanita muda.
- Gejala-gejalanya antara lain: kembung, rasa tak nyaman pada perut, tidak ada sensasi keinginan buang air besar.

c. Disfungsi Anorektal (disfungsi dasar panggul)

- Terjadi disinergi otot-otot dasar panggul dan sfingter ani, atau terdapat struktur abnormal pada anorektal (misalnya intusussepsi rektum, rektokel)
- Gejalanya: defekasi dengan mengejan, impaksi fekal, perlunya evakuasi feses secara manual. Bila ada nyeri berkepanjangan umumnya berhubungan dengan adanya hemoroid dan fisura ani.

V.2. Konstipasi Sekunder

Adalah konstipasi yang disebabkan penyakit atau keadaan lain, sebagaimana tercantum dalam tabel berikut.

Tabel 1. Penyakit atau Keadaan yang Menyebabkan Konstipasi
<p>Ekstrinsik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurang serat dan air

- Ketidakseimbangan flora usus
- Mengabaikan rangsangan untuk defekasi

Obstruksi mekanik

- Kanker kolon
- Kompresi eksternal dari lesi maligna
- Striktur: divertikular atau pasca iskemik
- Rektokel (bila besar)
- Abnormalitas pasca bedah
- Megakolon
- Fisura ani

Kondisi Metabolik

- Diabetes Melitus
- Hipotiroid
- Hiperkalsemia
- Hipokalemia
- Hipomagnesemia
- Uremia
- Keracunan logam berat

Miopati

- Amiloidosis
- Skleroderma

Neuropati

- Penyakit Parkinson
- Trauma medula spinalis atau tumor
- Penyakit serebrovaskular
- Multipel sklerosis
- Aganglionosis (*Hirschprung's disease*)

Kondisi lainnya

- Depresi
- Penyakit sendi degeneratif
- Neuropati otonom
- Gangguan kognitif
- Imobilitas

Tabel 2. Obat-obatan yang Dapat Menyebabkan Konstipasi

Kelas	Contoh
Obat yang diresepkan	
<ul style="list-style-type: none"> • Opiat 	Morfin, kodein, doveri

<ul style="list-style-type: none"> • Antikolinergik • Antidepresan trisiklik • <i>Calcium Channel Blocker</i> • Obat antiparkinson • Simpatomimetik • Antipsikotik <ul style="list-style-type: none"> • Diuretik • Antihistamin 	Clidinium, beladona Amitriptilin, nortriptilin Verapamil hidroklorida Amantadin hidroklorida Efedrin, terbutalin Klorpromazin Furosemid Difenhidramin
Obat-obat bebas	
<ul style="list-style-type: none"> • Antasida • Suplemen kalsium • Suplemen besi • Obat antidiare • NSAID 	Khususnya yang mengandung aluminium Loperamide, atapulgit Ibuprofen

VI. Diagnosis

Dalam menegakkan diagnosis konstipasi, evaluasi dilakukan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, serta identifikasi ada tidaknya tanda alarm yang mengharuskan eksplorasi penyebab organik secepatnya.

VI.1. Anamnesis

- Karakteristik konstipasi (frekuensi, sensasi rektum, kesulitan selama defekasi, konsistensi feses)
- Gejala gastrointestinal lain yang menyertai
- Penyakit penyerta (Tabel 1)
- Penggunaan obat-obatan (Tabel 2)
- Nutrisi: asupan serat dan cairan yang kurang
- Imobilisasi dan aktifitas fisik yang kurang

Tanda Alarm:

- Hematokezia
- Massa abdominal
- Riwayat keganasan kolorektal dan IBD dalam keluarga
- Penurunan berat badan yang bermakna
- Anoreksia
- Mual dan muntah kronik

- Konstipasi terjadi pertama kali dan semakin memburuk
- Konstipasi akut pada usia lanjut
- Anemia yang tidak jelas penyebabnya

VI.2. Pemeriksaan Fisik








Pemeriksaan fisik dilakukan secara sistematis, meliputi:

- Tanda-tanda vital dan status gizi
- Pemeriksaan abdomen:
 - Inspeksi: jaringan parut bekas operasi, distensi perut
 - Palpasi-perkusi: massa abdomen, tanda-tanda akut abdomen
 - Auskultasi: bising usus
- Pemeriksaan anorektal (colok dubur):
 - Kondisi sfingter
 - Keberadaan dan keadaan tinja
 - Kelainan-kelainan anorektal: striktur, hemoroid, prolaps rekti, tumor, dan lain-lain
- Evaluasi neurologik

VI.3. Penilaian Bentuk dan Konsistensi Feses

Pemeriksaan bentuk dan konsistensi feses sesuai dengan *Bristol Stool Chart*, dapat digunakan untuk memprediksi waktu transit.

Bristol Stool Chart

Type 1		<i>Separate hard lumps, like nuts (hard to pass)</i>
Type 2		<i>Sausage-shaped but lumpy</i>
Type 3		<i>Like a sausage but with cracks on its surface</i>
Type 4		<i>Like a sausage or snake, smooth and soft</i>
Type 5		<i>Soft blobs with clear-cut edges (passed easily)</i>
Type 6		<i>Fluffy pieces with ragged edges, a mushy stool</i>
Type 7		<i>Watery, no solid pieces Entirely Liquid</i>

Gambar 1. *Bristol Stool Chart* (University of Bristol, Scand J Gastroenterol, 1997)

VI.4. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang dilakukan sesuai dengan kebutuhan dalam menegakkan penyebab konstipasi. Pemeriksaan penunjang yang diperlukan, antara lain:

- Pemeriksaan Laboratorium
 - Hemoglobin, hematokrit, trombosit, leukosit, hitung jenis, urinalisis, analisa tinja, glukosa, elektrolit (Na, K, Cl, Ca), tes fungsi tiroid
- Radiologi: foto polos abdomen, barium enema, CT kolonografi
- Kolonoskopi
- Pemeriksaan fisiologis kolorektal
 - *Colonic transit test*
 - Manometri anorektal
- *Baloon expulsion test* dan defekografi

VII. Komplikasi Konstipasi Kronik

- Prolaps rekti
- Perdarahan hemoroid
- Fisura ani
- Impaksi feses yang dapat menyebabkan obstruksi kolon atau ulkus rektum (*stercoraceous ulcer*) sehingga dapat menimbulkan perdarahan / perforasi
- Infeksi saluran kemih berulang karena kompresi ureter akibat skibala

VIII. Penatalaksanaan

1. Penderita konstipasi perlu mendapatkan terapi komprehensif untuk sedapat mungkin mengembalikan fungsi defekasi yang fisiologis termasuk mempertimbangkan penyebab dari konstipasi.
2. Pada pasien konstipasi kronik yang tidak menunjukkan tanda alarm, usia <40 tahun, tidak ditemukan kelainan pada pemeriksaan colok dubur dan diduga tidak ada konstipasi sekunder, terapi empirik dapat dimulai.
3. Terapi empirik terdiri dari terapi non farmakologis dan terapi farmakologis.
 - 3.a. Terapi non-farmakologis (modifikasi gaya hidup):
 - Edukasi mengenai konstipasi
 - Meningkatkan konsumsi makanan berserat dan minum air yang cukup (minimal 30-50 cc/kgBB/hari untuk orang dewasa sehat dengan aktivitas normal)
 - Mengonsumsi probiotik (strain *Bifidobacterium* sp. seperti *Bifidobacterium animalis lactis* DN-173 010, misalnya **ACTIVIA™**)
 - Meningkatkan aktivitas fisik
 - Mengatur kebiasaan defekasi:

- Menghindari mengejan
 - Membiasakan buang air besar setelah makan (melatih refleks *post-prandial bowel movement*) atau waktu yang dianggap sesuai dan cukup.
 - Menghindari obat-obatan yang dapat menyebabkan konstipasi.
- 3.b. Terapi farmakologis*
- A. Laksatif
1. *Bulk laxative*: psyllium, plantago ovata, *methyl cellulose*
 2. *Osmotic laxative*:
 - a. *saline laxative*: magnesium hidroksida, sodium fosfat
 - b. disakarida yang tak diserap: laktulosa
 - c. *sugar alcohol*: sorbitol, manitol
 - d. *polyethylen glycol* (PEG)
 3. *Stimulant laxative*: bisacodyl (misalnya: **DULCOLAX®**), *castor oil*, *sodium picosulfat*, *stool softener (dioctyl sodium sulfosuccinate)*.
 4. Rektal enema/suppositoria: bisacodyl (misalnya: **DULCOLAX®**), fosfat enema
 5. Lubiproston (*specific CIC-2 chloride channel activator*)**
- B. Non-laksatif
- Prokinetik

*Untuk dosis-dosis lebih lengkap lihat pada lampiran.

**Saat konsensus dibuat belum beredar di Indonesia

Terapi empirik ini dievaluasi selama 2-4 minggu. Bila tidak ada perbaikan maka harus dilakukan investigasi lebih lanjut.

4. Pada *slow transit constipation*, dianjurkan digunakan terapi kombinasi laksatif stimulan dan prokinetik, selain terapi non-farmakologis.
5. Pasien dengan disfungsi anorektal (disfungsi dasar panggul), selain dengan pengobatan non farmakologis dan laksatif, dapat dianjurkan untuk diberikan terapi *biofeedback* atau injeksi toksin botulinum tipe A ke dalam otot puborektalis.
6. Pada konstipasi sekunder, selain mengatasi konstipasi, terapi ditujukan terhadap penyakit yang mendasarinya.
7. Terapi operatif dipertimbangkan untuk konstipasi yang tidak responsif terhadap berbagai terapi medikamentosa, dengan syarat tanpa kelainan anorektal.

Kondisi tertentu:

- Usia lanjut
- Kehamilan dan menyusui
- Pasien diabetes
- Perawatan paliatif/terminal

Usia Lanjut

Masalah utama yang dialami usia lanjut adalah kurangnya mobilitas dan polifarmasi. Pengobatannya sama dengan usia muda, dengan penekanan pada gaya hidup dan diet/probiotik (*Bifidobacterium animalis laktis* DN-173 010 misalnya **ACTIVIA™**). Untuk pasien usia lanjut yang mobilisasinya kurang, lebih baik menggunakan *stimulant laxative* dibandingkan *bulking agents*. Sangat penting untuk mencoba menghentikan penggunaan obat-obatan yang dapat menimbulkan konstipasi.

Kehamilan dan Menyusui

Menggunakan makanan yang berserat tinggi, meningkatkan jumlah air yang diminum, dan senam hamil sebagai pilihan utama. Laksatif dapat digunakan jika hal-hal di atas Obat-obat hanya digunakan dalam jangka pendek. Keamanan obat merupakan hal yang sangat penting diperhatikan dalam kehamilan. Senna dianggap aman pada dosis normal namun memerlukan perhatian khusus pada kehamilan dengan risiko tinggi. *Bulking agents* diduga lebih aman dibandingkan *stimulant laxative*. *Bulking agents* dan laktulosa tidak diserap di usus sehingga aman bagi ibu hamil dan menyusui. Senna, pada dosis besar akan disekresi pada ASI dan dapat menyebabkan diare dan kolik pada bayi.

Pasien diabetes

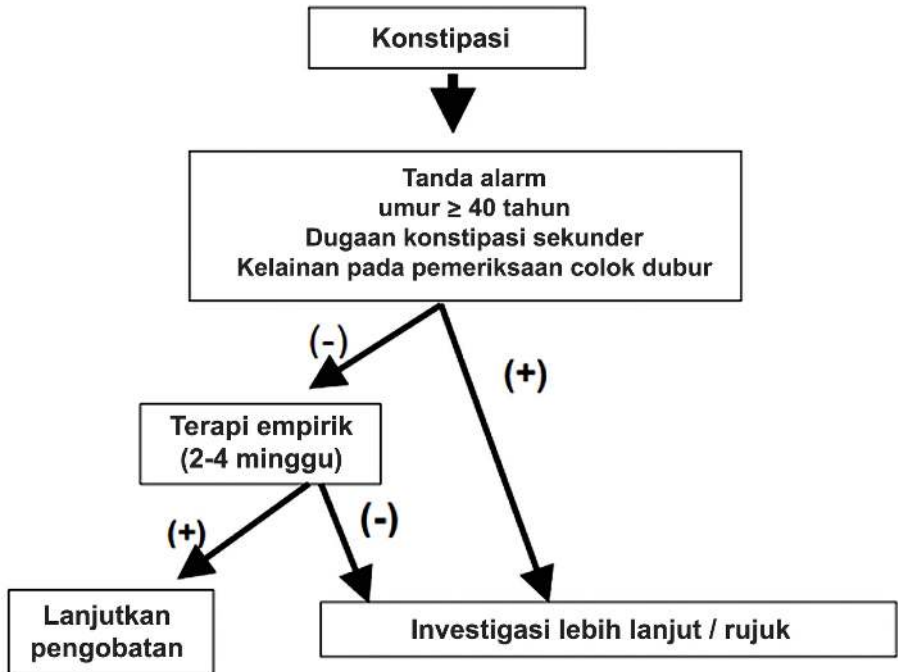
Bulking agents aman dan bermanfaat pada pasien-pasien diabetes yang tidak dapat meningkatkan asupan makanan berserat. Penggunaan laksatif yang mengandung laktulosa dan sorbitol dapat meningkatkan kadar glukosa darah.

Perawatan paliatif/terminal

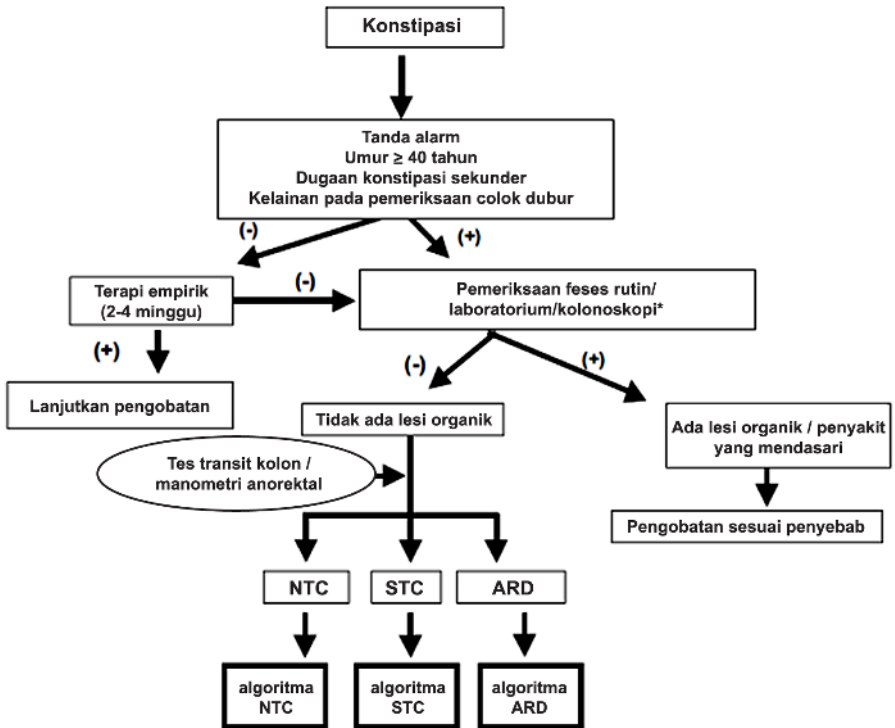
Pencegahan konstipasi sangat penting pada pasien terminal. Rehidrasi dan pemberian profilaksis laksatif suppositoria sangat penting pada pasien-pasien terminal dengan kesulitan asupan oral/enteral serta adanya gangguan pasase usus. Jika ditemukan massa feses yang mengeras dan rektum penuh, direkomendasikan klisma dengan gliserin, atau docusate suppositoria. Jika feses lunak, *stimulant laxative* seperti senna atau bisacodyl (misalnya: **DULCOLAX®**), dapat digunakan. Laktulosa dapat digunakan sebagai pengobatan alternatif namun dapat menyebabkan terjadinya perut kembung dan kemungkinan terjadinya hipotensi postural (pergeseran cairan ke dalam lumen usus).

Lampiran 1.

Algoritma Penatalaksanaan Konstipasi Pada Pelayanan Kesehatan Lini Pertama



Lampiran 2. Algoritma Penatalaksanaan Konstipasi Pada Pusat Pelayanan Kesehatan yang Lebih Lengkap

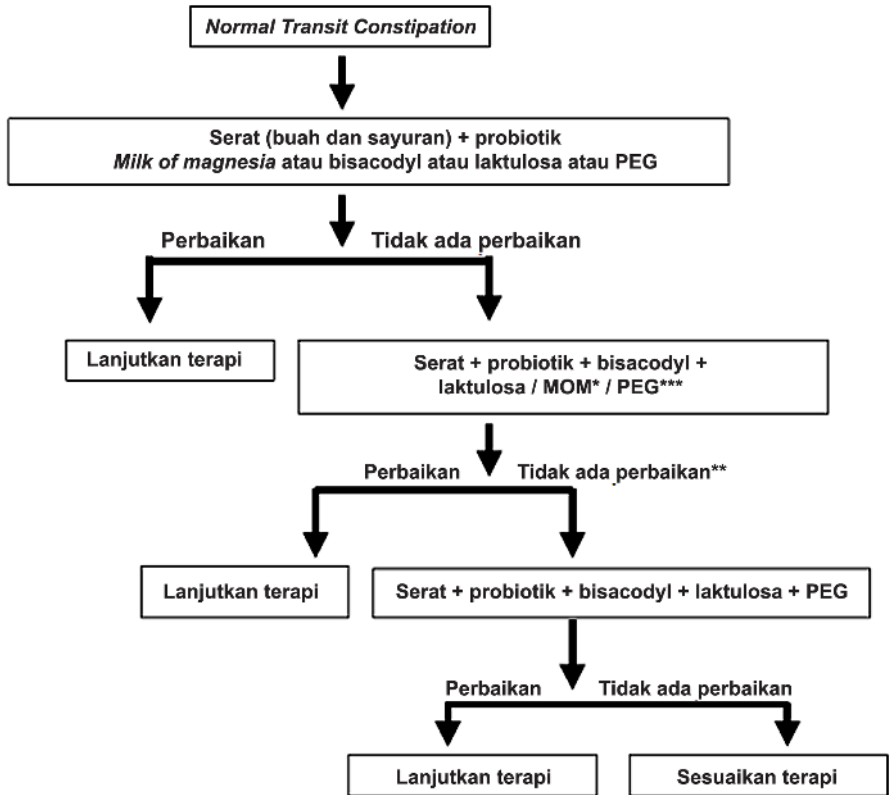


Catatan:
 NTC = Normal Transit Constipation
 STC = Slow Transit Constipation
 ARD = Anorectal dysfunction

* Jika belum ada fasilitas endoskopi atau terdapat kontraindikasi tindakan kolonoskopi, dapat dilakukan pemeriksaan barium enema.

Lampiran 3.

Algoritma Penatalaksanaan Konstipasi dengan Waktu Transit Normal (*Normal Transit Constipation*)



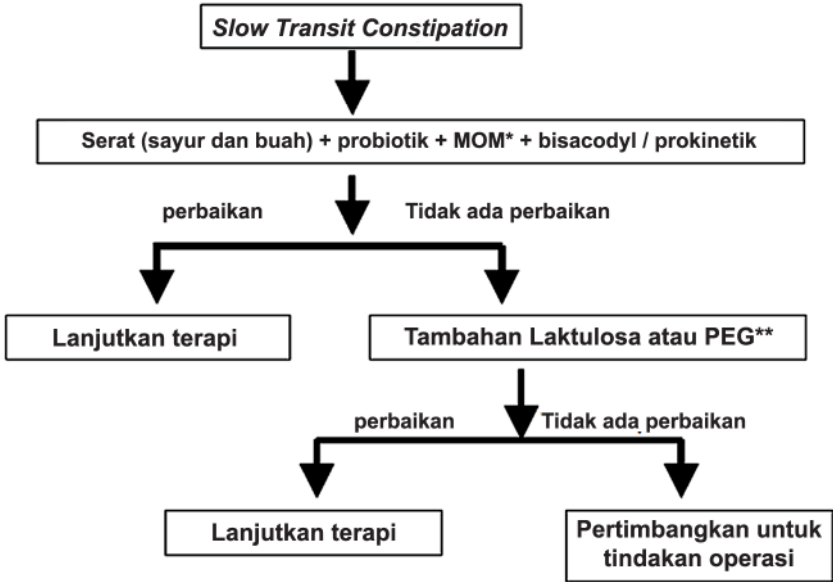
* *Milk of magnesia*

** sangat jarang terjadi

*** Polyethylene glycol

Lampiran 4.

Algoritma Penatalaksanaan Konstipasi dengan Waktu Transit Lambat (*Slow Transit Constipation*)

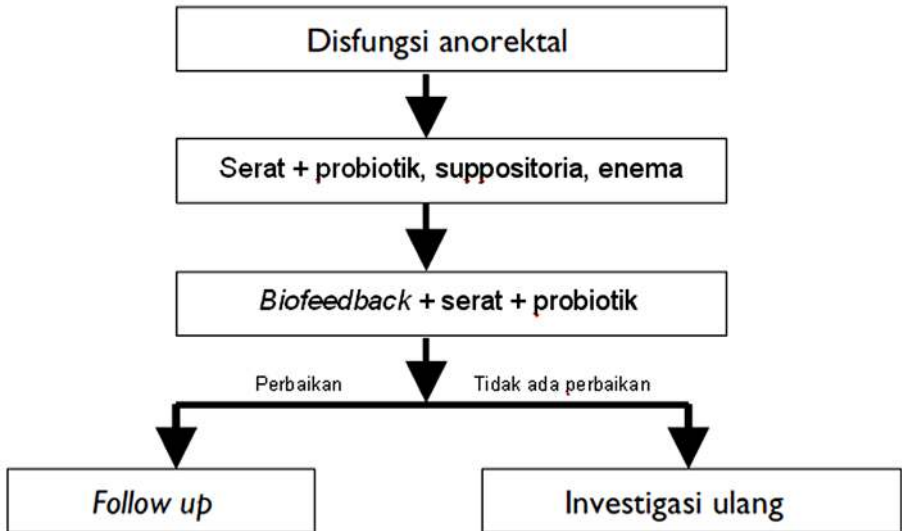


* Milk of magnesia

** Poly ethylene glycol

Lampiran 5.

Algoritma Penatalaksanaan untuk Disfungsi Anorektal



Lampiran 6.

Obat-obatan yang Digunakan Dalam Terapi Konstipasi

Jenis obat	Dosis lazim
<p>1. Bulk laxative <i>psyllium</i> <i>plantago ovata</i> <i>methylcellulose</i></p>	<p><i>Bulk powder</i>: 1 sendok teh dalam 240 cc cairan, per oral, 1-3 kali/hari 3,25 gr dalam 150 cc cairan per os, 1-3 kali/hari 1 sendok makan dalam 240 cc air dingin, per os, 1-3 kali/hari</p>
Jenis obat	Dosis lazim
<p>2. Laksatif osmotik <i>Saline laxative</i> <i>magnesium hidroksida (milk of magnesia)</i> <i>(monobasic) sodium phosphate</i> Disakarida yang tak diserap Laktulosa (10 g/15 ml) (suspensi oral) (misal Dulcolactol®) <i>Sugar alcohol</i> Sorbitol (5 g/sachet) Manitol 1-2 kali 15-30 ml/hari <i>Polyethylene glycol (PEG)</i></p>	<p>Sediaan 400 mg/5 ml (oral susp) → 30-60 ml/hari per os, dengan cairan Sediaan 2,4gr/5 ml: → 20 ml/hari per os Inisial: 15-45 ml/hari per os, 1x atau terbagi Rumatan: 10-25 ml/hari per os Dosis maks: 60 ml/hari 2 sachet per os sebelum tidur dan 1 sachet sebelum sarapan <i>Bulk powder</i>: 1 sendok makan (17 g) dalam 240 ml cairan, sekali sehari. Rekomendasi durasi maksimal < 2 minggu</p>
Jenis obat	Dosis lazim
<p>3. Laksatif stimulan bisacodyl (tab 5 mg) (misal Dulcolax®) <i>Senna-fiber</i> <i>castor oil</i></p>	<p>1-2 tab sekali sehari sebelum tidur -- 15-60 ml sehari</p>

<i>Sodium picosulphate</i> (misal Laxoberon [®])	tab 8 mg: 1-2 tab per os sebelum tidur sirup (4 mg/5 ml): 10-20 ml per os sebelum tidur
<i>dioctyl sodium sulfosuccinate</i>	2 kali 100 mg/hari
Jenis obat	Dosis lazim
4. Rectal enema / suppositoria	
<i>phosphate enema</i>	120 ml/hari
bisacodyl (misal Dulcolax [®] supp 10 mg)	1 supp rektal per hari
5. Prokinetik	

Lampiran 7.

Daftar Hadir Penyusun Konsensus Konstipasi 2010

No.	Nama	Cabang	Tanda Tangan
1.	dr. Fauzi Yusuf, SpPD-KGEH	Banda Aceh	
2.	dr. Leonardo Basa Dairy, SpPD-KGEH	Medan	
3.	dr. Andi Zainal, SpPD-KGEH	Pekanbaru	
4.	Prof. Dr. dr. Nasrul Zubir, SpPD-KGEH, FINASIM	Padang	
5.	dr. Suyata, SpPD-KGEH	Palembang	
6.	dr. Ali Imron Yusuf, SpPD-KGEH Bandar	Lampung	
7.	dr. Dharmika Djojoningrat, SpPD-KGEH	Jakarta	
8.	Prof. Dr. dr. Daldiyono, SpPD-KGEH	Jakarta	
9.	Prof. dr. H. A Aziz Rani, SpPD-KGEH	Jakarta	
10.	dr. H. Chudahman Manan, SpPD-KGEH	Jakarta	
11.	dr. Marcellus S, PhD, SpPD-KGEH, FACG, FINASIM	Jakarta	
12.	dr. H. Dadang Makmun, SpPD-KGEH	Jakarta	
13.	Dr. dr. Murdani Abdullah, SpPD-KGEH	Jakarta	
14.	dr. Ari Fahrial Syam, MMB, SpPD-KGEH	Jakarta	
15.	dr. Achmad Fauzi, SpPD-KGEH	Jakarta	
16.	dr. Hery Djagat Purnomo, SpPD-KGEH	Semarang	
17.	dr. Putut Bayupurnama, SpPD-KGEH	Yogyakarta	
18.	dr. Trianta Yuli Pramana, SpPD-KGEH	Surakarta	
19.	dr. Ahmad Soefyani, SpPD-KGEH	Banjarmasin	
20.	dr. Lianda Siregar, SpPD-KGEH	Samarinda	
21.	dr. B. J. Waleleng, SpPD-KGEH	Manado	
22.	Prof. dr. H A M Akil, SpPD-KGEH	Makassar	

Kepustakaan:

1. Chinese Society of Gastroenterology and Chinese Medical Association. Consensus of the guide lines for the diagnosis and treatment of chronic constipation. *Chinese Journal of Digestive Diseases* 2004 ; 5 :134 -137
2. Ramkumar D, Raos. Efficacy and safety of traditional medical therapies for chronic constipation: systematic review. *Am J Gastroenterol* 2005 ; 100 : 936 -971
3. Higgins P, Johanson JF. Epidemiology of constipation in North America: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2004; 92: 750 -759.
4. An evidence-based approach to the management of chronic constipation in North America. *Am J Gastroenterol* 2005; 100: S1.
5. Brandt LJ, Prather CM, Quigley EM, Schiller LR, Schonfeld P, Talley NJ. Systematic review on the management of chronic constipation in North America. *Am J Gastroenterol* 100, S1, 2005.
6. Hsieh C. Treatment of constipation in older adults. *Am Fam Physician* 2005; 72: 2277-2284.
7. Bleser S, Bruntor S, Carmichael B, Olden K, Rasch R, Steege J. Management of chronic constipation, recommendation from a consensus panel. *Suppl J Fam Practice* 2005; 691-698.
8. Horn SK, Vix JM, Schuijt C, Peil H, Jordan C, Kamm MA. Efficacy and safety of bisacodyl in the acute treatment of constipation: a double blind, randomized, placebo-controlled study. *Aliment Pharmacol Ther* 2006; 23: 1479-1488.
9. Lembo A, Camilleri R. Current Concept: Chronic constipation. *N Eng J Med* 2003; 349:1360- 1368.
10. Schiller LR. Review Article: The therapy of constipation. *Aliment Pharmacol Ther* 2001; 15: 749- 761.
11. Grieve J. The prevention and management of constipation in older adults in a residential aged care facility. *Int J Evid Based Health* 2006; 4: 46-53
12. Lissner SM, Kamm MA, Scarpignato C, Wald A. Myths and misconceptions about chronic constipation. *Am J Gastroenterol* 2005; 100: 232-242.
13. American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Medical Position Statement: Guidelines on constipation. *Gastroenterology* 2000; 119:1761-1778.
14. Roberts M, Millikan RC, Galanko JA, Martin C, Sandler RS. Constipation, laxatives use, and colon cancer in a North Carolina Population. *Am J Gastroenterol* 2003; 98: 857-864.
15. Talley NJ, Jones M, Nuyts G, Dubois D. Risk factors for chronic constipation based on general practice sample. *Am J Gastroenterol* 2003; 98: 1108-1111.
16. Voderhalzer WA, Morena MA, Schindlbeck NE. The influence of bisacodyl on human colon motility in vitro. *Gastroenterology* 2000; 118: suppl2. page 1.
17. World Gastroenterology Organisation. World Gastroenterology Organisation Practise Guidelines: Constipation 2007: 1-10
18. World Gastroenterology Organisation. Irritable bowel syndrome: a global perspective. World Gastroenterology Organisation Global Guideline. April 20, 2009: 1-20
19. Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scand. J. Gastroenterol.* 1997; 32 (9): 920-4.

Kami mengucapkan terima kasih atas dukungan
dan kerjasama dari



PT. Danone Indonesia



Bifidobacterium animalis lactis DN-173 010

