

Konstipasi pada Kehamilan

Ligat Pribadi Sembiring*

ABSTRACT

Constipation is a condition often found in pregnant women and can lead to various complications. Based on pathophysiology, constipation can be classified into constipation due to structural abnormalities and functional constipation. Constipation in pregnant women is classified as the functional constipation caused by hormonal factors, changes in diet, growth of fetus, decrease in physical activities and the position of the defecation. The management of constipation during pregnancy take precedence on non pharmacological therapy. Pharmacological therapy (laxatives) that can be used is the bulk-forming agents and osmotic laxatives, however, they are only when absolutely necessary and are not for long term use. The reasons are to avoid dehydration and electrolyte imbalance in pregnant women.

Keywords: constipation, pregnancy, non pharmacological therapy, laxatives.

Kata konstipasi atau *constipation* berasal dari bahasa Latin *constipare* yang berarti bergerombol bersama menyusun menjadi menggumpal padat / keras.¹ Konstipasi bukanlah merupakan suatu penyakit melainkan suatu gejala, biasanya penderita mengeluhkan: proses mengedan terlalu kuat (52%), tinja yang keras seperti batu (44%), ketidakmampuan defekasi saat diinginkan (34%) dan defekasi yang jarang (33%).²

Konstipasi merupakan suatu keadaan yang sering ditemukan di dalam masyarakat, pada umumnya dihubungkan dengan kurangnya konsumsi serat, kurang minum dan kurangnya aktifitas fisik. Pemakaian obat-obatan dan gejala depresi juga dihubungkan dengan terjadinya konstipasi. Di negara barat kejadian konstipasi 2-27%, dimana prevalensinya lebih banyak pada wanita daripada pria, non kulit putih daripada kulit putih dan orang tua daripada dewasa muda. Kehamilan merupakan salah satu faktor penyebab sistemik untuk terjadinya konstipasi atau susah buang air besar.¹⁻³

Diperkirakan 11-38% wanita hamil pernah mengalami konstipasi.⁴ Keluhan yang paling umum adalah mengedan terlalu kuat, tinja yang keras dan rasa pengeluaran tinja yang tidak komplit. Resiko konstipasi pada wanita hamil semakin besar jika sudah mempunyai riwayat konstipasi sebelumnya dan riwayat konsumsi suplemen besi.⁵ Prevalensi konstipasi hampir sama antara trimester pertama, kedua dan ketiga selama kehamilan.^{5,6} Tidak ada perbedaan bermakna antara kelas sosioekonomi bawah, menengah dan atas.⁷

PATOFISIOLOGI

Berdasarkan patofisiologinya konstipasi dapat diklasifikasikan menjadi konstipasi akibat kelainan struktural dan konstipasi fungsional. Konstipasi akibat kelainan struktural terjadi melalui proses obstruksi aliran tinja, sedangkan konstipasi fungsional berhubungan dengan gangguan motilitas kolon atau anorektal.¹

Konstipasi pada wanita hamil umumnya merupakan konstipasi fungsional. Ada beberapa faktor mengapa wanita hamil mengalami konstipasi yakni: faktor hormonal, perubahan diet, pertumbuhan janin dan aktifitas fisik. Riwayat posisi saat defekasi juga menjadi resiko untuk timbulnya konstipasi.⁸⁻¹²

* Penulis untuk korespondensi. Alamat: Bagian Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Riau Jl. Diponegoro No 1 Telp 0761-839264 ext 209

Pada wanita hamil terjadi perubahan hormonal yang drastis yakni peningkatan progesteron selama kehamilan. Progesteron akan menyebabkan otot-otot relaksasi untuk memberi tempat janin berkembang. Relaksasi otot ini juga mengenai otot usus sehingga akan menurunkan motilitas usus yang pada akhirnya menyebabkan konstipasi (*slow-transit constipation*). Disamping itu selama kehamilan tubuh menahan cairan, absorpsi cairan di usus meningkat sehingga isi usus cenderung kering dan keras yang memudahkan terjadinya konstipasi.⁷

Perubahan diet pada wanita hamil berkontribusi untuk terjadinya konstipasi. Gejala mual muntah pada trimester pertama disertai asupan makanan khususnya minuman yang berkurang akan mempengaruhi proses defekasinya. Semakin besar kehamilan biasanya wanita hamil cenderung mengurangi asupan cairan. Komposisi makanan yang cenderung berupa susu dan daging / ikan tanpa disertai cukup makanan yang kaya serat akan memperbesar resiko terjadinya konstipasi. Begitu juga pemberian suplemen besi dan kalsium selama kehamilan merupakan faktor resiko terjadinya konstipasi.^{7,8}

Uterus yang semakin membesar seiring dengan perkembangan janin pada wanita hamil akan memberikan tekanan pada usus besar dengan akibat evakuasi tinja terhambat. Semakin besar kehamilan maka semakin besar tekanan pada usus besar sehingga semakin mudah terjadinya konstipasi.⁷

Aktifitas fisik yang cukup akan memperbaiki motilitas pencernaan termasuk usus dengan

memperpendek waktu transitnya. Wanita hamil cenderung akan mengurangi aktifitasnya untuk menjaga kehamilannya. Begitu juga semakin besar kehamilan wanita hamil cenderung semakin malas beraktifitas karena bobot tubuh yang semakin berat. Ketegangan psikis seperti stres dan cemas juga merupakan faktor resiko terjadinya konstipasi.⁷

Posisi defekasi juga mempengaruhi untuk terjadinya konstipasi. Pada posisi jongkok, sudut antara anus dan rektum akan menjadi lurus akibat fleksi maksimal dari paha. Ini akan memudahkan terjadinya proses defekasi sehingga tidak memerlukan tenaga mendedan yang kuat. Pada posisi duduk, sudut antara anus dan rektum menjadi tidak cukup lurus sehingga membutuhkan tenaga mendedan yang lebih kuat. Proses mendedan kuat yang berkelanjutan akan dapat menimbulkan konstipasi dan hemoroid. Ibu hamil cenderung lebih nyaman defekasi dengan posisi duduk tetapi dapat berakibat timbulnya konstipasi.³

DIAGNOSIS

Gejala konstipasi umumnya adalah mendedan terlalu kuat, tinja yang keras, butuh waktu yang lama saat defekasi dan frekuensi defekasi kurang dari 3 kali seminggu. Para ahli gastroenterologi di Eropa dan Amerika telah mencoba membuat suatu kriteria sederhana untuk menegakkan konstipasi fungsional yang dikenal dengan kriteria Roma. Kriteria yang digunakan saat ini adalah kriteria Roma II untuk konstipasi (lihat Tabel 1).¹⁻³

Tabel 1. Kriteria Roma II untuk konstipasi fungsional

Keluhan selama 12 minggu, tidak perlu berurutan, dan telah berlangsung selama 12 bulan dengan memenuhi 2 atau lebih kriteria sebagai berikut :
➤ Mendedan kuat pada > 1 kali dalam 4 kali defekasi
➤ Konsistensi tinja keras pada > 1 kali dalam 4 kali defekasi
➤ Rasa pengeluaran tinja yang tidak komplit > 1 kali dalam 4 kali defekasi
➤ Rasa adanya obstruksi atau blokade anorektal pada > 1 kali dalam 4 kali defekasi
➤ Diperlukan tindakan manual > 1 kali dalam 4 kali defekasi (misalnya menggunakan jari, menyokong rongga pelvis)
➤ Frekuensi defekasi kurang dari 3 kali seminggu
➤ Tidak disertai tinja cair dan tidak memenuhi kriteria <i>irritable bowel syndrome</i>

Kriteria Roma II belum tervalidasi untuk digunakan pada wanita hamil. Kriteria ini dimodifikasi untuk tujuan studi pada populasi wanita hamil, dimana gejala yang muncul > 1 kali dalam 4 kali defekasi selama 1 bulan terakhir.⁵

Pemeriksaan fisik wanita hamil yang mengalami susah defekasi ditujukan mencari faktor lain yang menyebabkan konstipasi. Konstipasi karena kelainan struktural, tanda-tanda ileus ataupun akut abdomen harus disingkirkan pada pemeriksaan fisik. Pemeriksaan colok dubur juga perlu dilakukan untuk menilai adanya *fecal impacted*, massa tumor, fisura ani dan hemoroid.^{4,13}

Komplikasi konstipasi mulai dari mual, muntah, penurunan nafsu makan, hemoroid sampai yang jarang terjadi seperti: fisura ani, inkontinensia alvi, perdarahan per rektum, *fecal impacted* dan prolapsus uteri.^{12,13}

PENATALAKSANAAN NON FARMAKOLOGI

Terapi lini pertama dan utama pada konstipasi adalah meningkatkan asupan serat dan cairan, serta aktifitas fisik yang cukup. Hindari makan porsi besar 3 kali sehari tetapi makanlah dengan porsi kecil dan sering. Hindari ketegangan psikis seperti stres dan cemas. Jangan menahan rasa ingin buang air besar karena akan memperbesar resiko konstipasi.^{4,7,9,13} Pemberian probiotik pada wanita hamil juga dianjurkan karena dapat memperbaiki keseimbangan flora kolon dan memperbaiki fungsi pencernaan.^{4,9} Jahe dalam diet juga disebutkan dapat membantu mengurangi *morning sickness* dan konstipasi dan mencegah kembung.⁷

Kebutuhan serat pada wanita hamil sama dengan orang normal yakni sekitar 25-30 gram per hari. Serat makanan terdiri dari serat larut dan serat tidak larut. Serat larut akan mengalami fermentasi di usus besar dan memperlambat pengosongan lambung, menahan air dan membentuk gel. Contohnya apel, jeruk dan strawberi. Serat tidak larut sukar difermentasi, memperpendek waktu transit di usus dan memperbesar massa tinja. Serat tidak larut banyak terdapat pada sereal, sayur-sayuran, kacang-kacangan, dan biji-bijian. Hindari konsumsi serat yang berlebihan secara bersamaan dalam waktu cepat karena akan menimbulkan kembung, sebah dan rasa tidak nyaman di perut.¹²⁻¹⁴

Wanita hamil membutuhkan asupan cairan 300 ml lebih banyak dari rata-rata 2000 ml cairan yang dikonsumsi orang normal. Sebaiknya hindari minuman bersoda, alkohol dan kopi. Pagi hari setelah bangun tidur usahakan untuk mengkonsumsi segelas air untuk merangsang defekasi.^{12,13}

Aktifitas fisik rutin dipercaya merangsang peristaltik usus untuk bekerja normal sehingga memperpendek waktu transit di saluran pencernaan dan membantu pengeluaran tinja. Oleh karena itu wanita hamil sebaiknya melakukan olahraga ringan yang rutin seperti senam hamil dan jalan pagi.^{12,13}

PENATALAKSANAAN FARMAKOLOGI

Penatalaksanaan farmakologi pada konstipasi adalah dengan pemberian obat pencahar (*laxatives*). Secara umum golongan obat pencahar terbagi atas: *bulking agents*, pelunak tinja (*stool softeners*), pencahar minyak mineral (*lubricant laxatives*), pencahar bahan osmotik (*osmotic laxatives*) dan pencahar perangsang (*stimulant laxatives*).^{2,4}

Terapi farmakologi pada wanita hamil diberikan jika penatalaksanaan non farmakologi tidak berhasil. Pemberiannya hanya bila benar-benar diperlukan dan tidak untuk jangka panjang. *Bulking agents* dianggap cukup aman karena tidak diabsorpsi. Tetapi tidak selalu efektif karena penderita diharuskan banyak minum selama pemberian obat dan bisa dijumpai efek samping kembung dan kram perut. Contohnya *Psyllium* yang termasuk golongan B untuk kehamilan menurut badan FDA (*Food and Drug Administration*). *Lubricant laxatives* dapat menyebabkan penurunan absorpsi vitamin yang larut lemak. Golongan ini diabsorpsi sedikit dan tidak menunjukkan efek lanjut pada wanita hamil. Tetapi belum ada rekomendasi FDA untuk penggunaan pada wanita hamil.^{2,4,8}

Golongan *osmotic laxatives* dan *stimulant laxatives* dihubungkan dengan terjadinya dehidrasi dan gangguan elektrolit terutama pada penggunaan jangka panjang. Contoh golongan *osmotic laxatives* yang beredar di Indonesia adalah *Lactulose*, termasuk golongan B untuk kehamilan menurut FDA. Sedangkan contoh *stimulant laxatives* adalah *Bisacodyl*, dapat meningkatkan rangsang otot uterus sehingga terjadi kontraksi uterus sehingga sebaiknya dihindarkan. Termasuk golongan C untuk kehamilan menurut FDA.^{4,8,13}

Belum ada studi lengkap yang menunjukkan hubungan antara obat pencahar dengan anomali kongenital.^{4,8}

KESIMPULAN

Konstipasi merupakan masalah yang sering dikeluhkan wanita hamil yang disebabkan berbagai faktor seperti faktor hormonal, perubahan pola diet, pertumbuhan janin, kurangnya aktivitas fisik dan riwayat posisi saat defekasi. Terapi lini pertama lebih diutamakan yakni berupa penatalaksanaan non farmakologi. Penggunaan obat pencahar (laksansia) sebagai terapi lini kedua diberikan hanya bila benar-benar diperlukan dan tidak untuk penggunaan jangka panjang.

DAFTAR PUSTAKA

1. Faigel DO. A clinical approach to constipation. Clin Cornerstone 2002; 4: 11-21
2. World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines: Constipation, 2007 Available from: http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/en/pdf/guidelines/05_constipation.pdf
3. Lembo A, Camilleri M. Chronic Constipation. N Eng J Med 2003; 349: 1360-8
4. Trottier M, Erebara A, Bozzo P. Treating constipation during pregnancy. Can Fam Physician 2012; 58(8): 836-8
5. Bradley CS, Kennedy CM, Turcea AM, Rao SSC, Nygaard IE. Constipation in pregnancy: prevalence, symptoms, and risk factors. Obstetrics & Gynecology 2007; 110: 1351-7
6. Ponce J, Martinez B, Fernandez A, et al. Constipation during pregnancy : a longitudinal survey based on self-reported symptoms and the Rome II criteria. Eur J Gastroenterol Hepatol 2008; 20: 56-61
7. Ojeh AE. Constipation in pregnancy and the effect of vegetable consumption in different socio-economic class in Warri, Delta state. Journal of Medical and Applied Biosciences 2012; 4: 1-6
8. Vazquez JC. Constipation, haemorrhoids, and heartburn in pregnancy. Clin Evid (Online) 2010; 08: 1411. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3217736/pdf/2010-141.pdf>
9. Longo SA, Moore RC, Canzoneri BJ, Robichaux A. Gastrointestinal conditions during pregnancy. Clin Colon Rectal Surg 2010; 23(2): 80-9
10. Sikirov D. Comparison of straining during defecation in three positions. Dig Dis Sci. 2003; 7:1201-5
11. Cullen G, O'Donoghue D. Constipation and pregnancy. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2007; 21(5): 807-18
12. Folden SL, Backer JH, Maynard F, et al. Practice guidelines: for the management of constipation in adults. Available from: <http://www.rehabnurse.org/pdf/BowelGuideforWEB.pdf>
13. Syam AF. Konstipasi pada kehamilan. Dalam: Laksmi PW, Alwi I, Setiati S, Mansjoer A, Ranita R, editors. Penyakit-penyakit pada kehamilan: peran seorang internis. Jakarta: Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam FK UI; 2008: p.137-42
14. Tala ZZ. Manfaat serat bagi kesehatan, 2009. Available from: <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/1931/1/09E01454.pdf>