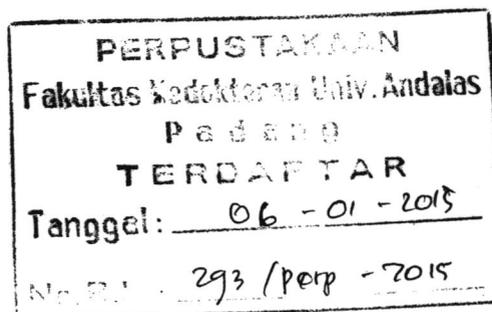


INKONTINENSIA FEKAL



UNIVERSITAS ANDALAS

Oleh :
Dr. H. Ariadi, SpOG



**BAGIAN OBSTETRI DAN GINEKOLOGI
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS ANDALAS
RSUP Dr M DJAMIL PADANG
2010**

Pendahuluan

Inkontinensia fekal didefinisikan sebagai aliran yang involunter atau ketidakmampuan kontrol dari pengeluaran masa feses melalui anus. Secara klinis, inkontinensia fekal terdiri dari 3 sub tipe yaitu : (a) inkontinensia pasif, pengeluaran feses atau gas terjadi secara involunter / tidak disadari; (b) inkontinensia urgen, pengeluaran massa feses walaupun ada usaha aktif untuk menahan isi feses; (c) perembesan feses, kebocoran feses diluar pengeluaran feses normal. Beratnya inkontinensia dapat terjadi mulai dari pengeluaran feses yang tidak disengaja sampai dengan perembesan masa feses yang cair atau masa feses yang keluar secara komplit. Tidaklah mengherankan, keadaan ini dapat memberikan rasa malu, dimana nantinya akan menyebabkan hilangnya percaya diri, isolasi sosial dan berkurangnya kualitas hidup.

Kemampuan untuk menahan feses dan buang air besar pada tempat yang layak amatlah penting dalam kehidupan sosial dan merupakan suatu keadaan fisiologis. (Cheetham, 2001) Suatu keadaan dimana terdapat kegagalan dalam melakukan kontrol defekasi disebut inkontinensia fekal. Dengan kondisi yang bervariasi dari yang ringan berupa berlubang celana dalam sampai pelepasan feses secara total. (Schiller, 2002) Inkontinensia fekal harus dibedakan dengan pelepasan dari anus yang umumnya berjumlah sedikit yang terdiri dari lendir, nanah, atau darah.

Prevalensi pasti dari inkontinensia fekal sulit diketahui, karena keadaan ini jarang mau diutarakan oleh pasien pada dokter, juga amat terkait dengan persepsi pasien. Keadaan ini bagi dokter nampak ringan-ringan saja, namun bagi pasien amat mengganggu sehingga mencemaskan. Pada penelitian di Amerika memberikan hasil yang bervariasi antara 1-10%. Ketika penelitian difokuskan pada penduduk yang berusia diatas 50 tahun prevalensinya meningkat menjadi 11,1% pada pria dan pada wanita 15,2%. Pada penelitian di unit rawat jalan didapatkan keluhan meningkat secara signifikan setelah pasien diatas 65 tahun. Penelitian pada populasi sering memberikan gambaran prevalensi yang lebih rendah dari sebenarnya karena pasien sering malu untuk mengutarakan adanya standar definisi mengenai inkontinensia anal. Kasus inkontinensia anal mendapat perhatian serius karena beberapa pertimbangan (Schiller, 2002, Cheetham, 2001) :

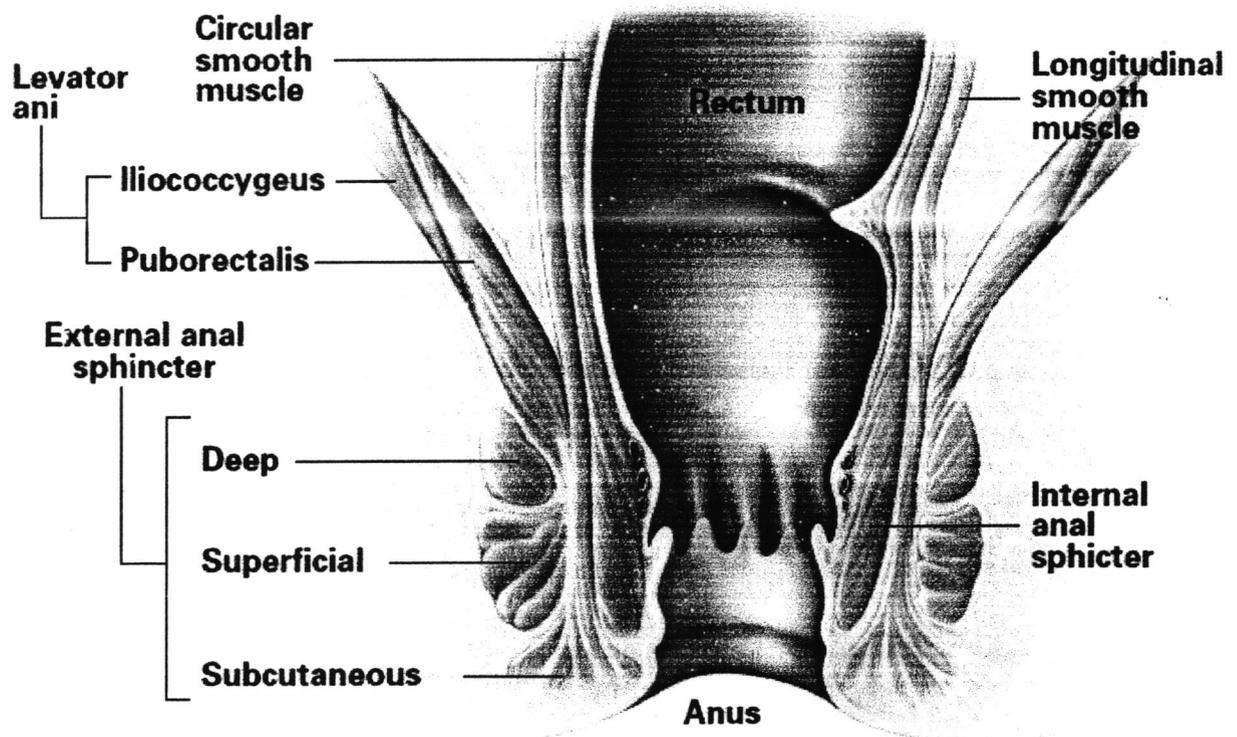
1. Penanganan memberikan keberhasilan yang lebih rendah dibandingkan dengan inkontinensia urin atau prolaps organ pelvis.
2. Terjadinya peningkatan kasus inkontinensia fekal akibat trauma obstetrik nantinya dapat berkembang menjadi masalah hukum.

Anatomi Anorektal

Rektum memiliki 3 buah valvula : superior kiri, medial kanan dan inferior kiri. 2/3 bagian distal rektum terletak di rongga pelvik dan terfiksir, sedangkan 1/3 bagian proksimal terletak dirongga abdomen dan relatif *mobile*. Kedua bagian ini dipisahkan oleh peritoneum reflektum dimana bagian anterior lebih panjang dibanding bagian posterior (Shafik,2000).

Saluran anal (*anal canal*) adalah bagian terakhir dari usus, berfungsi sebagai pintu masuk ke bagian usus yang lebih proksimal; dus, dikelilingi oleh spinkter ani (eksternal dan internal) serta otot-otot yang mengatur pasase isi rektum kedunia luar. Spinkter ani eksterna terdiri dari 3 *sling* : atas, medial dan depan. (Shafik,2000)

Anatomy and physiology of the female anal canal



Spinkter ani terdiri dari spinkter ani internus, yang merupakan perluasan 0,3 -0.5cm dari lapisan halus otot sirkuler rectum, dan sfinkter ani eksternus, perluasan 0,6-1 cm dari m levator ani. Secara morfologi, kedua sfinkter ini terpisah dan heterogen. Dalam keadaan normal anus ditutup oleh aktivitas tonus dari sfinkter internus dan eksternus dan barrier/pemisa ini akan diperkuat oleh sfinkter ani eksternus selama mendedan. Lipatan mukosa

anus bersama dengan vaskularisasi anus akan membantu tertutupnya anus dengan rapat. Barrier ini akan diperkuat oleh m. puborektal, yang membentuk saku seperti katup yang membentuk gerakan mendorong dan memperkuat sudut anorektal untuk mencegah inkontinensia,

Pendarahan rektum berasal dari arteri hemorrhoidalis superior dan a.uterina yang merupakan cabang dari a.mesenterika inferior. Sedangkan arteri hemorrhoidalis inferior adalah cabang dari a.pudendalis interna, berasal dari a.iliaka interna, mendarahi rektum bagian distal dan daerah anus. (Shafik,2000)

Persyarafan motorik spinkter ani interna berasal dari serabut syaraf simpatis (n.hypogastrikus) yang menyebabkan kontraksi usus dan serabut syaraf parasimpatis (n.splanknikus) yang menyebabkan relaksasi usus. Kedua jenis serabut syaraf ini membentuk pleksus rektalis. Sedangkan muskulus levator ani dipersyarafi oleh n.sakralis 3 dan 4. Nervus pudendalis mensyarafi spinkter ani eksterna dan m.puborektalis. Syaraf simpatis tidak mempengaruhi otot rektum. Defekasi sepenuhnya dikontrol oleh n.splanknikus (parasimpatis). Jadi kontinensia sepenuhnya dipengaruhi oleh n.pudendalis dan n.splanknikus pelvik (syaraf parasimpatis) (Shafik,2000; Wexner dkk,2000;)

Sistem syaraf autonomik intrinsik pada usus terdiri dari 3 pleksus :

1. Pleksus Auerbach : terletak diantara lapisan otot sirkuler dan longitudinal
2. Pleksus Henle : terletak disepanjang batas dalam dalam otot sirkuler
3. Pleksus Meissner : terletak di sub-mukosa.

Fungsi Saluran Anal

Pubo-rectal sling dan tonus spinkter ani eksterna bertanggung jawab atas penutupan saluran anal ketika istirahat. Jika ada peristaltik yang kuat, akan menimbulkan regangan pada *sleeve and sling*. Untuk menghambat gerakan peristaltik tersebut (seperti mencegah flatus) maka diperlukan kontraksi spinkter eksterna dan *sling* yang kuat secara sadar. *Sleeve and sling* dapat membedakan antara gas, benda padat, benda cair, maupun gabungan, serta dapat mengeluarkan salah satu tanpa mengeluarkan yang lain. (Shafik,2000; Wexner,2000)

Defekasi dan kontinensia adalah mekanisme yang saling terkait erat. Kontinensia adalah kegiatan pengeluaran isi rektum secara terkontrol pada waktu dan tempat yang diinginkan. Koordinasi pengeluaran isi rektum sangat kompleks, namun dapat dikelompokkan atas 4 tahapan:

Tahap I. Tahap awal ini adalah berupa propulsi isi kolon yang lebih proksimal ke rektum, seiring dengan frekwensi peristaltik kolon dan sigmoid (2-3 kali/hari) serta refleks gastrokolik.

Tahap II. Tahap ini disebut *sampling reflex* atau *rectal-anal inhibitory reflex*, yakni upaya anorektal mengenali isi rektum dan merelaksasi spinkter ani interna secara involunter.

Tahap III. Tahap ini berupa relaksasi spinkter ani eksternal secara involunter. Relaksasi yang terjadi bukanlah relaksasi aktif, melainkan relaksasi akibat kegagalan kontraksi spinkter itu sendiri.

Tahap IV. Tahap terakhir ini berupa peninggian tekanan intra abdominal secara volunter dengan menggunakan diafragma dan otot dinding perut, hingga defekasi dapat terjadi. (Swenson dkk,1990)

Patofisiologi

Mekanisme yang terlibat dalam kontrol defekasi amat kompleks namun secara garis besar dikelompokkan menjadi faktor kolon, otot, neurologis, dan anorektal. Khusus dibidang obstetri, persalinan adalah faktor utama terjadinya inkontinensia fekal akibat trauma pada spinkter anus. Keadaan ini dibuktikan oleh penelitian Sultan dkk yang menemukan 35% primipara mengalami kerusakan spinkter setelah dilakukan evaluasi dengan USG anal setelah 6 minggu persalinan, walaupun sebelumnya diduga tidak ada masalah. Ditemukan pula bahwa 13% dari wanita primipara akhirnya mengeluh akibat inkontinensia fekal setelah melahirkan. Kasus inkontinensia fekal ditemukan pada 1/3 wanita yang mengalami keluhan inkontinensia urin dan sebanyak 7% dari wanita yang mengalami prolaps organ pelvis. (Schiller,2002, Cheetham, 2001)

Hipotesis Kerusakan Saraf dan Jaringan Penyambung sebagai Penyebab Inkontinensia Fekal

Hipotesis Teori Integral menekankan peran jaringan penyambung dalam timbulnya inkontinensia fekal dan mengandalkan otot-otot pelvis untuk menciptakan gaya penutupan anorektal. Oleh karena itu, otot yang rusak pastilah mengganggu penutupan. Namun, sulit untuk mengatakan bahwa kerusakan saraf akibat trauma obstetrik sebagai faktor etiologi utama pada inkontinensia fekal jika 30% dari seri pembedahan terhadap 25 pasien tidak pernah hamil. (Parks 1977)

Pengedanan yang berlebihan merupakan perilaku yang ditemukan pada 65% pasien ini. Temuan ini konsisten dengan longgarnya dinding rektal anterior yang kolaps ke arah

dalam. Anus dapat dilukiskan sebagai suatu tabung berongga yang perlu diregang hingga batas elastisitasnya sehingga menjadi cukup kaku untuk memungkinkan pasase feces dengan lancar, sehingga akhirnya tabung ini dapat menutup dengan efisien. (Parks 1977)

Trauma obstetrik dapat menyebabkan kerusakan jaringan penyambung dan saraf. Hal ini dapat menjelaskan temuan penundaan waktu konduksi pada pasien dengan sters inkontinensia (Swash dkk 1985), namun juga, pada pasien dengan prolaps uterovaginal, dan tanpa inkontinensia stres (Smith 1989).

Kontradiksi yang muncul akibat penyembuhan inkontinensia fekal secara bedah pada pasien dengan kerusakan saraf dapat diselesaikan dengan mudah melalui pemahaman bahwa otot dasar pelvik bekerja sebagai diafragma untuk menyangga isi intra-abdomen. Kekuatan yang jauh lebih besar diperlukan untuk fungsi ini dibandingkan kekuatan untuk penutupan anorektal. Perbaikan titik penambatan otot-otot pelvik memungkinkan otot ini berkontraksi dengan lebih efisien untuk menutup kanalis analis.

Mengenai inkontinensia fekal pada pasien nullipara, kelonggaran jaringan penyambung dapat bersifat kongenital, dan hal ini konsisten dengan longgarnya ligamentum anterior yang menginaktivasi gaya penutupan ke arah belakang dan bawah.

Untuk menilai hubungan antara inkontinensia fekal dan kerusakan sfingter ani interna, sebuah penelitian prospektif tekanan endoanal setelah stimulasi refleks lempeng levator dilakukan untuk membuktikan apakah kontraksi lempeng levator terjadi atau tidak selama penutupan anorektal.

Hal ini diikuti oleh sebuah laporan kasus yang menunjukkan peran jaringan penyambung dalam mempertahankan keseimbangan antara otot penutup anorektal pada pasien dengan "kontraksi paradoks". Akhirnya, hipotesis kerusakan otot diuji secara langsung dengan waktu konduksi nervus pudendus sebelum dan setelah operasi dan manometri anal setelah pembedahan rekonstruksi ligamentum anterior atau posterior.

Peran Sfingter Ani Interna dalam Timbulnya Inkontinensia Fekal

Peran pasti sfingter ani interna dalam mempertahankan kontinensia fekal belum dipahami dengan baik. Terdapat kontroversi mengenai apakah kerusakan sfingter ani interna dapat menimbulkan inkontinensia fekal. Shafik (1990) mengajukan bahwa peran sfingter ani interna terbatas hanya mempertahankan tonus anus istirahat, dan kerusakan sfingter ani interna saja tidak dapat menimbulkan inkontinensia fekal. Sultan dkk (1993) menyatakan bahwa kerusakan sfingter ani interna mungkin merupakan penyebab penting inkontinensia fekal.

Hal ini didasarkan pada penelitian ultrasonografi endoanal yang dilakukannya yang menunjukkan adanya hubungan antara proses melahirkan anak dan kerusakan sfingter ani interna pada 49 dari 127 pasien setelah persalinan pervaginam. Kerusakan sfingter berhubungan dengan inkontinensia fekal pada 10 dari 11 pasien. Hal ini menyiratkan penyebab inkontinensia fekal, namun proporsi pasti kerusakan sfingter ani interna dibandingkan sfingter ani eksterna belum diketahui.

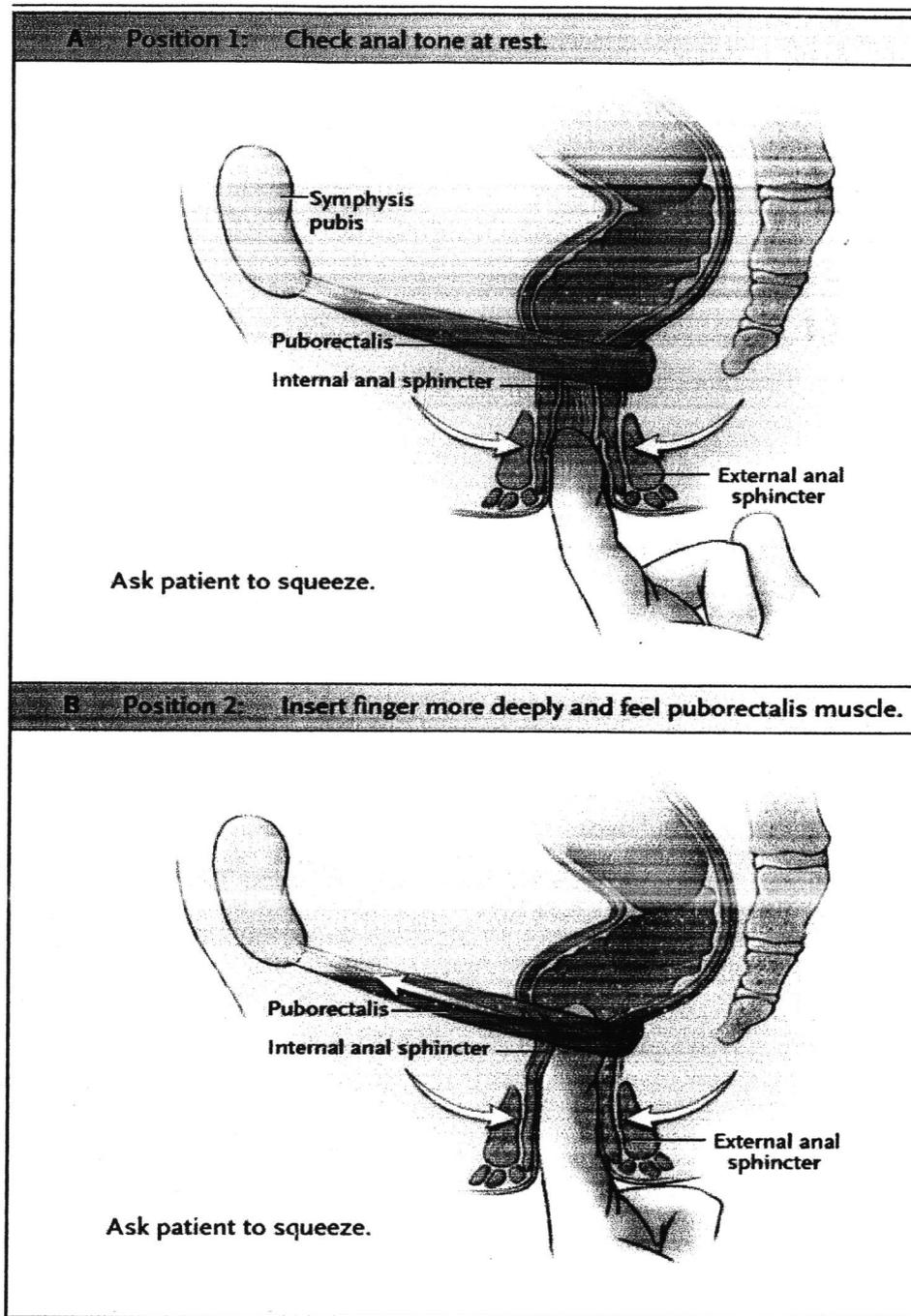
Sfingter ani eksterna intak pada pemeriksaan langsung dan ultrasonografi pada semua pasien. Kerusakan sfingter ani interna didefinisikan sebagai ruptur komplit atau kelemahan, ketebalan kurang dari 2 mm pada sebagian sfingter. Ruptur komplit ditemukan pada satu pasien, dan kerusakan pada 17 pasien lain (total 36%). Sisanya 64% memiliki sfingter ani interna yang normal.

Semua dari 3 pasien nulipara memiliki sfingter ani interna dan eksterna yang normal. Hanya 36% pasien yang menunjukkan bukti kerusakan sfingter ani interna. Dalam analisis lebih lanjut, bahkan penelitian ultrasonografi oleh Sultan tahun 1993 lebih konsisten dengan sfingter ani interna sebagai faktor yang berhubungan dengan inkontinensia fekal, alih-alih sebagai penyebab utamanya, karena pada 49 pasien dengan defek sfingter ani interna yang dilaporkan pada penelitian Sultan, hanya 11 yang benar-benar mengalami inkontinensia fekal. Satu pasien dari kelompok ini tidak mengalami kerusakan sfingter ani interna atau eksterna sama sekali.

Kejadian inkontinensia fekal pada 3 wanita nulipara dalam penelitian kami mengonfirmasi laporan sebelumnya tentang inkontinensia fekal pada 7 pasien nulipara (Parks dkk 1977). Kerusakan sfingter ani interna atau otot lurik tidak dapat menimbulkan inkontinensia fekal pada nulipara. Hipotesis jaringan penyambung kongenital menjelaskan data ini. Hipotesis jaringan penyambung lebih lanjut divalidasi oleh laporan kesembuhan bedah 90% pada pasien yang datang dengan inkontinensia ganda, fekal dan urin, yang juga menjalani pemasangan sling suburetra untuk inkontinensia stres (Petros 1999).

Diagnosis

Secara umum untuk menegakkan diagnosis inkontinensia fekal meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Anamnesis mengenai perilaku buang air besar amat penting dalam upaya identifikasi frekuensi, tingkat keparahan, dan gangguan fungsi sosial yang terjadi. Data ini menjadi landasan awal dalam mencari penyebab inkontinensia fekal. Sehingga mengingat pentingnya data ini, catatan harian pasien mengenai perilaku buang air besar amat berguna. (Schiller, 2002, Cheetham, 2001)



Gambar 1. Hubungan Anatomi dari Anorektal dan pemeriksaan digital pada inkontinensia fekal

Salah satu cara untuk mengetahui adanya inkontinensia fekal dapat dipakai sistem skoring yang dikembangkan oleh Jorge dan Wexner. Skoring ini juga dapat dipakai untuk evaluasi pasca terapi. Acuananya apabila skor 0 tidak terdapat inkontinensia fekal sedangkan skor 20 terdapat inkontinensia komplet. (Schiller,2002, Cheetham, 2001)

Tabel Sistem skoring inkontinensia fekal

Tipe inkontinesia	Frekuensi				
	Tidak pernah	Amat jarang	Jarang	Sering	Selalu
Padat	0	1	2	3	4
Cair	0	1	2	3	4
Gas	0	1	2	3	4
Memakai pembalut	0	1	2	3	4
Gangguan aktivitas	0	1	2	3	4

Catatan

Tidak pernah = Tidak pernah

Amat jarang = < 1 kali / bulan

Jarang = < 1 kali / minggu, > 1 kali / bulan

Sering = tidak tiap hari, > 1 kali / minggu

Selalu = > 1 kali / hari

Pemeriksaan fisik yang cermat dapat mengidentifikasi kelainan struktur organ meliputi prolaps dan rektocel atau kelainan sistemik atau lokal yang meliputi neuropati, neoplasma, dan ulkus yang dapat menyebabkan disfungsi anus. Pada tahap awal anus diamati secara visual terhadap kemungkinan inflamasi, jejas luka, fistula, hemoroid, dan celah pada anus. Sensasi perianal dinilai dengan melakukan stimulasi pada kulit. Dengan pemeriksaan digital bisa diketahui kekuatan kontraksi spinkter, rektokel, refleks anus, dan penurunan dasar panggul pada saat defikasi. Pemeriksaan fisik sebaiknya meliputi endoskopi untuk menyingkirkan kelainan organik seperti prolaps, inflamasi, proktitis, lesi jinak atau ganas. Sedangkan pemeriksaan laboratorium untuk menyingkirkan inflamasi secara mikroskopis dan kelainan sistemik seperti diabetes atau skleroderma. (Schiller,2002, Cheetham, 2001)

Pemeriksaan khusus untuk mengevaluasi inkontinensia fekal meliputi pemeriksaan fungsional dan pencitraan. Pemeriksaan fungsional anus meliputi pemeriksaan manometer anorektal dan elektromiografi. Manometer anorektal bertujuan untuk menilai fungsi spinkter anus, berupa penilaian terhadap tekanan saat istirahat, saat mengejan, dan respon spinkter terhadap stress. Sensasi rektum dinilai dengan elektromiografi yang sering disertai penilaian terhadap reflek inhibitor rektoanal. Sedangkan pemeriksaan compliance rektum untuk menilai fungsi reservoir dari rektum yang terkait dengan tingkat viskoelastisitas dari rektum. (Schiller,2002,)

Pencitraan yang dilakukan umumnya menggunakan USG anal. Salah satu kelebihanannya dapat mengidentifikasi adanya defek anatomis pada spinkter eksternal

maupun internal dari anus. Secara tradisional, endosnografi anus dipakai dengan menggunakan transduser berputar 7 MHz dengan panjang fokal yaitu 1-4 cm. Hal ini dapat memberikan penilaian tentang ketebalan dan integritas struktural dari otot sfingter ani eksternus dan internus serta dapat mendeteksi adanya jaringan parut, kehilangan jaringan otot, serta adanya kelaianan/ patologi lokal lainnya. Saat ini, frekuensi yang tinggi dari probe dapat memberikan gambaran yang lebih baik terhadap kompleks sfingter.

Setelah persalinan pervaginam, endosnografi anus dapat menunjukkan terjadinya cedera dari sfingter pada 35% wanita primipara dan kebanyakan dari lesi ini tidak dapat dideteksi secara klinis. Pada studi yang lain, defek sfingter dapat dideteksi pada 85% wanita dengan robekan perineum derajat 3 dibandingkan 33% wanita tanpa robekan perineum. Pada studi yang membandingkan antara gambaran EMG dengan endosnografi anus, didapatkan adanya kesamaan dalam mengidentifikasi defek sfingter dengan menggunakan kedua pemeriksaan tersebut. Pada teknik ini tidak hanya bergantung kepada operator tetapi juga teknik pemeriksaan dan pengalaman. Walaupun endosonografi dapat membedakan injuri dari sfingter ani eksternus dengan injuri sfingter ani internus, hal ini memberikan spesifisitas yang rendah dalam menentukan etiologi dari fekal inkontinensia. Karena endosonografi banyak tersedia dan tidak begitu mahal serta kurang nyeri dibanding memasukkan jarum, teknik ini lebih disukai dalam menentukan morfologi dari otot sfingter ani.

Sedangkan pemeriksaan evakuasi proctografi prinsipnya memasukkan kontras pada rektum dan dilakukan pemantauan dengan alat fluoroskopi untuk mengevaluasi fungsi defikasi. Pemeriksaan evakuasi proctografi tidak dianjurkan sebagai prosedur rutin. Pada kasus-kasus tertentu pencitraan dapat ditingkatkan dengan pemeriksaan MRI baik yang statis maupun dinamis. (Cheetham, 2001)

Prosedur non operatif

Dalam penanganan inkontinensia fekal terdapat banyak variasi pengobatan meliputi diet, terapi medikamentosa, perilaku dan pembedahan. Pilihan penanganan amat ditentukan oleh penyebab inkontinensia fekal, kondisi anatomis dan fungsional dari anus, dan umur pasien. Penanganan non operatif meliputi perubahan diet, latihan perineum, latihan biofeedback, stimulasi elektrik, dan klisma. (Schiller, 2002, Cheetham, 2001)

Perubahan diet yang dianjurkan pada pasien inkontinensia fekal dengan mengkonsumsi makan padat yang berserat tinggi. Dengan cara ini akan dihasilkan feses yang lebih padat sehingga pelepasannya dapat dikontrol walaupun terdapat spinkter anus

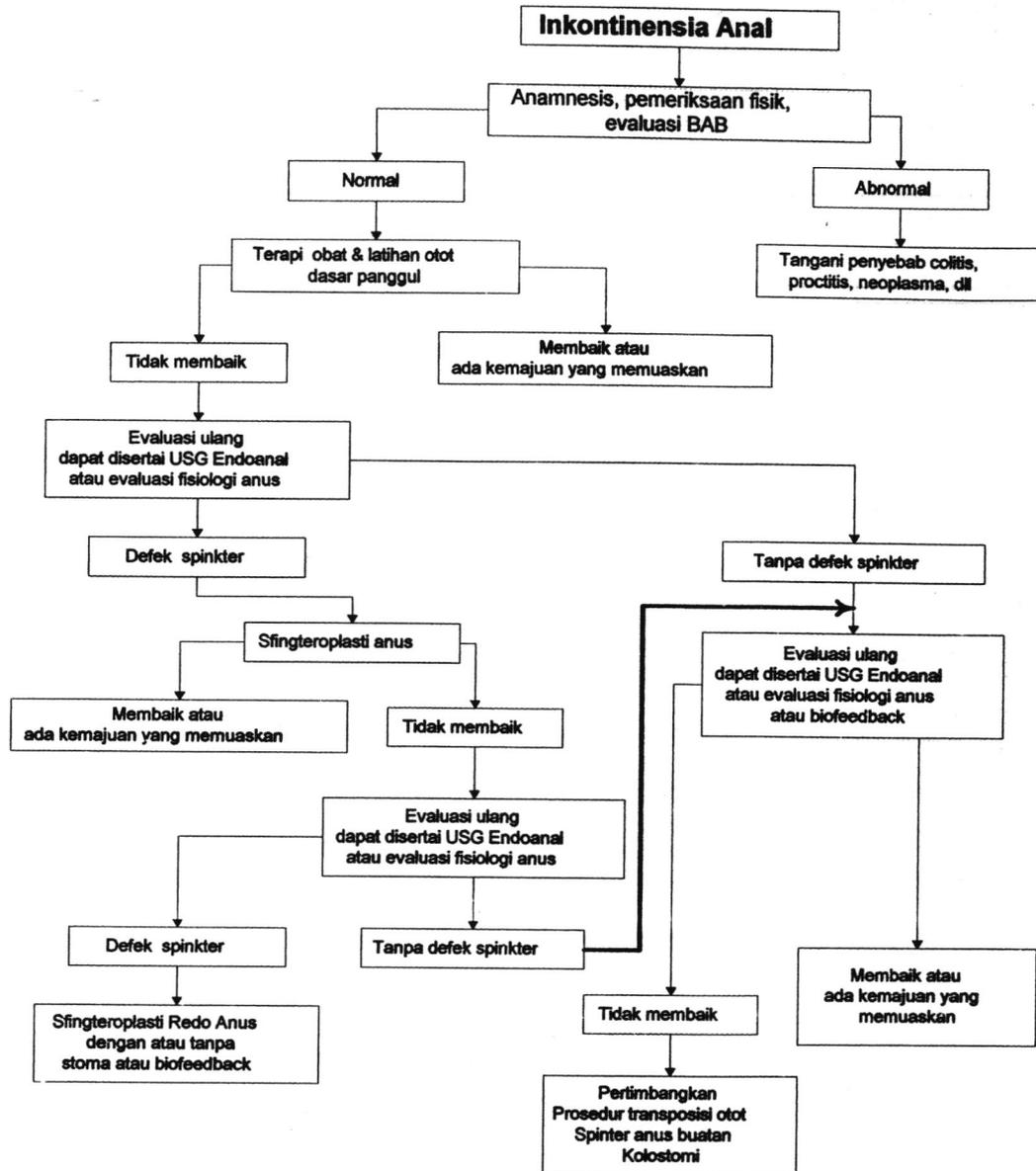
yang lemah. Cara ini juga dikombinasi dengan penggunaan Loperamide karena memiliki efek samping yang kecil. Tujuannya untuk mengurangi berat feses, mengurangi motilitas rektum, dan meningkatkan refleksi inhibisi dari rektoanal. (Schiller,2002, Cheetham, 2001)

Latihan Biofeedback diakui secara luas berguna dalam penanganan inkontinensia fekal. Dengan teknik biofeedback diharapkan pasien mampu meningkatkan kemampuan kontraksi spinkter anus eksternal secara bertahap sebagai respon pengisian feses dalam rektum. Prinsip kerjanya dengan menempatkan balon di rongga rektum sehingga mirip proses pengisian rektum oleh feses. Secara bertahap balon diperbesar ukurannya seiring dengan peningkatan kemampuan pasien untuk mengendalikan kekuatan kontraksi otot spinkter anus eksternal. Dengan cara ini diharapkan pasien dapat melakukan latihan di rumah. Kasus-kasus yang direkomendasikan mempergunakan biofeedback adalah kasus inkontinensia fekal akibat diabetes, persalinan, dan setelah pembedahan pada anus. (Schiller,2002, Cheetham, 2001)

Penanganan inkontinensia fekal dengan klisma ditujukan pada kasus dimana pasien tidak mampu mengosongkan rektum secara baik. Tindakan klisma dilakukan dengan supositoria atau pencucian dengan air biasa atau larutan phospat. Setelah dilakukan pengosongan rektum selanjutnya pasien meminum laksansia setelah makan, dikombinasi dengan rektal suppositoria. (Schiller,2002)

Penanganan secara operatif

Penanganan operatif dipilih apabila tindakan konservatif gagal atau penyebabnya memang memerlukan tindakan operatif. Lihat algoritma dibawah ini :



Apabila pemeriksaan ditemukan defek pada spinkter maka tindakan operasi menjadi pilihan utama. Persiapan operasi meliputi pengosongan rektum dengan klyasma. Profilaksis antibiotika diberikan berupa metronidazol dan golongan sefalosporin generasi ketiga secara intravena, yang kemudian dilanjutkan pasca operasi. Apabila kerusakan spinkter yang terjadi akibat suatu trauma tindakan operasi sebaiknya ditunggu 3 – 6 bulan supaya proses inflamasi mereda, sehingga jaringan menjadi lebih lunak dan mudah digerakkan. Setelah foley cateter terpasang, pasien ditempatkan dalam posisi litotomi atau posisi prone jackknife. Posisi prone jackknife mempunyai kelebihan karena menyebabkan otot pantat turun sehingga memberikan lapangan pandang yang luas pada asisten. Apabila tindakan sfingteroplasti tidak berhasil perlu dipertimbangkan tindakan lain seperti : transposisi otot,

kolostomi, atau spinkter anus buatan. Pada kasus yang disertai rektokel perlu mendapatkan penanganan karena dapat mengganggu pasasi rektum. (Cheetham, 2001)

Spinkteroplasti

Apabila ditemukan defek pada spinkter anus harus diupayakan untuk melakukan reaproksimasi kedua tepi. Biasanya defek ini akibat trauma obstetri, penanganan fistula, atau spinkterotomi interna. Namun biasanya defek yang timbul akibat hemoroidektomi lebih berhasil ditangani.⁷

Insisi dilakukan kira-kira 1 – 1,5 cm pada tepi bawah dari anus, namun pada kasus trauma obstetri, insisi diperluas sekitar 200 derajat ke atas.⁷ Perlu diwaspadai bahwa cabang dari nervus pudendalis yang menginervasi spinkter eksternal masuk otot melalui posisi posterolateral. Oleh karenanya untuk mencegah trauma saraf insisi tidak boleh dilakukan terlampaui ke arah posterolateral. Insisi awal sebaiknya dimulai dari bawah septum rektovaginal untuk mencegah trauma pada sisa otot dan mencegah defek kecil ke arah rektum. (Cheetham, 2001)

Pada beberapa kasus perinial body yang tersisa hanya vagina dan mukosa anus sehingga tindakan diseksi menjadi sulit. Diseksi dilakukan ke arah lateral ke jaringan lemak ischiorectal. Dengan menempatkan jari di dalam rektum atau vagina akan memudahkan diseksi dari lateral ke arah medial. Apabila terjadi robekan pada mukosa rektum dilakukan penjahitan dengan benang chromic No. 4/0. (Cheetham, 2001)

Pada umumnya spinkter diaproksimasi dengan jaringan parut di bagian tengah. Jaringan parut pada bagian tengah diusahakan untuk dilepaskan namun tidak pada kedua tepi dari spinkter. Penting untuk melakukan pemisahan jaringan parut namun jangan melakukan pemotongan spinkter karena akan menyebabkan ketegangan setelah dilakukan penjahitan. Pada kasus dimana terjadi kerusakan pada otot spinkter interna dan eksterna, sebaiknya dilakukan perbaikan dengan menyatukan keduanya. Namun apa bila spinkter interna masih utuh, perbaikan hanya dilakukan pada spinkter eksterna. (Cheetham, 2001)

Otot levator ani disatukan dengan benang yang lambat diabsorpsi No. 0 atau 2/0. Tujuannya untuk memperpanjang saluran anus. Setelah tindakan ini vagina harus diperiksa untuk memastikan tidak menjadi terlalu sempit sehingga menimbulkan disparunia. Pangkal spinkter diidentifikasi untuk selanjutnya dilakukan penyatuan. Tiga jahitan matras pada kedua tepi menyebabkan pangkal otot berada pada tempatnya. Tujuannya untuk menyempitkan lumen anus sehingga hanya telunjuk yang bisa masuk. (Cheetham, 2001)

Selama melakukan prosedur ini luka tetap diirigasi dengan larutan antibiotika. Penutupan kulit dilakukan dengan pola V – Y dimulai dari tepi dengan membiarkan dibagian tengah terbuka untuk drainase. Apabila dalam proses penutupan ditemukan banyak rongga (dead space) sebaiknya dipasang drain yang dilepas 2 hari setelah operasi. (Cheetham, 2001)

Pasca operasi dilanjutkan dengan pemberian antibiotika selama 2 – 3 hari, selanjutnya dilakukan pemberian oral tanpa disertai obat untuk menimbulkan konstipasi. Foley cateter dilepas setelah 2 hari, dan pasien diberikan makanan berserat tinggi. Apabila dalam 7 hari pasien belum mampu defekasi dapat dibantu dengan laksansia. Diduga hal ini timbul karena rektum sebelum operasi sudah dikosongkan sehingga membutuhkan waktu untuk mengisi kembali. (Cheetham, 2001)

Perbaikan fungsi diperkirakan terjadi antara 80 – 90 % pasien, namun kerusakan saraf pudendalis akan memberikan hasil yang suboptimal. Umur nampaknya bukan faktor yang memberikan pengaruh pada keberhasilan. Problem pada kontraksi usus seperti diare akan menyebabkan inkontinensia berlanjut. Infeksi pada luka operasi dapat terjadi pada ¼ kasus namun tidak mengganggu keberhasilan operasi sepanjang tidak menyebabkan kerusakan pada benang jahitan. Kerusakan pada jahitan kulit biasanya sembuh dengan perawatan luka yang baik. (Cheetham, 2001)

Prosedur transposisi otot

Pada beberapa kasus perbaikan pada otot spinkter tidak mampu menghilangkan gejala. Bahkan pada kasus trauma dapat terjadi otot spinkter hilang sama sekali sehingga tidak mungkin melakukan aproksimasi. Pada kasus tersebut diatas transposisi otot gracilis menjadi pilihan. (Cheetham, 2001)

Otot gracilis dipisahkan dari kaki dengan menyertakan sebanyak mungkin jaringan neurovaskular dan tendon. Otot ini dilingkarkan diseputar anus dan tendon di dilekatkan pada sisi berlawanan dari tuberositas ischiadicus. Stimulator listrik ditempatkan pada tempat yang optimal di abdomen. Kabel dihubungkan antara stimulator dan ditempatkan pada bagian proksimal dari saraf. Semua prosedur memerlukan penutupan dengan stom umumnya beberapa lapis. (Cheetham, 2001)

Indikasi tindakan ini adalah kasus-kasus inkontinensia akibat trauma obstetri, idiopatik, kehilangan otot spinkter, kelainan otot spinkter kongenital. Kontraindikasi pada kasus-kasus gangguan neurologis seperti multiple sclerosis. Tindakan ini memerlukan pengalaman dan ketrampilan yang tinggi karena tingkat morbiditas yang tinggi. (Cheetham, 2001)

Kesimpulan

Inkontinensia fekal adalah kasus yang kompleks dengan banyak penyebab. Walaupun bukan merupakan kasus yang mengancam jiwa namun dapat menjadi kasus yang mengganggu pola kehidupan. Dalam penanganan perlu dilakukan inform consent yang jelas mengingat pada beberapa kasus terjadi kegagalan sehingga terpaksa dilakukan kolostomi.

DAFTAR PUSTAKA

- Cheetham MJ, Malouf AJ, Kamm MA. Fecal incontinence. Dalam : Djuanna A. Ikhtisar Inkontinensia Anal. bagian Obgin FK Hasanuddin Makassar.
- Petros PE Cure of urinary and fecal incontinence by pelvic ligament reconstruction suggests a connective tissue etiology for both dalam : Peter Petros. The Female Pelvic Floor. Second ed. Springer. Dept of Gynaecology Royal Perth Hospital, Western Australia. 2007
- Schiller LR. Fecal incontinence. In: Feldman M, Tschumy Jr WO, Friedman LS, Sleisenger MH, editors. Feldman: sleisenger & fordtran's gastrointestinal and liver disease. Dalam : Djuanna A. Ikhtisar Inkontinensia Anal. bagian Obgin FK Hasanuddin Makassar.
- Shafik A. Surgical anatomy of the anal canal. In: Irawan B. Pengamatan Fungsi Anorektal pada Penderita Penyakit Hirschprung Pasca Operasi Pull-Through. Bagian Ilmu Bedah FK USU. 2003
- Shafik A Vagino-levator reflex: description of a reflex and its role in sexual performance, dalam : Peter Petros. The Female Pelvic Floor. Second ed. Springer. Dept of Gynaecology Royal Perth Hospital, Western Australia. 2007
- Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM and Bartram CI Anal-sphincter disruption during vaginal delivery, dalam : Peter Petros. The Female Pelvic Floor. Second ed. Springer. Dept of Gynaecology Royal Perth Hospital, Western Australia. 2007
- Wexner SD, Jorge JM. Evaluation of functional studies on anorectal disease. In: Irawan B. Pengamatan Fungsi Anorektal pada Penderita Penyakit Hirschprung Pasca Operasi Pull-Through. Bagian Ilmu Bedah FK USU. 2003