

ENCROPRESIS

# ENKOPRESIS

Oleh :  
**Dr. I G.A. Endah Ardjana**  
**Dr. Lestari B.S.**

KKU  
KK  
616.849  
Arđ  
e



021901994 3111

LABORATORIUM/UPF ILMU KEDOKTERAN JIWA  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA/RSUD Dr. SOETOMO  
S U R A B A Y A



ENKOPRESIS

Dr. I. G. A. Endah Ardjana  
Dr. I. G. A. Endah Ardjana

0219019943111

MILIE  
PERPUSTAKAAN  
"UNIVERSITAS AIRLANGGA"  
SURABAYA



LABORATORIUM...  
FAKULTAS...  
UNIVERSITAS AIRLANGGA...  
SURABAYA

MILIE  
PERPUSTAKAAN  
"UNIVERSITAS AIRLANGGA"  
SURABAYA



Davidson GP dan Freeman (1984) memakai istilah enkopresis untuk inkontinensia fekes tanpa atau dengan konstipasi, sedang istilah "faecal soiling" hanya dipakai untuk inkontinensia fekes yang disertai konstipasi (8,35). Istilah "faecal soiling" dalam bahasa Jawa sehari-hari dikatakan sebagai ngebrok (9).

Barker P dan kawan-kawan (1988), mengatakan bahwa enkopresis disebut juga dengan "Faecal soiling" (1,17).

Dalam menentukan batasan enkopresis perlu dikaitkan dengan masalah usia dimana anak telah mampu mengendalikan beraknya. Hal ini sangat bervariasi sesuai dengan perbedaan budaya masyarakat setempat dan harapan orang tua terhadap anak. Pada budaya masyarakat Amerika dan Inggris, anak diharapkan telah menjalani "toilet training" pada saat berusia 2 tahun, sedang Perancis dan Skandinavia setelah berusia 3 tahun atau lebih. Pada budaya primitif tertentu, anak tidak diharapkan menyelesaikan "toilet training" sebelum usia kira-kira 6 tahun (12,17,35).

Banyak peneliti berpendapat bahwa anak yang berusia 2-3 tahun biasanya sudah tidak berak lagi dicelana. Bila sekali-sekali terjadi berak di celana, tidak usah dikhawatirkan, sebab mungkin karena anak itu sakit atau karena rangsangan emosional yang hebat. Akan tetapi bila sudah usia 3-4 tahun seorang anak masih berak lagi dicelana, maka perlu diselidiki faktor-faktor yang menyebabkannya (1,3,24,36).

Batasan menurut DSM-III-R (1987), enkopresis adalah keluarnya fekes dengan konsistensi normal atau hampir normal secara volunter atau involunter dan berulang di tempat-tempat yang tidak sepatutnya. Untuk tujuan itu sesuai dengan lingkungan sosio-budaya individu yang bersangkutan sekurang-kurangnya sekali dalam satu bulan dan berlangsung selama kurang lebih 6 bulan serta terjadi saat usia kronologis dan mental anak sekurang-kurangnya 4 tahun, tanpa adanya penyebab organik. Terdapat dua tipe enkopresis yaitu tipe primer dan sekunder. Tipe primer adalah apabila terjadinya enkopresis tanpa didahului oleh periode kontinensia fekes sekurang-kurangnya dalam waktu satu tahun. Tipe sekunder adalah enkopresis yang sebelumnya telah didahului oleh periode kontinensia fekes sekurang-kurangnya dalam waktu satu tahun (14,23).

Pada kriteria diagnostik PPDGJ-II atau DSM-III, belum dicantumkan adanya batasan waktu berlangsungnya gangguan selama paling tidak 6 bulan, serta usia anak belum dipertegas sesuai dengan yang tercantum pada DSM-III R yaitu usia kronologik dan mental anak sekurang-kurangnya 4 tahun (32).



Banyak penulis menyetujui bahwa faktor yang penting untuk enkopresis adalah keluarnya feses pada tempat atau saat yang tak sepatasnya sesuai dengan kondisi sosiobudaya individu yang bersangkutan (31). Ketidak sesuaian tempat itu misalnya anak berak dicelana dalamnya atau pakaian tidurnya atau menaruh fesesnya di laci lemari, tempat kesayangannya, diatas selemba kertas, diambang pintu, ruang tamu (1,3,14,27,28,31). Bahkan pada beberapa anak mengoleskan fesesnya pada dinding atau tempat lainnya (12,14,19). Anak yang berak di pakaian dalamnya sering menyangkal dan mencoba untuk menyembunyikan pakaian kotornya (12,14,19, 21,34).

Enkopresis biasanya terjadi pada waktu siang sampai menjelang sore hari dan Levine mengatakan bahwa banyak anak enkopresis melakukannya diantara pk 15.00 sampai 19.00, jarang pada malam hari, hal inilah yang membedakannya dengan enuresis (1,21,24,28). Kejadian ini pada umumnya jarang bila anak berada disekolah (3,23,24,31). Enkopresis ini terjadi bervariasi dari sehari sekali sampai 1 - 2 kali sebulan (12,31).

Sejumlah persamaan kata untuk enkopresis adalah inkontinensia alvi, inkontinensia feses fungsional, inersia kolonik, megakolon psikogenik, inkontinensia ideopatik (12,24).

Dalam PPDGJ-I, enkopresis dimasukkan dalam kelompok gangguan situasional sementara dan gangguan khusus. Sedang PPDGJ-II, enkopresis masuk dalam kelompok gangguan lainnya dengan manifestasi fisik (32,36).

### III. EPIDEMIOLOGI

Insidensi dari enkopresis adalah tidak banyak bervariasi (17).

Menurut PPDGJ-II, DSM-III-R dan hampir sebagian besar peneliti menyepakati batasan usia untuk terjadinya enkopresis adalah  $\geq 4$  tahun. Hal ini diperjelas sesuai dengan definisi DSM-III-R (1987), bahwa onset enkopresis primer adalah pada usia 4 tahun dan onset enkopresis sekunder adalah pada sekitar usia 5 - 8 tahun (23).

Insidensi enkopresis tipe primer adalah sangat sedikit dibandingkan dengan yang tipe sekunder. Hal ini berbeda dengan enuresis tipe primer yang lebih banyak didapatkan dibandingkan tipe sekunder (14,23,24).



Beberapa faktor yang mempengaruhi insidensi dari enkopresis antara lain adalah :

### 1. Usia.

Dari penelitian Bellman (1961) terhadap 8863 anak usia 7-8 tahun yang duduk di kelas I sekolah dasar di Swedia. Didapatkan kesimpulan bahwa mayoritas anak telah mampu mengendalikan beraknya pada usia 4 tahun. Insidensi enkopresis untuk usia 7-8 tahun adalah 1,5% (3,12,21,24,27).

Gelder dalam studinya terhadap anak yang berusia 7 tahun mendapatkan bahwa insidensi enkopresis adalah 1,5% (14).

Levine MD di Boston pada tahun 1972 - 1974 mendapatkan insidensi enkopresis 3% pada anak yang berusia 4 tahun yang datang dipoliklinik anak. Olatawura pada tahun yang sama menghitung insidensi enkopresis ± 5,7% pada anak yang datang dipoliklinik psikiatri (24).

Davie dan kawan - kawan (1972), mendapatkan insidensi enkopresis untuk anak yang berusia diatas 5 tahun, sedikit diatas 1% (17).

Menurut banyak penyelidikan, prevalensi enkopresis menurun mendekati 0% pada anak usia 16 tahun (3,12,21,24,27).

### 2. Jenis kelamin.

Dari studi klinik yang dilakukan dibagian pediatri maupun psikiatri didapatkan data bahwa rata-rata anak laki-laki lebih banyak mengalami enkopresis dibandingkan anak perempuan dan hasil ini konsisten (17,21,24,35).

Bellman (1961) mendapatkan insidensi untuk anak laki-laki 2,3% sedang pada anak perempuan 0,7% jadi rasio laki-laki berbanding perempuan adalah 3,4 : 1% (3,17,23).

Rutter, Tizard, Whitmore (1970) melakukan studi di pulau Weigh untuk anak berusia 10 sampai 11 tahun. Didapatkan angka insidensi enkopresis 1,3% pada anak laki-laki, sedang 0,3% pada anak perempuan (3,17).

Beberapa sarjana antara lain Davie (1972), mendapatkan rasio insidensi enkopresis anak laki-laki dan perempuan adalah 3 : 1 (17). Pierce dan kawan-kawan, mendapatkan rasio 5 : 1 (12,31). Levine MD (1982) mendapatkan rasio 6 : 1 (27).

### 3. Faktor lingkungan.

Beberapa faktor lingkungan yang berperan dalam hal terjadinya enkopresis adalah pada anak-anak yang mengalami perpisahan dengan ibunya misalnya karena orang tua bercerai, ibu sakit kronis, ibu meninggal, masa permulaan masuk sekolah, kelahiran adik, pindah rumah (17,23,24,31).



Burn mendapatkan insidensi enkopresis yang tinggi pada anak yang berasal dari London dan pernah diungsikan kerumah penitipan yang berada didesa selama perang dunia ke-II (1,19,20,21,24).

Anak yang sudah sekolah, dapat menderita enkopresis karena berangkat tergesa-gesa dan fasilitas WC sekolah yang tidak nyaman (23).

#### 4. Faktor - faktor lain.

Pada budaya Barat, didapatkan distribusi enkopresis pada semua lapisan sosioekonomi (31).

Bellman (1961), mendapatkan hasil bahwa banyak kasus enkopresis pada anak laki-laki sulung dan kurang lebih 15% dari mereka mempunyai ayah dengan riwayat enkopresis (23).

Dari beberapa penelitian mengatakan bahwa 25% anak yang menderita enkopresis ternyata juga menderita enuresis, namun sebaliknya anak yang menderita enuresis hanya 8% yang mengalami enkopresis (12,17,23,31,33).

Pada tinjauan epidemiologi untuk enkopresis, tidak ada perbedaan dalam ukuran fisik anak bila dibandingkan dengan teman sebayanya, riwayat perkembangannya, besarnya keluarga, dan umur ibu saat mengandung (23,24,27,31).

#### IV. PROSES BERAK NORMAL

Normalnya rektum selalu dalam keadaan kosong. Keadaan ini diakibatkan karena adanya semacam sfinkter pada batas antara sigmoid dan rektum yang terletak kira-kira 20 cm dari anus. Akan tetapi, bila ada gerakan yang kuat mendorong feses kedalam rektum maka akan terjadi refleks berak atau refleks anorektal berupa kontraksi rektum dan relaksasi sfinkter ani (13,15).

Pengeluaran feses yang terus-menerus melalui anus dicegah oleh kontraksi tonus dari sfinkter ani interna dan eksterna. Sfinkter ani interna merupakan massa otot polos sirkuler yang terletak disebelah dalam anus dan diatur oleh susunan saraf otonom. Sedangkan sfinkter ani eksterna terdiri dari otot-otot bergaris terletak melingkar sedikit sebelah distal sfinkter ani interna, dan diatur oleh sistim saraf somatis dan secara sadar dapat dikendalikan (6,7,13,15,23).



Berak terjadi sebagai akibat adanya refleks berak yang prosesnya sebagai berikut (6,7,13,15,23):

1. Bila feses masuk ke rektum, regangan dinding rektum akan menyebabkan terjadinya impuls yang diteruskan melalui pleksus mysenterikus dan dapat menimbulkan gelombang peristaltik pada kolon, sigmoid dan rektum untuk mendorong feses ke anus. Setibanya gelombang peristaltik pada anus, sfinkter ani interna akan terinhibisi (terhambat) oleh adanya fenomena receptive relaxation. Apabila pada waktu ini sfinkter ani eksterna direlaksasikan, terjadilah berak. Keseluruhan mekanisme ini dikenal dengan refleks berak.
2. Sebenarnya refleks berak itu sendiri sangat lemah. Untuk menjadikan proses berak lebih efektif, maka perlu diperkuat oleh refleks yang melibatkan segmen sakralis medulla spinalis. Bila serat saraf aferen pada rektum terangsang, impuls akan diteruskan ke medulla spinalis, kemudian secara refleks kembali ke kolon desenden, sigmoid, rektum dan anus melalui serat saraf parasimpatis pada nervi orientes. Impuls para simpatis ini sangat memperkuat gerakan peristaltik dan merubah refleks berak dari gerakan yang lemah yang tidak efektif menjadi proses berak yang kuat yang kadang-kadang mampu mengeluarkan seluruh feses mulai dari plexura coli sampai ke anus.
3. Impuls aferen yang masuk ke medulla spinalis dapat pula menimbulkan kejadian-kejadian yang lain seperti inspirasi yang dalam, penutupan glotis dan kontraksi otot-otot abdomen untuk mendorong feses dalam kolon kebawah, dan pada saat yang sama dasar pelvis terdorong kebawah dan anus tertarik keatas untuk meloloskan feses kebawah.

Disamping refleks berak, sebelum proses berak timbul dengan nyata, terdapat pula proses lain yang menyertai yaitu (6,13,15):

1. Terjadinya kontraksi sfinkter ani eksterna sebagai reaksi reflek terhadap terjadinya relaksasi sfinkter ani interna serta terdorongnya feses ke anus. Reflek ini berfungsi untuk menunda berak dalam waktu sementara.
2. Dengan pikiran sadar, sfinkter ani eksterna dapat diatur apakah kontraksinya harus dihambat agar proses berak berjalan ataukah diperkuat sehingga menghambat proses berak untuk sementara, karena pada saat itu keadaan tidak memungkinkan untuk melakukan berak. Bila kontraksi ini terus dipertahankan,



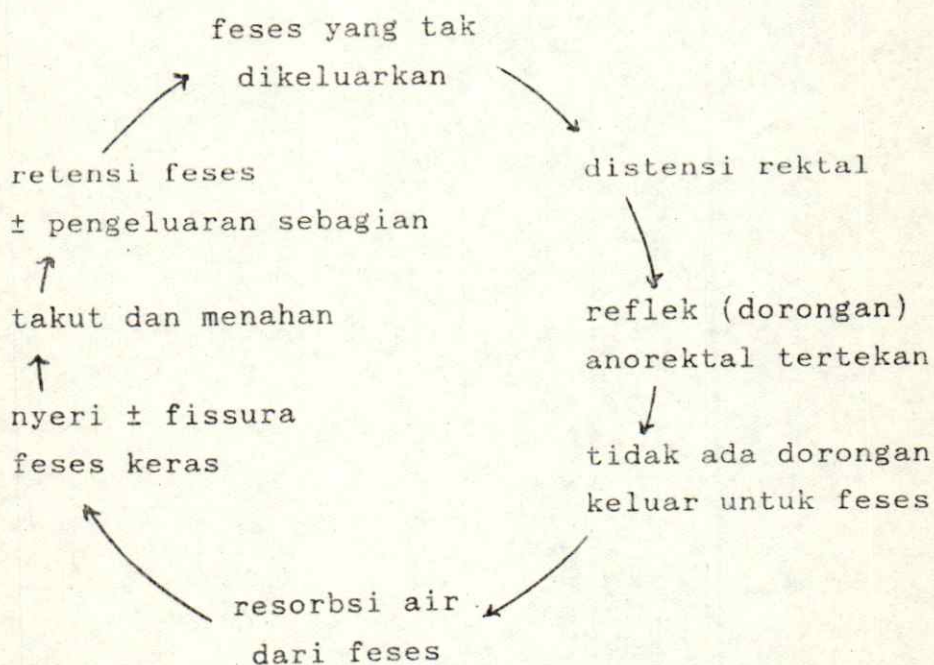
reflek berak akan menghilang dan biasanya tidak muncul lagi sampai ada tambahan feses yang memasuki rektum. Pada bayi, pengaturan sfinkter ani eksterna belum dapat dilakukan.

Apabila diinginkan untuk terjadinya berak, kadang-kadang refleksi berak bisa ditimbulkan dengan mengambil nafas yang dalam untuk menggerakkan diafragma kebawah dan kemudian mengkerutkan otot-otot abdomen. Gerakan ini akan mendorong feses ke rektum yang kemudian menimbulkan refleksi berak yang baru(2).

Dalam beberapa studi dijelaskan bahwa apabila terjadi distensi lambung maka akan menyebabkan kontraksi rektal yang akhirnya mendorong terjadinya berak (reflek gastrokolik) (7,23). Oleh karena itu berak setelah makan biasa didapatkan pada anak, sedangkan pada orang dewasa akan berefleksi dibawah kontrol volunter. Dinding rektum dan kanalis daerah anal mampu mengembang dan adaptasi untuk membantu fungsi sfinkter ani serta otot lainnya, hilangnya tonus dinding rektal akan mengakibatkan desensitisasi dalam menekan sejumlah feses yang banyak tertumpuk tanpa ada dorongan untuk berak dengan efek sistemik yang minimal (23).

Biasanya anak yang mengalami stres akan jarang berak dan akhirnya timbul konstipasi. Apabila konsistensi feses tetap lembek maka berak akan dapat dilakukan dengan mudah. Kalau feses tersebut keras, maka anak cemas dan takut untuk berak sehingga berusaha menahannya (8).

Durham Smith (1970) (8), mengajukan skema terbentuknya lingkaran setan antara terjadinya konstipasi dan ngebrok sebagai berikut :





## V. PERKEMBANGAN KEBIASAAN BERAK PADA ANAK.

Perkembangan kebiasaan berak anak sangat bervariasi, mulai dari suatu ketergantungan total pada ibunya sampai menuju ketidak tergantungan pada lingkungan (11).

Pada akhir tahun 1920, contoh feses merupakan bahan pemeriksaan yang penting saat melakukan "check up" pada anak. Para orang tua dan dokter sering memperhatikan kebiasaan berak anak daripada memeriksa anak secara keseluruhan. Yang perlu dipikirkan disini apakah keterlibatan orang tua dan dokter dalam memperhatikan pola berak anak justru akan menimbulkan ketegangan dan gangguan pada kebiasaan berak anak yang normal (9).

Menurut Spock bayi yang mulai makan makanan tambahan mula-mula berak 1-4 kali sehari, kemudian berkurang sampai 1-2 kali sehari. Ia menasehatkan bahwa saat dan jumlah berak untuk setiap harinya tidak perlu dicemaskan tetapi perubahan pola berak yang mendadak mungkin perlu diperhatikan (9).

Gesell dan Ilg mengatakan bahwa ketidakteraturan berak setiap hari selama masa perkembangan adalah hal yang biasa. Menurut pengamatan mereka 3-4 kali sehari adalah normal pada bayi berumur 4 minggu dan dihubungkan dengan saat bangun, makan atau saat aktivitas saluran pencernaan yang meningkat. Pada bayi yang berusia 8 minggu rata-rata berak 2 kali sehari, sering berhubungan dengan saat makan (8,9).

Pada bayi didapati adanya periode normal dimana bayi secara disadari meningkatkan kontrol sfinkter ani eksterna sehingga sering menahan beraknya. Periode ini terjadi pada usia 4-5 bulan dan gejala ini hilang saat bayi dapat merangkak dan duduk. Gejala menahan berak ini timbul lagi pada usia 16 bulan dan usia 2 tahun yakni bersamaan dengan timbulnya negativistik pada anak. Ada periode-periode dimana anak karena pada waktu masa bayinya dilatih berak terlalu dini (kurang dari 8 bulan) atau terlalu kasar menyebabkan anak mempunyai kebiasaan menyimpan beraknya dengan cara tertentu atau tempat tertentu (9).

"Toilet training" layak dilakukan secara bijaksana pada saat anak berumur 2 - 3 tahun, tetapi ada beberapa anak meskipun anak dilatih sejak usia tersebut namun  $\pm$  50% masih belum dapat mengendalikan beraknya dengan baik (8,35).



Dalam masa perkembangan kebiasaan berak pada anak, dapat ditemui keadaan sebagai berikut :

1. Pada periode tertentu mungkin anak sudah dapat mengendalikan beraknya, namun karena mendapat trauma psikologis terjadilah reaksi regresi sehingga anak menjadi tidak mampu lagi untuk mengendalikan beraknya (enkopresis tipe sekunder) (17,23).
2. Anak memang belum pernah dapat mengendalikan beraknya karena:
  - a. *Masih belum cukup usia.*  
Anak memang masih belum cukup umur untuk mampu mengendalikan beraknya (usia < 4 tahun). Dikatakan dalam hal ini masih sesuai untuk usia tersebut, ditinjau dari segi garis perkembangan menurut teori Anna Freud, Gesell, Lavietes (11,17,23).
  - b. *Sudah cukup usia ( $\geq 4$  tahun) namun kenyataannya masih belum bisa mengendalikan beraknya.* Dalam hal ini kemungkinan anak menderita retardasi mental, psikosis, kelainan organik, atau enkopresis tipe primer (15,17,23).

Perkembangan kemampuan berak anak menurut Gesell dan kawan-kawan, adalah sebagai dijelaskan dibawah ini (4,7,17,23).

#### *Menjelang usia 10 bulan.*

Anak sudah mampu duduk dan dapat beradaptasi untuk berak dalam pot bila ibu memotivasinya. Namun sampai usia satu tahun biasanya anak masih belum juga dapat berhasil dalam "toilet training", malahan sering timbul hambatan-hambatan.

#### *Usia 15 bulan.*

Masih ada sedikit hambatan tetapi sudah dapat berak di toilet sesuai naluri anak dengan mengambil posisi jongkok.

#### *Usia 2 tahun.*

Anak sudah dapat bicara dan mengerti proses berak dan mampu dilatih menggunakan toilet setelah celana dalamnya dibuka.

#### *Usia 3 tahun.*

Anak dapat mengerti hubungan antara sensasi fisik dari rektum yang penuh dan harapan masyarakat agar anak mampu menahan fesesnya bila berak tak memungkinkan. Anak dapat menerima atau meminta pertolongan.

#### *Usia 4 tahun.*

Anak melakukan sendiri bila ada desakan untuk berak dan menutup pintu WC. Anak ingin tahu bagaimana berak itu terjadi dengan memperhatikan ukuran, bentuk, warna dan konsistensi fesesnya dan secara terang-terangan mengomentarkannya, merasa senang atas keberanian serta produktivitasnya.



Menurut konsep perkembangan kebiasaan berak yang diajukan oleh Anna Freud, yaitu perkembangan dari mulai anak ngompol dan ngebrok sampai perkembangan untuk menuju tercapainya kemampuan mengendalikan berak dan kencingnya. Disamping itu anak juga harus sudah mampu berak dan kencing pada tempatnya selajaknya secara mandiri tanpa tergantung dari lingkungan atau menuju kemandirian fisik (11).

Garis perkembangan tersebut melewati beberapa fase yaitu :

1. Fase I : Pada fase ini, bayi masih mempunyai kebebasan dalam berak dan kencingnya. Hal ini banyak disebabkan karena lingkungan masih menerima hal tersebut dan bukan faktor maturasi. Kemudian dengan berlangsungnya waktu maka ibu akan membiasakan atau mengatur berak anak sesuai dengan kebutuhan ibu, keluarga, sosial, keperluan medis. Kondisi seperti ini akan berlangsung beberapa hari sampai umur 2 - 3 tahun. Pada waktu bayi lahir maka latihan berak berdasarkan hubungannya dengan obyek dan pengendalian egonya.
2. Fase II : Berbeda dengan fase I, fase II ini mulai dengan adanya maturasi, "drive activity" sudah ada. Anak mulai melewati fase oral menuju ke fase anal. Pada masa transmisi ini anak menjadi bersifat lebih keras dalam menentang setiap intervensi yang menyangkut sesuatu dimana secara emosional merupakan hal-hal vital bagi dia. Pada fase ini body products sangat erat hubungannya dengan libido. Body products ini merupakan sesuatu yang sangat berharga bagi anak dan diperlakukan sebagai suatu hadiah kepada ibunya untuk tanda cintanya.

Sementara anak masih lekat dengan agresinya, maka anak akan memakai beraknya sebagai suatu senjata untuk melampiaskan kemarahannya, kekecewaannya dalam hubungannya dengan obyek. Reaksi anak pada fase ini didominasi dengan sikap ambivalensi antara cinta dan benci.

Pada fase anal, didapati adanya rasa ingin tahu yang besar terhadap apa yang ada dalam badannya, kesenangannya untuk melakukan hal-hal yang kotor, mengaduk-aduk dan bermain dengan menahan, mengosongkan, menimbun benda-benda (barang, air, pasir, tanah) seperti ia bersikap menguasai, memiliki dan menghancurkan benda tersebut.

Dalam menjalankan "toilet training", apabila ibu memahami tentang kebutuhan anak dalam fase perkembangannya, maka dia dapat menjalankan secara simpatik antara tuntutan-tuntutan lingkungannya akan kebersihan dengan kecenderungan anal dari anak (menyukai hal yang kotor-kotor). "Toilet training"



dianjurkan untuk dilakukan secara bertahap, tetap dan tanpa adanya pertentangan antara ibu dan anak. Akan tetapi sikap simpatik seperti yang disebutkan diatas mungkin tidak akan bisa dilaksanakan oleh ibu apabila pengalaman ibu sendiri pada masa kecilnya mendapatkan "toilet training" dengan kekerasan. Sikap simpatik tersebut juga tidak tidak akan bisa dilakukan oleh ibu apabila terdapat sifat keteraturan dan ketelitian yang berlebihan, reaksi formasi terhadap rasa jijik serta kepribadian obsesi dari ibu.

Apabila ibu didominasi oleh keadaan diatas maka dia akan melakukan "toilet training" dengan kekerasan dan dengan cara yang tidak kompromi dan disertai paksaan. Sedang anak cenderung mempertahankan haknya untuk bisa mengosongkan berak dan kencingnya menurut kemauannya sendiri.

3. Fase III : Anak mulai menerima dan mengambil alih sikap ibu dan lingkungan terhadap kebersihan melalui proses identifikasi dan hal ini akhirnya menjadi kesatuan dari ego dan superego-nya. Mulai saat ini dan seterusnya perjuangan terhadap kebersihan merupakan bagian dari dalam dirinya. Dorongan anal diatasi dengan mekanisme pembelaan ego yang terkenal dengan represi dan reaksi formasi.

Proses identifikasi dan internalisasi, tidak akan menjadi mantap sebelum melewati oedipus kompleks. Pengendalian anal pada masa preoedipal tetap merupakan hal yang sangat peka terutama terhadap permulaan fase ke III, dan masih tergantung pada obyek-obyek dan stabilitas dari hubungan yang ada diantara obyek-obyek tersebut. Contohnya yaitu anak yang dilatih berak dipot atau toilet waktu dirumah, tidak bisa berubah secara otomatis pada hal-hal yang tidak terbiasa.

Anak yang kecewa terhadap ibunya terpisah dari ibunya atau kehilangan obyek cintanya, mungkin tidak saja akan kehilangan dorongan-dorongan internal untuk kebersihan tetapi juga akan beraksi secara agresif dengan memanipulasi pengendalian berak atau kencingnya. Keadaan ini akan menimbulkan gejala ngompol dan ngebrok yang nampak sebagai kejadian yang tak disengaja ("accident").

4. Fase IV : Pengendalian berak dan kencing sudah menjadi mantap. Hal ini timbul setelah kepedulian terhadap kebersihan tidak lagi dikaitkan dengan obyek dan sekarang merupakan hak otonomi dari ego dan superego. Anak merasa tidak enak sendiri apabila waktunya berak dia tidak berak ditempat yang semestinya (layak).



Menurut penelitian Stein dan Susser (1967) (17), hampir 100% anak mampu mengendalikan kencing dan berak pada usia 42-48 bulan.

Dijelaskan oleh Freud bahwa apabila pada masa kecilnya anak mendapatkan pengalaman "toilet training" yang tidak menyenangkan maka hal tersebut dapat menyebabkan terjadinya fiksasi pada fase anal (3,9).

## VI. PENYEBAB

Walaupun definisi enkopresis meniadakan penyebab organik tetapi banyak studi menjelaskan bahwa beberapa anak dengan enkopresis mempunyai gerakan peristaltik yang tak efisien dan tak efektif dalam waktu lama. Keadaan tersebut oleh Davidson dan kawan-kawan dikatakan sebagai *irritable colon of childhood* (8,23,24,25,31).

Ada beberapa hal yang dapat sebagai penyebab kelainan fungsi berak anak, yakni (9,23) :

- A. Dalam perkembangan anak didapati tiga masa perkembangan yang merupakan masa kritis untuk timbulnya enkopresis, yaitu (27) :
1. Pada tahap I dari perkembangan (usia 0 - 2 tahun).

Dalam masa ini anak mungkin mengalami keadaan-keadaan yang akan merupakan pengalaman awal serta predisposisi untuk terjadinya enkopresis pada usia selanjutnya. Keadaan itu antara lain:

### a. Konstipasi.

Perhatian dini terhadap gejala konstipasi bayi mungkin dapat mencegah kesukaran berak secara kronik di kemudian hari misalnya konstipasi spastik, feses berukuran besar dan keras, dapat diberikan diet dan laksansia ringan. Feses yang keras itu akan menyebabkan fissura ani atau rasa nyeri pada saat berak, sehingga dapat menyebabkan anak baik secara sadar dan berefleks tanpa disadari akan menahan beraknya. Menahan berak ini akan merupakan penyebab terjadinya konstipasi kronis pada anak. Hal ini akan mencemaskan orang tuanya sehingga orang tua akan lebih mengontrol berak anak (a vicious circle) (8,9).





b. Pernah menderita inersia kolon, anus imperforatus atau masalah anorektal yang menyebabkan anak harus dioperasi.

Enkopresis dapat terjadi karena masalah psikologis akibat intervensi yang terlalu dini pada daerah anus.

c. Mendapatkan penanganan yang bersifat memaksa dan agresif seperti :

- penggunaan yang berlebihan dari suppositoria dan enema
- manipulasi digital

Istilah *Anal Stamp* diberikan pada anak yang mempunyai kesukaran dalam fungsi beraknya pada saat bayi. Anak-anak yang secara kebetulan dalam pengalamannya mendapatkan kondisi yang dapat mengarah kekelainan fungsi sebagaimana disebutkan diatas mengakibatkan ketakutan dan tegang secara berlebihan saat berak (27).

2. Pada tahap II dari perkembangan (usia 2 - 5 tahun).

Tahap ini adalah merupakan periode latihan dan otonomi. Bagi seorang anak, latihan berak merupakan masalah besar. Sedang bagi beberapa anak, toilet merupakan hal yang menakutkan. Apabila disamping keadaan diatas didapati pula adanya kesulitan dalam masalah berak pada tahap sebelumnya, maka hal-hal tersebut akan berpotensi untuk terjadinya enkopresis.

Pada beberapa kasus ketakutan anak akan toilet sering disebabkan oleh fantasi-fantasinya yang berkaitan dengan toilet, misalnya ada mahluk laut menggigit bila anak duduk diatas toilet atau ada bayi lahir dit toilet dan lain sebagainya (23). Pada keadaan tertentu ketakutan itu normal, namun banyak kasus karena takutnya pada toilet menyebabkan seorang anak takut atau menahan keinginannya untuk berak sendiri. Beberapa anak tidak takut pada toilet, tetapi hanya sebentar berada disana sehingga beraknya tidak tuntas. Sebagai akibatnya adalah obstipasi yang kemudian diikuti oleh enkopresis.

Dibalik ketakutan anak terhadap toilet ada beberapa keadaan yang dapat saling berpotensi sehingga terjadinya enkopresis, misalnya sikap orang tua dan konflik orang tua dengan anak tentang masalah kebebasan dan ketergantungannya. Dalam keluarga dimana terdapat perselisihan antara orang tua dengan anak tentang bagaimana seharusnya tidur atau makan biasanya pasti juga melibatkan masalah kamar



mandi. Sebenarnya konflik-konflik tersebut bukanlah masalah psikopatologi keluarga yang serius. Kebanyakan penyebabnya adalah karena ketidaktahuan dari anak, salah menentukan prioritas dan kurangnya bimbingan. Nampaknya pendidikan dan bimbingan terhadap orang tua dapat mencegah kasus-kasus enkopresis.

3. Pada tahap ke - III dari perkembangan (usia awal masuk sekolah dasar).

Tahap ini adalah merupakan periode dari fungsi ekstramural. Anak-anak yang mempunyai faktor-faktor potensial seperti tersebut diatas, maka pada periode ini dapat menjadi mudah terkena enkopresis dengan ditambah adanya hal-hal tersebut dibawah ini :

- Adanya stres yang berasal dari arena bermain. Misalnya terlalu asyik bermain sampai tidak menyadari adanya desakan untuk berak dan baru sadar saat fesesnya sudah di celananya (23,27,35).
- Anak yang sering terlambat bangun dipagi hari dan tak sempat berak karena takut ketinggalan bis (7,23).
- Anak menghindari fasilitas toilet yang tidak menyenangkan. Misalnya WC di rumah atau di sekolah yang keadaannya gelap, berbau busuk, kotor, antri, tanpa pintu atau tempatnya terpisah dari rumah induk dapat menyebabkan anak berkembang menjadi enkopresis. Tempat duduk pada WC modern, dapat merupakan salah satu faktor ketidaknyamanan dalam melakukan berak karena tungkai anak terjuntai. Hal ini berbeda pada cara alamiah untuk berak dengan posisi jongkok (16,23).
- Beberapa anak menjadi enkopresis setelah mendapat perawatan yang lama karena menderita penyakit seperti gastroenteritis. Karena dalam keadaan tersebut ritme berak bisa terganggu, dan anak tersebut tidak dapat mengkompensasi.
- Hiperaktivitas dan sifat tidak sabar seperti umumnya pada anak, menyebabkan beraknya tak pernah tuntas.
- Anak yang sebelumnya sudah dapat mengendalikan berak dengan baik, karena mendapatkan stres psikososial yang berarti maka mengalami regresi dengan menunjukkan gejala enkopresis. Stres psikososial ini merupakan penyebab terbanyak dari terjadinya enkopresis, biasanya berupa perpisahan seperti adanya kelahiran adik baru, orang tua yang bercerai, hubungan orang tua yang tidak harmonis,



ibu sakit kronis, ibu meninggal, permulaan masuk sekolah, pindah rumah dan lain sebagainya (1,7,14,17,19, 20,23).

#### B. Sikap ibu.

Ibu yang menangani anaknya dengan gangguan pencernaan, kesulitan berak, atau ngebrok akan berlaku sama seperti perlakuan yang pernah terjadi pada dirinya. Ibu mengalihkan konflik analnya pada anak, mengontrol berak anak seperti mengontrol dirinya sendiri. Ibu tampak sangat perhatian terhadap keinginan dan nilai-nilai sosial termasuk sikap terhadap kebersihan, rapi dan sopan (9,23,36). Menurut beberapa penulis, ibu dari anak dengan enkopresis digambarkan sebagai seorang yang sadomasokhistik, anal sadistik, obsesif, dan kompulsif, sangat kritis, selalu mencela, pengontrol, ada rasa permusuhan yang tersembunyi, selalu merasa jijik dan mengejar kebersihan. Hal ini terjadi akibat dorongan anal yang kuat yang tak disadari oleh ibu-ibu tersebut. Disamping itu ibu sering bersikap dominan dirumah, mengalami depresi, tidak puas pada pernikahannya dan peranannya sebagai ibu. Sedang ayah dari anak dengan enkopresis bersifat acuh, pasif, tidak akrab dengan anak (12,29). Sebagai akibat dari sikap ibu tersebut diatas maka anak-anaknya menjadi pasif, tergantung, imatur, patuh pada otoritas dan kontrol dari ibu, merasa takut untuk dihukum dan takut membalas dendam (9,11,36).

#### C. Masalah "toilet training"

Banyak publikasi telah melaporkan tentang kesalahan dalam melakukan "toilet training" dapat mengakibatkan enkopresis. Yang dimaksud dengan "toilet training" disini adalah usaha untuk melatih anak agar dapat kencing dan berak pada saat dan tempat yang sepantasnya sesuai harapan pelatih (orang tua) (35).

Beberapa kesalahan yang berkaitan dengan "toilet training" tersebut antara lain adalah :

1. "Toilet training" yang dilaksanakan terlalu dini dan disertai kekerasan.

"Toilet training" yang dilakukan oleh ibu terlalu dini dan dengan kekerasan akan merampas kebebasan anak dalam mengendalikan beraknya. Anak akan menunjukkan pemberontakannya terhadap sikap ibu ini yaitu dengan menggunakan



feses sebagai amunisi (9,11,23). Pada awal dilakukan "toilet training", anak berhasil dengan baik kemudian keadaan tersebut menimbulkan rasa permusuhan dan pemberontakan pada diri anak, sehingga anak akan ngebrok sebagai penyaluran agresinya (3,11,17,22,35).

2. "Toilet training" yang dilaksanakan secara kaku dan memaksa Hal ini dilakukan oleh orang tua (ibu), yang sangat memperhatikan aturan-aturan mengenai kebersihan sesuai dengan pengalamannya dimasa lampau dan berlebihan dalam mengontrol berak anak (1,3,12,17,23,27,28,31,35,36).

Ibu yang berlebihan dalam mengontrol defekasi anak ini mungkin disebabkan kurang mengerti keadaan anak dan kurang bertoleransi terhadap kejadian. Anak mengalami reaksi yang berlebihan dan menimbulkan regresi untuk sementara. Ngebrok adalah kebiasaan yang sering sebagai akibat kompensasi untuk mencari kepuasan dalam keluarga dimana kurangnya kasih sayang dari orang tua. Dipakainya ngebrok sebagai senjata untuk menunjukkan supermasinya (7).

3. Tidak pernah mendapatkan "toilet training" sama sekali Misalnya karena kesibukan orang tua atau fasilitas toilet yang kurang memadai pada golongan sosioekonomi rendah atau daerah-daerah yang sangat padat (crowded urban areas) (3,35). Juga karena sikap orang tua yang terlalu melindungi anak, sehingga anak tidak berusaha menghentikan ngebroknya (3,12,17).

## VIII. GAMBARAN KLINIK.

Banyak usaha telah dilakukan untuk mengklasifikasi beberapa tipe dari enkopresis berdasarkan gambaran kliniknya.

Pembagian yang paling banyak dianut oleh banyak pengarang adalah (10,14,21,22,24,26,27,30,32) :

1. Enkopresis tipe primer (continuous).
2. Enkopresis tipe sekunder (discontinuous).

Easson (1960) (35), membagi enkopresis menjadi :

1. *Primary infantile encopresis*. Terdapat pada anak yang tidak pernah dilatih dan tidak mengalami konstipasi.
2. *Primary reactive encopresis*. Terdapat pada anak yang tidak pernah dilatih dan mengalami konstipasi serta "overflow".



3. *Secondary infantile encopresis*. Terdapat pada anak yang mendapat "toilet training" tapi terjadi regresi dan timbulah inkontinensia tanpa konstipasi.
4. *Secondary reactive encopresis*. Terdapat pada anak yang mendapat "toilet training" tapi mengalami inkontinensia dengan konstipasi.

Barker, P. (1988) (3) membedakan enkopresis dalam beberapa tipe, yaitu :

1. Tipe retensi, dimana dalam kolon dan rektum terdapat feses yang tertumpuk dalam jumlah abnormal. Keadaan ini dapat disebabkan oleh :
  - a. Gangguan fisik
    - Fissura ani
    - Penyakit Hirschprung
  - b. Gangguan emosi
    - marah atau cemas yang direpresi
    - Toilet training yang dimulai terlalu dini
    - negativistik, akibat toilet training yang kaku atau dengan ancaman.
2. Tipe tanpa retensi

a. Continuous

Pada keadaan ini, enkopresis terjadi sejak lahir. Cenderung didapatkan pada anak yang kurang terawat dan "toilet training" yang kurang. Anthony (1957), menyebutkan anak enkopresis tipe "continous" adalah sebagai "dirty child" yang berasal dari lingkungan yang kotor dan mempunyai banyak masalah sosial. Misalnya fasilitas rumah yang tidak memuaskan, beban hutang, orang tua tidak bekerja atau terlibat kriminal, disiplin "toilet training" yang kurang dan insiden enuresis tinggi. Anak sering membolos dari sekolah dan nilai akademiknya dibawah rata-rata (29).

b. Discontinuous

*Regressive soiling* biasanya adalah reaksi akibat stres yang terjadi akut atau terus menerus disertai regresi dari perilaku. Keadaan ini dapat diklasifikasikan sebagai reaksi penyesuaian misalnya diare sebelum menempuh ujian (17,23).

*Agresive soiling*, mempunyai psikopatologi yang sama dengan yang terdapat pada tipe retensi yang disebabkan oleh emosi atau psikogenik. Anak menolak melakukan berak pada tempat yang dikehendaki oleh orang tuanya. Keadaan ini didapatkan pada orang tua yang terlalu mengontrol berak anak. Anak biasanya cerdas dan sukses di sekolah.



Gambaran klinik tidak selalu jelas seperti pembagian diatas dan sering didapati enkopresis yang sifatnya campuran dari tipe-tipe yang ada (3).

Herson, L.(1985) (17), membedakan 4 tipe pengotoran feses:

1. Kemampuan anak dalam mengendalikan beraknya sudah adekwat, sehingga anak sudah dapat mengontrol proses fisiologi dari beraknya, akan tetapi anak masih berak pada tempat yang tidak pantas atau mengoleskan fesesnya didinding. Keadaan ini hanya terjadi sementara yaitu pada saat anak menghadapi stres psikologis (misalnya, kelahiran adik baru, mulai sekolah dan lain sebagainya). Biasanya terkontrol kembali bila stres berkurang setelah mendapat penanganan yang baik dan lingkungan rumah yang diperbaiki.
2. Kemampuan anak dalam mengendalikan berak tidak adekwat.  
Keadaan ini terdapat pada anak yang tidak menyadari bahwa dirinya ngebrok. Feses biasanya konsistensi normal, keluar tak disengaja pada pakaian dalamnya terjadi di sekolah atau di rumah. Kasus-kasus demikian ditemui pada anak dengan retardasi mental, gangguan neurologikal (misalnya cerebral palsy, spina bifida), dan pada anak enkopresis tipe primer.
3. Kasus ngebrok dengan disertai cairan feses yang berlebihan.  
Keadaan ini terdapat pada anak yang diare akibat penyakit fisik, atau pada keadaan cemas. Juga pada anak yang menderita konstipasi yang mengarah menjadi retensi feses dan "overflow", feses nampak konsistensinya padat. Keadaan ini akibat toilet training yang dilakukan berlebihan.
4. Perilaku berak yang tak pantas karena "takut" menggunakan toilet. Seperti pada anak yang takut duduk di WC atau tempat disekitar WC tersebut. Keadaan ini disebut "toilet phobias" atau sindrom penolakan toilet.

Meskipun berdasarkan gambaran klinis didapati berbagai macam enkopresis namun pada umumnya gejala enkopresis adalah (17,23,27,31) :

*Keluarnya feses yang berulang.*

Anak enkopresis biasanya berak dicelana atau tempat yang tak sepatasnya secara diam-diam. Gejala ini hampir selalu siang atau sore hari, sering pada perjalanan pulang dari sekolah. Frekwensinya bervariasi dari setiap hari sampai 1 - 2 kali sebulan. Celana bekas beraknya tersebut sering disembunyikan dan hanya secara tak sengaja ditemukan orang tua



mereka disekitar rumah. Kadang-kadang nampaknya mereka tak menyadari dan tak mempedulikan gejala tersebut. Apakah ini mencerminkan suatu usaha untuk menghindari perasaan malu melalui mekanisme penyangkalan atau memang terjadi penurunan sensasi, belum jelas betul (12,23,27).

#### *Konstipasi dan retensi.*

Levine (1982) (27), mengemukakan bahwa semua anak dengan enkopresis menahan fesesnya, setidaknya-tidaknya secara intermiten. Kecenderungan ini sulit dijelaskan karena secara klinis cepat berubah-ubah.

Dari rontgen foto abdomen dan pemeriksaan rektal bisa diperkirakan derajat dari retensi yang terjadi. Hal ini dapat membantu dalam evaluasi klinik. Beberapa anak secara jelas menunjukkan adanya konstipasi rektal, sedang lainnya sulit ditentukan adanya feses dalam kolon. Dari beberapa penelitian didapatkan hasil 50-60% anak enkopresis menderita konstipasi dan retensi (2,8,23,27,35).

#### *Fissura, haemorhoid, obstipasi.*

Apabila konstipasi dan retensi feses ini berlangsung lama, maka akan mengakibatkan umpan balik dari sistim saraf sensori sehingga dorongan untuk berak menjadi lemah (lihat pada bab proses berak normal). Dinding rektum teregang dan tidak mampu berkontraksi dengan cukup baik. Akibatnya terjadi peningkatan absorpsi air dan garam dari bahan feses, sehingga menyebabkan feses menjadi lebih padat dan besar. Berak akan terasa nyeri dan keadaan ini berkembang menjadi fissura atau hemorhoid. Proses yang tak menyenangkan ini mengakibatkan anak menghindar untuk berak dan menimbulkan obstipasi (8,23,27).

#### *Paradoxical diarrhea.*

Beberapa dari anak enkopresis, ditandai dengan *overflow* yakni keluarnya feses dalam jumlah sedikit dan berbentuk cair atau agak cair dicelana dalamnya tanpa ada keluhan konstipasi. Keadaan ini dikatakan sebagai "paradoxical diarrhea". Keadaan ini dapat terjadi tanpa atau dengan adanya retensi feses. Bila terdapat retensi feses maka feses cair tersebut berasal dari cairan usus yang keluar lewat celah-celah feses yang mengeras dalam rektum. Oleh karena itu tidak heran apabila orang tua maupun dokter sering salah menginterpretasikan keadaan ini (18,19). Dari 76 anak yang diteliti oleh Davidson, 10% pernah didiagnosa sebagai diare tetapi sebenarnya menderita enkopresis. Ada atau tidaknya retensi feses sering membingungkan orang tua. Orang tua sering tidak mempedulikan atau



tidak memperhatikan pola berak anaknya pada usia sekolah. Davidson dan kawan-kawan mengatakan bahwa tanpa bantuan rontgen foto abdomen, orang tua sering tidak tahu bahwa anaknya mengalami konstipasi (8,35).

#### *Nyeri perut.*

Mereka yang menderita enkopresis cukup lama dapat mengembangkan toleransinya terhadap tegangan kolonnya dan kadang-kadang saja mengeluh rasa sakit. Pada beberapa penelitian didapatkan hasil bahwa 60% anak dengan enkopresis menderita nyeri pada abdomen yang berulang, intermiten dan berlokasi disekitar peri umbilikus (2,23,24).

#### *Enuresis.*

Dari beberapa penelitian didapatkan 25% anak yang menderita enkopresis ternyata juga menderita enuresis. Hal ini kemungkinan akibat dari pembengkakan rektum yang dapat mengecilkan ukuran kandung seni dan menimbulkan gejala sering kencing. Pengobatan untuk retensi feses sering dapat mengurangi gejala enuresis ini (5,19,20,23,24).

#### *Menarik diri dan suka menyendiri*

Anak yang menderita enkopresis sering menarik diri dan suka menyendiri. Tidak mampu mengendalikan beraknya adalah hal yang memalukan dan menyebabkan anak-anak tersebut selalu berada dalam ketakutan akan ejekan teman-teman sebayanya. Rasa percaya diri menurun, sehingga terjadi penarikan diri dari pergaulan sosial, cemas, depresi dan sering muncul gejala somatik abdomen yang lain. Mereka sering mengisolasi dirinya dan menunjukkan gejala ketergantungan yang berlebihan (23,25,27).

Biasanya enkopresis mendatangkan konflik, karena orang tua, kakek, tetangga sering menggunjingkannya dan berbeda pendapat baik tentang penanganan dan penyebab masalah ini. Acara-acara keluarga tak pernah bebas dari rasa cemas, dan anak yang menderita sering menyalahkan dirinya sendiri karena suasana baik di mobil, dirumah teman, restoran bisa jadi kacau. Orang tua mungkin enggan mengundang tamu kerumah karena bau yang tak sedap. Anak enkopresis sering mendapat julukan yang menyakitkan dari saudara kandung dan teman sebayanya, sehingga anak jarang mau membicarakan masalahnya secara terbuka kepada orang dewasa (27,34).

Dalam beberapa kasus anak enkopresis merupakan cerminan kebodohan atau kemalasan orang tuanya yang tidak punya inisiatif untuk meminta pertolongan. Orang tua malu dan tabu membi-



carakan masalah defekasi, sehingga lambat meminta pertolongan. Anak-anak ini lebih sering dihukum oleh dunia orang dewasa, karena mereka tidak segera pergi ke toilet (diduga anak malas dan hanya mau menarik perhatian). Padahal anak tersebut memang tidak tahu atau tidak merasa bahwa fekesnya akan keluar. Sehingga anak yang menderita enkopresis kronik tidak peka akan bau fekesnya yang menusuk hidung (27).

Gejala-gejala lain yang kadang-kadang didapatkan bersamaan yaitu takut ke sekolah, nafsu makan yang buruk, temper tamtrum, hiperaktif, keras kepala dan lain sebagainya (1,17,24,25).

### VIII. DIAGNOSIS

Diagnosis enkopresis ditegakkan berdasarkan anamnesa yang cermat serta pemeriksaan fisik yang teliti untuk melihat adanya kelainan congenital atau kelainan fisik lainnya (27,35).

Kriteria diagnostik enkopresis menurut PPDGJ-II (1983) (32) atau DSM-III adalah sebagai berikut :

- A. Pengeluaran fekes dengan konsistensi normal atau hampir normal secara volunter atau involunter dan berulang ditempat-tempat yang tidak sepatasnya untuk tujuan itu, sesuai dengan lingkungan sosiokultural individu yang bersangkutan.
- B. Terjadinya paling sedikit satu kali sebulan, sesudah umur 4 tahun.
- C. Tidak disebabkan oleh gangguan fisik, seperti megakolon aganglionik.

Sedang kriteria diagnostik menurut DSM-III R (1987) (23) untuk enkopresis fungsional adalah :

- A. Keluarnya fekes berulang kali ditempat yang tidak sepatasnya (misalnya pakaian, lantai) baik volunter atau involunter. Gangguan tersebut bisa saja sekunder dari retensi fekes secara fungsional.
- B. Terjadi sekurang-kurangnya sekali sebulan selama paling tidak dalam waktu 6 bulan.
- C. Usia kronologik dan mentalnya sekurang-kurangnya 4 tahun.
- D. Tidak disebabkan oleh gangguan fisik seperti megakolon aganglionik.

Pemeriksaan psikiatri dilakukan, dengan mengadakan wawancara langsung baik terhadap orang tua (ibu) maupun anak. Kepada orang tua perlu ditanyakan, usia terjadinya onset, pola penggu-







naan toilet, pola atau variasi enkopresis, kondisi lingkungan, gejala khusus sebelum terjadinya enkopresis, gejala sekunder, dan bagaimana tanggapan anak dan keluarga menghadapi masalah ini (27,31).

Bila terdapat kesulitan dalam mengenali perilaku anak atau latar belakang kesulitannya dapat dicoba dengan melakukan tehnik proyektif melalui play therapy, menggambar atau membuat model dari tanah liat (19).

Pemeriksaan fisik yang dilakukan, adalah dengan palpasi pada abdomen dan pemeriksaan rektal secara hati-hati. Pada kasus enkopresis sekunder yang ditandai dengan overflow, pada pemeriksaan abdominal akan teraba masa dari feses dan juga dalam pemeriksaan digital pada rektum didapati penuh feses (3,17,23,31).

Pemeriksaan radiologi yaitu foto polos abdomen berguna untuk mengevaluasi enkopresis yang disertai retensi feses dan melihat eksistensi megakolon (3,5,12,25). Hanya beberapa kasus memerlukan pemeriksaan dengan barium enema (12). Pemeriksaan ini penting karena banyak orang tua mengira anaknya yang menderita "overflow incontinenasia" dianggap sebagai masalah diare, padahal sebenarnya anak mengalami konstipasi (5,12).

## IX. DIAGNOSIS BANDING

Diagnosis banding untuk enkopresis fungsional adalah (7,18,23,27):

### 1. Penyakit Hirschsprung.

Dibawah ini adalah tabel yang menjelaskan perbedaan antara enkopresis dengan penyakit Hirschsprung menurut Garrard dan Richmond (7,27).

Enkopresis	Penyakit Hirschsprung
- Keluhan : pengotoran feses	- Konstipasi, tanpa pengotoran feses.
- Onset : 2 tahun atau lebih	- Sejak lahir/ beberapa minggu kemudian.



- Riwayat :

- |  |   |
|--|---|
| . latihan yang bersifat memaksa/dengan kekerasan         | . tidak ada   |
| . latihan berhasil beberapa saat / tidak berhasil.       | . berhasil  |
| . jarang menggunakan toilet                              | . penggunaan toilet sukses.                               |
| . posisi saat defekasi<br>* berdiri/ jongkok             | * duduk dan sedikit keinginan untuk defekasi.             |
| . kolik, nyeri perut + berulang, feses besar dan banyak. | . jarang nyeri, feses berbentuk butir-butir dan melimpah. |

- Tidak pernah mengalami gangguan obstruksi usus

- Sering mengalami gangguan obstruksi usus.

- Pemeriksaan fisik:

- . rektum penuh feses

- . rektum kosong

- Kelainan yang ditemui:

- . psikologik

- . organik, sejumlah saraf yang melayani usus tidak berkembang sempurna sehingga usus tidak berfungsi normal.

- . anatomik: tidak ada

- . aganglionik kolon/rektum.

- Diagnosis

- . anal manumetrik: normal
- . biopsi rektal: normal

- . abnormal
- . aganglionosis.

2. Konstipasi dan retensi feses yang disertai "overflow" dapat terjadi karena terganggunya keseimbangan ion (misalnya hipokalemi dan hipokalsemi, dehidrasi, efek pengobatan) atau bermacam-macam gangguan neuromuskular.
3. Penyalahgunaan laksan.
4. Nyeri saat berak akibat adanya fissura ani, haemorhoid dan lain sebagainya.
5. Diare kronis karena intoleransi makanan, gastroenteritis, colitis ulserative.
6. Inkontinensia feses akibat lesi atau penyakit pada medulla spinalis.
7. Retardasi Mental









## X. PERJALANAN PENYAKIT DAN PROGNOSIS

Halpen (1977) mengatakan, bahwa enkopresis adalah gejala yang dapat sembuh sendiri. Perjalanan penyakit pada anak yang menderita enkopresis, hampir semuanya tak nampak pada umur 16 tahun atau pada umur "mid-teen" dan mungkin beberapa anak mengekspresikan perasaan agresif mereka yang belum mendapat penyelesaian dengan cara lain (10).

Prognosis dianggap buruk apabila pengotoran oleh feses terjadi pada malam hari (23).

Knoff I.J. (1979), mengatakan bahwa prognosis dari enkopresis tergantung dari umur anak, lamanya enkopresis berlangsung, serta beratnya psikopatologi yang melatar belakangi (17).

Kemajuan dan respon terhadap pengobatan tergantung pada tipe enkopresisnya dan kemauan atau usaha keluarga untuk mengubah keadaan ini. *Regresiv soiling* umumnya cepat membaik, apabila stres dapat diatasi dengan baik. *Agresiv soiling* biasanya berlangsung lama dan apabila disertai dengan retensi feses akan sulit untuk diobati. Bila pengotoran feses diakibatkan oleh hubungan keluarga yang disharmoni, maka harapan keberhasilannya tergantung pada keahlian terapis untuk mengadakan pendekatan pada keluarga penderita karena biasanya keluarga tidak peduli pada keadaan ini (3).

Sebagian besar anak yang gagal dalam menjalankan program terapi akibat ketidak patuhannya. Keadaan ini mungkin karena anak mendapat perlakuan yang bermusuhan dari satu atau lebih anggota keluarganya. Anak merasa tidak diinginkan, konsep hidup yang kurang dan dimanifestasikan dengan sikap menarik diri dari kegiatan sosial, depresi, sangat tergantung, merasa hina, anoreksia, prestasi sekolah mundur dan sebagainya (22,25,31).

Sukses pada awal pengobatan, tidak dapat meramalkan keberhasilan pengobatan jangka panjang (22).

## XI. PENATALAKSANAAN

Program pengobatan perlu mendapatkan perhatian penting, sebab seringkali perhatian hanya tertuju pada masalah fisiknya saja. Sedangkan anak yang menderita enkopresis biasanya mendapatkan masalah ini sebagai hasil kombinasi dari beberapa faktor seperti lingkungan, kurangnya perhatian atau bimbingan, situasi yang buruk dan ketidak mengerti orang tua (27).



Kelompok ini terdiri dari beberapa orang yang telah mengikuti pelatihan sebelumnya. Dalam hal ini, pelatihan ini bertujuan untuk meningkatkan kemampuan teknis dan manajerial para peserta. Kegiatan ini dilaksanakan selama beberapa hari dengan metode ceramah, diskusi, dan praktik.

Salah satu tujuan dari pelatihan ini adalah untuk meningkatkan kemampuan teknis para peserta. Hal ini dilakukan dengan cara memberikan materi yang relevan dengan pekerjaan mereka. Selain itu, pelatihan ini juga bertujuan untuk meningkatkan kemampuan manajerial para peserta.

Keuntungan dari pelatihan ini adalah dapat meningkatkan kemampuan teknis dan manajerial para peserta. Hal ini dapat membantu mereka dalam meningkatkan produktivitas dan efisiensi kerja mereka. Selain itu, pelatihan ini juga dapat meningkatkan kemampuan komunikasi dan kerjasama tim para peserta.

Salah satu tantangan dari pelatihan ini adalah kurangnya minat dan motivasi para peserta. Hal ini dapat disebabkan oleh beberapa faktor, seperti kurangnya pemahaman tentang pentingnya pelatihan atau kurangnya dukungan dari atasan. Untuk mengatasi tantangan ini, diperlukan strategi yang tepat.

Salah satu strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan minat dan motivasi para peserta adalah dengan memberikan materi yang menarik dan relevan dengan pekerjaan mereka. Selain itu, diperlukan dukungan dari atasan dan rekan kerja untuk memastikan bahwa pelatihan ini berjalan dengan lancar.

### XI. PENYATAAN

Penyataan ini dibuat untuk menyatakan bahwa seluruh data yang disajikan dalam laporan ini adalah benar-benar sesuai dengan kenyataan yang ada. Penyataan ini dibuat oleh peneliti yang bersangkutan dan tidak ada unsur pemalsuan atau manipulasi data.



Pengobatan yang dilakukan oleh pediater terhadap anak yang menderita enkopresis adalah masalah fisiknya misalnya penggunaan enema, suppositoria, kontrol diet, pelunak feses, prosedur bulk dan laksan (23,27,31).

Pendekatan yang dilakukan oleh psikiater anak, adalah dengan melakukan psikoterapi, baik terhadap anak maupun orang tua terutama ibu. Terapi ini bertujuan agar hubungan ibu dan anak relaks. Beberapa ibu mungkin tidak memerlukan psikoterapi tetapi perlu belajar bagaimana melatih berak anak dengan cara yang menyenangkan. Sedang pada kasus lain, anak dan ibu perlu mendapatkan psikoterapi yang intensif dalam waktu lama, tujuannya adalah melindungi anak dari sikap ibu yang terbiasa melakukan "toilet training" yang terlalu keras (30,31).

Penanganan serta keberhasilan untuk tiap-tiap kasus atau individu adalah tergantung dari pendekatan serta macam terapi yang kita berikan, sesuai dengan kebutuhannya (12,17,23,24,25).

Henoch yang menulis tentang enkopresis diakhir abad ke 19, menyatakan bahwa pada saat itu masih membenarkan tindakan kekerasan seperti memukul dengan keras pada daerah perianal, mengancam dengan seterika atau peralatan listrik dalam menangani anak yang menderita enkopresis. Setelah beberapa tahun kemudian tanggapan orang dewasa terhadap masalah ini menjadi manusiawi (12).

Pada konseling, dokter perlu menjelaskan kepada anak dan orang tua bahwa masalah yang dihadapi (enkopresis) sebenarnya banyak juga dialami oleh anak lain dan ternyata dapat sembuh. Anak harus didorong agar tidak merasa serba salah dan gugup. Disamping itu dokter harus bisa meyakinkan penderita bahwa bisa menjaga rahasia penderita terhadap teman-temannya. Perlu juga dijelaskan bahwa enkopresis adalah gejala yang biasa terjadi dan bukan merupakan akibat keterbelakangan mental ataupun suatu hal yang memalukan (27).

Tindakan yang berlebihan seperti mempermalukan si anak didalam keluarga atau meminta guru untuk mengumumkan pada teman-temannya didepan kelas, menghukum anak dan mengancamnya, akan menambah kecemasan dan perasaan tak berdaya pada diri si anak (12,35).

Sebaliknya tindakan yang overprotektif dan sangat permisif, akan menyebabkan anak selalu tergantung dan tidak berusaha menyembuhkan dirinya sendiri (23).

Cara yang sebaiknya adalah diperlukan kerjasama yang baik antara terapis (dokter), orang tua dan sipenderita sendiri, termasuk lingkungannya, juga mendorong anak untuk ikut serta



berperan aktif dalam pengobatannya. Mengikuti sertakan anak untuk berperan serta secara aktif dalam pengobatan ini akan membawa banyak manfaat dan sangat efektif untuk mendapatkan kesembuhan jangka panjang (23,35). Disini anak diberi tanggung jawab untuk ikut serta menghilangkan gejala enkopresisnya. Anak harus menyadari bahwa persoalannya ini ada pada dirinya dan dokter serta orang tua (bersama lingkungannya) akan membantu anak mengatasi persoalannya. Untuk keberhasilannya dan memberi motivasi pada anak, dapat diberikan suatu penghargaan, misalnya berupa pujian atau hadiah (3,23,27). Dan yang penting adalah menghentikan segala bentuk hukuman (23,31).

Tujuan terapi diatas adalah untuk meningkatkan komunikasi antara orang tua dengan anak dan mengizinkan anggota keluarganya untuk bertukar pendapat sehingga dapat mengurangi perasaan bersalah mereka. Diskusi kelompok dari orang tua yang mempunyai anak menderita enkopresis juga bermanfaat (31).

Anak dengan enkopresis dapat disarankan untuk memberi tanda bintang pada kalender, bila anak dapat berak dengan baik di toilet (positif reinforcement), sedangkan pada orang tua disarankan untuk tidak memberikan tindakan-tindakan yang berupa hukuman atau mempermalukan penderita bila ngebrok lagi selama proses pengobatan, sebab hal yang demikian justru akan menggagalkan pengobatannya (23,34).

Beberapa pendekatan telah disarankan untuk menangani anak-anak dengan enkopresis. Tujuannya meliputi, menumbuhkan kebiasaan berak yang teratur, mengurangi kebiasaan menahan feses, dan mengoptimalkan fungsi saraf otot dubur dan menanggulangi dampak emosionalnya. Aspek medisnya biasanya dilaksanakan melalui latihan kembali, dikombinasikan dengan tindakan-tindakan farmakologis untuk merangsang pengosongan yang lengkap (27).



Tabel dibawah adalah ringkasan dari salah satu bentuk urutan penatalaksanaan terhadap anak yang menderita enkopresis, yang telah disusun oleh Levine MD (1982) (3,21,27).

Fase penatalaksanaan	Program Penatalaksanaan	Keterangan.
Konsul awal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proses demistifikasi</li> <li>2. Menghilangkan perasaan saling menyalahkan.</li> <li>3. Pembuatan &amp; penjelasan rencana perawatan.</li> </ol>	termasuk memperlihatkan gambar & fungsi kolon dengan rontgen foto & perlunya membangun otot usus.
"Initial catharsis" pada penderita yang MRS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberian "high normal saline enemas" (750cc) 2 kali sehari, selama 3 - 7 hari.</li> <li>2. Biscodyl (Dulcolax) suppositoria 2 x sehari selama 3 - 7 hari.</li> <li>3. Penggunaan toilet selama 15 menit setelah setiap kali makan.</li> </ol>	<p>Penderita dimasukkan ke rumah sakit bila:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. retensinya hebat.</li> <li>2. situasi rumah yang memusuhinya.</li> <li>3. orang tua memilih rumah sakit.</li> <li>4. pemberian enema atas kemauan orang tua adalah secara psikologis tidak dianjurkan.</li> </ol>
Penderita yang dirawat dirumah	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. untuk retensi sedang &amp; berat, mengikuti 3 - 4 siklus : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. hari ke-1 enema hipofosfat 2 x sehari.</li> <li>b. hari ke-2 dulcolax supp. 2 x sehari</li> <li>c. hari ke-3 dulcolax tablet 1 x.</li> </ol> </li> <li>2. untuk retensi ringan, diberi laksan senna (senekot) / danthron (Modane) 1 tablet sehari untuk 1-2 minggu.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. dosis/frekwensinya dapat dirubah bila dirasakan gangguan yang berlebihan. Anak usia &lt;7 tahun 1/2 dosis.</li> <li>2. Masuk rumah sakit dipertimbangkan bila hasilnya tak memuaskan.</li> <li>3. Kontrol rontgen foto abdomen ulang untuk memastikan keberhasilan katarsis sesudah 2 - 3 minggu.</li> </ol>



Pemeliharaan

1. Anak duduk di toilet 2 x sehari kurang - lebih 10 menit.
2. "Light mineral oil" (paling sedikit 2 sendok makan) 2 kali sehari selama 4-6 bln
3. Multi vitamin, 2 x sehari diantara dosis mineral oil.
4. Diet kaya serat.
5. Pada kasus berat penggunaan laksan oral / senna/danthrone selama 2 - 3 minggu.

1. jam dinding mungkin membantu.
2. kalender dengan gambar bintang berguna untuk anak dibawah 2 th.
3. memperbolehkan anak baca dikamar mandi.
4. mineral oil dapat dicampur dalam juice / coke atau medium lain.
5. vitamin ditambahkan.
6. pemberian diet , jangan dipaksakan

Kunjungan ulang

1. Kunjungan ulang setiap 4-10 minggu tergantung beratnya kebutuhan.
2. Komunikasi lewat telepon sangat diperlukan, misalnya mengenai perubahan dosis.
3. Pada kasus kumat :
  - a. check keluhannya
  - b. gunakan laksan oral (contohnya Senokot) untuk 1-2 minggu
  - c. sesuaikan dosis mineral oil.
4. Konsul dan rujuk kebagian psikiatri bila ada masalah yang berhubungan dengan psikososial dan perkembangan.

1. lama program pengobatan 2-3 thn sekurang-kurangnya 6 bulan.
2. ciri-ciri kumat :
  - a. pengeluaran minyak berlebihan
  - b. feses ukuran besar.
  - c. sakit perut
  - d. penurunan frekuensi defekasi.
  - e. ngebrok (soiling).
3. dokter harus menyediakan waktu khusus untuk penderita.
4. pada kasus yang berespon lambat dokter harus tetap optimis dalam setiap keadaan.



Proses demistifikasi sebagaimana tertulis diatas adalah pendekatan melalui pemberian nasehat-nasehat dan penjelasan dari dokter. Penjelasan mengenai fungsi usus yang normal serta mekanisme terjadinya pembengkakan otot-otot dubur kepada anak dengan bahasa yang mudah dipahami. Kepada anak ditunjukkan gambar penampang melintang usus normal dan fungsinya dalam mengeluarkan feses. Dijelaskan pula bahwa bila rektum penuh dengan feses, tidak ada lagi tempat kemana feses harus pergi, akibatnya feses akan terkumpul disitu, kadang-kadang seperti pipa karet yang menggelembung. Tegangan itu menyebabkan dinding rektum semakin tipis dan otot-ototnya menjadi lemah. Sehingga tidak ada kekuatan untuk mendorongnya keluar dan timbunan bertambah banyak. Jika terbentuk feses baru maka mengalir diantara gumpalan-gumpalan feses yang mengeras dan kemudian keluar membasahi celana atau pakaian anak yang bersangkutan. Lebih lanjut, perenggangan rektum diikuti oleh perenggangan saraf-saraf yang akhirnya tidak berfungsi. Akibatnya tidak dapat memberikan isyarat bahwa anak harus berak. Dengan kata lain, feses itu keluar begitu saja tanpa disadari dan anak baru sadar setelah fesesnya membasahi celananya. Dikatakan pula bahwa penderita kurang peka terhadap bau fesesnya. Proses demistifikasi harus dikontrol oleh orang tua, walaupun hal ini sering menimbulkan kecemasan dan perasaan bersalah. Orang tua yang sering mempersalahkan anaknya karena tidak segera pergi ke toilet ketika keinginan anak itu datang, dapat menjadi merasa sangat berdosa. Dalam hal ini dokter juga harus meyakinkan para orang tua bahwa hal ini umum dalam situasi seperti ini (27).

Dokter harus menjelaskan bahwa penatalaksanaan untuk gangguan ini tergantung pada seberapa jauh kemampuan untuk mengeluarkan gumpalan feses dari rektum, dan mencegah feses yang baru untuk tinggal disana berlama-lama sehingga bentuk, kelembekan atau kekentalannya berubah. Dokter harus juga menekankan bahwa tiap-tiap anak berbeda dalam waktu yang dibutuhkan untuk memperbaiki hal ini. Ada beberapa anak yang menunjukkan perbaikan setelah pengobatan beberapa minggu, bulan bahkan ada yang tahunan (27).

The Children Hospital Medical Center di Buston, melaporkan bahwa perlu dukungan baik dari para orang tua maupun lingkungan terhadap penderita enkopresis. Dukungan tersebut misalnya dari pihak sekolah yaitu dengan memberikan prioritas penggunaan kamar mandi tertutup di sekolah (kamar mandi kepala sekolah) setiap saat dibutuhkan. Dalam kasus-kasus yang serius, jika terjadi



enkopresis di sekolah bisa diberikan kepada anak kesempatan mengganti pakaian. Membantu menutupi "rahasia" anak mengenai penyakitnya adalah merupakan masalah yang penting (27).

Beberapa anak dengan enkopresis mungkin mempunyai intoleransi terhadap makanan tertentu, khususnya makanan yang berlemak dan makanan dari susu (25).

Bagi kasus yang resisten, anak harus dibantu menutup masalah ini dari pengetahuan publik. Misalnya pembebasan dari kegiatan olah raga di sekolah. Menggunakan fasilitas kendaraan pribadi bukan bus umum atau bus sekolah untuk menghindari kejadian yang dapat memalukan si anak (27).

Jika tidak terdapat retensi, maka Sluckin (1975) menekankan, bahwa terapi fisik tidak diperlukan dan sebaiknya diberikan behavior modification principles (3).

Pada kasus enkopresis tanpa konstipasi, Berg dan kawan-kawan (1983) mengatakan bahwa pemberian laksan bersamaan dengan behavior modification programe, dirasakan tidak menolong (17). Pada tipe regressive soiling, pengobatan secara fisik tidak perlu dan yang terpenting adalah usaha untuk menghilangkan stres dengan psikoterapi (3).

Psikoterapi untuk anak yang masih kecil mungkin tidak banyak manfaatnya. Sedang pada anak berumur 8 - 9 tahun dengan keluhan kronik, diperlukan terapi individu (35).

Pendekatan dilakukan dari banyak segi dan berbagai bidang multidisipliner akan meningkatkan angka keberhasilannya (27).

Penggunaan obat-obatan hendaknya tidak diberikan secara tersendiri, tetapi sebaiknya dikombinasi dengan cara lain, agar lebih berdaya guna, misalnya dengan motivational counseling, dengan demikian kesembuhan berlangsung lebih lama dan tidak mudah kambuh (7).

Menurut Abraham dan Schunzelaar (1963), terapi Imipramin sangat bermanfaat. Poussaint dan Ditman mengatakan bahwa kegunaannya imipramin adalah sebagai berikut (7):

#### 1. Mempunyai efek antikholinergik

Efek tersebut menyebabkan relaksasi dari dinding saluran pencernaan dan menaikkan tonus otot-otot dari sfinkter ani internal, jadi memungkinkan anak menahan beraknya sampai ditempat yang sepatasnya.

#### 2. Berefek stimulasi pusat.

Membuat anak lebih sensitif terhadap visceral cues, dan perubahan dari mekanisme central autonomic regulatory.



### 3. Berefek sebagai antidepresan.

Dapat meningkatkan mood anak dan memperbaiki gangguan emosi.

Pemberian obat-obatan ini harus dilanjutkan selama 12 minggu. Dosis imipramin tergantung dari usia anak, umumnya 30-75 mgr / hari sebelum tidur. Selama ini tidak terbukti pemberian imipramin memberikan konstipasi. Bila sudah menunjukkan atau mencapai keadaan bersih, imipramin tidak diberikan lagi. Biasanya 3 - 4 bulan dalam perawatan untuk menghindari kekambuhan. Apabila kambuh maka program tersebut dapat diulang kembali dan sebaiknya digunakan tehnik kombinasi dengan cara pengobatan lainnya (7).

## XII. RINGKASAN

Enkopresis adalah gangguan fungsi berak yang ditandai dengan keluarnya feses dengan konsistensi normal atau hampir normal secara volunter atau involunter dan berulang di tempat-tempat yang tidak sepatutnya. Untuk tujuan itu sesuai dengan lingkungan sosio-budaya individu yang bersangkutan sekurang-kurangnya sekali sebulan selama kurang lebih 6 bulan saat anak berusia kronologis dan mentalnya sekurang-kurangnya 4 tahun, tanpa adanya penyebab organik.

Insidensinya banyak pada anak laki-laki, dan sering kejadiannya pada waktu siang menjelang sore hari, tipe sekunder merupakan tipe yang paling banyak ditemui.

Gejala-gejala yang didapatkan dapat meliputi gejala keluarnya feses yang berulang, konstipasi, retensi dan overflow, nyeri perut pada abdomen, enuresis.

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesa yang cermat disertai pemeriksaan fisik pada abdomen, rektal, dan rontgen foto abdomen.

Perjalanan penyakitnya kronis tapi dapat sembuh sendiri setelah berumur mid-teen.

"Behaviour modification therapy" adalah merupakan pilihan yang utama, sedangkan obat-obatan diberikan agar lebih berdaya guna dalam mempertahankan kesembuhan dan tidak mudah kambuh.

\*\*\*\*\*



## KEPUSTAKAAN

1. Bakwin, H. & Bakwin, R. M. : Behavior disorders in children, 4th Ed. W.B. Saunders Company, London, 1972, pp 544-545.
2. Bard, P. : Medical Physiology, 11th Ed. The C.V. Mosley Company St. Louis, 1961, pp 371-459.
3. Barker, P. : Basic child Psychiatry, Blackwell Scientific Publications, London, 1988, pp 190-194.
4. Barnard, K. E. & Erickson, M.L. : Teaching children with developmental problem, The C. V. Mosley Company Saint Louis, 1976, pp 137-144.
5. Barr, R.G. et al : Chronic and occult stool retention, Clinical pediatrics 18 : pp 674-686, 1979.
6. Best, C., Taylor, Norman, B. : A Test in Applied Physiology of Medical Practice 8 th Ed., The William & Wilkins Company, Baltimore, 1966, pp 1059-1259.
7. Connell, H. M. : The Practical management of encopresis, Aust. Paediatrics J. 8 : pp 273-278, 1972.
8. Davidson, G.P. : Faecal Incontinence in Children, Paediatrics, Obstetrics and Gynaecology J. Nov / Dec : pp 19-24, 1984.
9. Endang, W. G. : Gambaran kasus anak dengan sakit perut berulang, Kongres IDAJI, Denpasar, 1990.
10. Fraser A.M., Taylor D. C. : Childhood Encopresis extended into Adult Life, British J. of Psychiatry 149 : pp 370-371, 1986.
11. Freud, A. : Normality and Pathology in Childhood, Penguin Books, Enggland, 1973, pp 67-69.
12. Fritz, G. K. & Armbrust, J. : Pediatric Consultation Liaison Psychiatrics Clinics of North America 5, 1982, pp 290-296.
13. Ganong, W. F. : Review of Medical Physiology, 8th Ed. Lange Medical Publications, Los Altos, California 1977, pp 352-283.
14. Gelder, M et al : Oxford Text book of Psychiatry, Oxford University Press, New York, 1989, pp 808-809.
15. Guyton, A.C. : Text book of Medical Physiology, 5 th Ed. W. B. Saunders Company Philadephia, Asian adition Ingaku Shoin, Tokyo 1976, pp 849.
16. Heatley, R. : Wasir, susah buang air besar dan kelainan usus lain, Penerbit Buku Kedokteran EGC, 1990.



17. Herson, L. : Child and Adolescent Psychiatry, Blackwell Scientific Publications, 1985, pp 482-489.
18. Illingworth, R.S. : Diagnosis Banding gejala yang lazim pada anak, Penerbit Buku Kedokteran EGC, 1984, pp 67.
19. Kanner, L : Child Psychiatry, Publisher Spring Field, 1972, pp 397-401.
20. Kerlin, P. : Functional Bowel Disorders, Diagnosis & Management, Medical Progress 10 : pp 57-62, 1987.
21. Knof, I.J. : Childhood Psychopathology a Developmental Approach, Prentice-Hall, Inc, Englewood Cliffs, 1979, pp 216-223.
22. Landman, G. B. et al : A study of treatment resistance among children referred for encopresis, Clinical Pediatrics 8: 1983.
23. Lavietes, R. : Functional Encopresis in Comprehensive Textbook of Psychiatry / V, By Kaplan, H.I., Sadock, B.J. 5 th Ed., Williams and Wilkins, Los Angeles, London, 1989, pp 1883-1886.
24. Levine, M. D. : Children with encopresis : A Descriptive Analysis Pediatrics 56 : pp 412-416, 1975.
25. Levine, M. D. : Children with encopresis : A study of treatment outcome, Pediatrics 58 : pp 845-852, 1976.
26. Levine, M. D. , Mazonson, P., Bakow, H. : Behavioral Symptom Substitution in children cured of encopresis, Am. J. Dis. Child 134 : pp 663-667. 1980.
27. Levine, M.D. : Encopresis : Its Potentiation, Evaluation, and Alleviation, Pediatrics Clinics of North America 29 : pp 315-330, 1982.
28. Lyttle, J. : Mental Disorder its care and treatment, London, 1988, pp 356-360.
29. Mc Taggart, A. et al : A Review of twelve cases of encopresis, Pediatrics J. 54 : pp 762-768, 1959.
30. Neligh, G. L. : Encopresis 2nd Ed. Psychiatry, A. Wiley Medical Publication John Wiley & Sons, Pennsylvania, 1984, pp 224.
31. Pierce, C. : Encopresis in Comprehensive textbook of Psychiatry / IV, By Kaplan H. I., Sadock, B. J. 4th Ed. William & Wilkins, Baltimore, 1983, pp 1847-1849.
32. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia Edisi II 1983 (Revisi): Direktorat Kesehatan Jiwa, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan R.I. cetakan I, 1985, pp 308.



33. Rappaport, L. et al : Locus of control as predictor of compliance and outcome in treatment of encopresis, The journal of pediatrics, pp 1061-1063, 1986.
  34. Ross, A. O. : Child Behavior Therapy, John Wiley & Sons, New York, 1981, pp 142-147.
  35. Silver, D. : Encopresis, Discussion of etiology and management clinical pediatrics, April 1969, pp 225-231.
  36. Willy F.M. : Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa, Airlangga University Press, Surabaya 1980, pp 515.
-