

SKRIPSI

2020

KARAKTERISTIK PENDERITA HEMOROID RAWAT INAP

DI RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR

PERIODE JULI 2017 – JULI 2019



OLEH:

Widya Rezkita

C011171061

PEMBIMBING:

Dr. dr. Ronald Erasio Lusikooy, Sp.B-KBD

**DISUSUN SEBAGAI SALAH SATU SYARAT UNTUK MENYELESAIKAN STUDI
PADA PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER**

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

2020



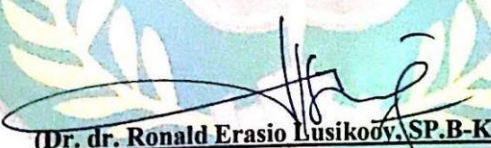
HALAMAN PENGESAHAN

Telah disetujui untuk dibacakan pada seminar akhir di Bagian Bedah Digestif
Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin dengan judul:

**“KARAKTERISTIK PENDERITA HEMOROID RAWAT INAP
DI RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR
PERIODE JULI 2017 – JULI 2019”**

Hari, Tanggal : Jumat, 06 Maret 2020
Waktu : 10.00 WITA
Tempat : Ruang Sub Bagian Bedah Digestif SMF Ilmu Bedah RSUP
Dr. Wahidin Sudirohusodo.

Makassar, 06 Maret 2020


(Dr. dr. Ronald Erasio Lusikody, SP.B-KBD)

NIP. 19630424 199103 1 003



HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh:

Nama : Widya Rezkita
NIM : C011171061
Fakultas/ Program Studi : Kedokteran/ Pendidikan Dokter
Judul Skripsi : Karakteristik Penderita Hemoroid di RSUP Dr.
Wahidin Sudirohusodo Makassar Periode Juli 2017
– Juli 2019.

Telah berhasil dipertahankan di hadapan dewan penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar sarjana kedokteran pada Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.

DEWAN PENGUJI
Pembimbing : Dr. dr. Ronald Erasio Lusikooy, Sp.B-KBD

Penguji I : Dr. dr. Warsinggih, Sp. B-KBD

Penguji II : dr. Samuel Sampetodin, Sp.B-KBD



Ditetapkan di

: Makassar

Tanggal

: 06 Maret 2020

HALAMAN PENGESAHAN

Telah disetujui untuk dibacakan pada seminar akhir di Bagian Bedah Digestif Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin dengan judul:

**“KARAKTERISTIK PENDERITA HEMOROID RAWAT INAP
DI RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR
PERIODE JULI 2017 – JULI 2019”**

Hari, Tanggal : Jumat, 06 Maret 2020

Waktu : 10.00 WITA

Tempat : Ruang Sub Bagian Bedah Digestif SMF Ilmu Bedah RSUP
Dr. Wahidin Sudirohusodo.

Makassar, 06 Maret 2020


(Dr. dr. Ronald Erasio Busikoo, SP.B-KBD)

NIP. 19630424 199103 1 003



HALAMAN PERNYATAAN ANTI PLAGIARISME

Dengan ini saya menyatakan bahwa seluruh skripsi ini adalah hasil karya saya. Apabila ada kutipan atau pemakaian dari hasil karya orang lain baik berupa tulisan, data, gambar, atau ilustrasi baik yang telah dipublikasi atau belum dipublikasi, telah direferensi sesuai dengan ketentuan akademik.

Saya menyadari plagiarsme adalah kejahatan akademik, dan melakukannya akan menyebabkan sanksi yang berat berupa pembatalan skripsi dan sanksi akademik lainnya.

Makassar, 06 Maret 2020

Penulis



Widya Rezkita

NIM. C0111061



KATA PENGANTAR



Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Alhamdulillah Rabbil Alamin, segala puji bagi Allah SWT atas segala limpahan Rahmat dan Karunia-Nya sehingga penyusunan skripsi ini dapat diselesaikan dengan baik sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan studi pada Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin. Shalawat serta salam semoga senantiasa tercurahkan kepada baginda Nabi Besar Muhammad SAW yang selalu memberikan cahaya dan menjadi suri tauladan bagi seluruh umatnya di muka bumi.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini bukanlah sesuatu yang mudah sebab tidak dapat dipungkiri dalam penyusunan skripsi ini terdapat banyak kekurangan atau kesalahan yang telah diperbuat, maka dari itu dengan segenap kerendahan hati penulis memohon maaf dan mengharapkan saran dan kritikan yang sifatnya membangun untuk kesempurnaan skripsi ini.

Proses penulisan skripsi ini mulai dari proposal, penelitian hingga pengolahan data, melibatkan banyak pihak yang sangat memberi andil besar pada penulis. Pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar- besarnya



1. Kedua orang tuaku tercinta, Ayahanda Ir. H. Budie Putra Utama, M.Si., dan Ibunda Hj. Odawati, SH., M.Si. atas kasih sayang, cinta, pengorbanan, dan doa tulus yang tiada henti kalian panjatkan untuk ananda.
2. Saudariku tersayang, Cindy Annisa, SH terima kasih atas kebersamaannya selama ini, yang terkadang membuat penulis kesal tetapi selalu menjadi pendengar setia segala keluh kesah ketika penulis merasa terpuruk dalam berbagai hal.
3. Dekan dan para Wakil Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin yang selalu memberikan fasilitas dan bimbingan terbaik untuk kelancaran studi penulis.
4. Dr. dr. Ronald Erasio Lusikooy, Sp.B-KBD selaku pembimbing yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing dan mengarahkan penulis sehingga mampu menyelesaikan skripsi ini.
5. Dr. dr. Warsinggih, Sp.B-KBD dan dr. Samuel Sampetoding, Sp.B-KBD selaku penguji atas kesediaannya meluangkan waktu memberikan masukan untuk skripsi ini.
6. Sahabat seperjuangan (CIWAWA) Siti Noormadya Siradja, Yustika Swasiyka Yusuf, Yolanda Geraldry, Ayu Sutra, Nuranggun Sari Igusti, Hasyemi Rafsan Zani, Syahrudin Ramadhan Nur, Muh. Alif Fatur Rahman, yang telah menemani hari-hari penulis dan selalu mendengar segala curahan hati serta memberi warna kehidupan masa kuliah penulis. Terima kasih untuk kalian semua atas kasih sayang, bantuan, kerja sama dan



semangat yang selalu menemani selama perkuliahan hingga penyelesaian skripsi ini.

7. Sahabat-sahabat ku tercinta, Miftahul Jannah, Salwa Aulia Haruni, Dewi Fortuna Nasir, Fadila Fajrianti Ishaq, Muh. Akram Fauzan, Andri Just Palasuri, Muh. Dzulfahmi Rais, terima kasih untuk kalian yang telah menjadi sahabat terbaik dalam kehidupan Penulis. Semua hal yang telah dilalui bersama adalah kenangan terindah bagi Penulis. Kalian adalah keluarga kedua yang sangat Penulis cintai.
8. Seluruh keluarga besar yang tiada henti mendoakan dan memberi dukungan penuh terhadap penulis.
9. Kepada semua pihak-pihak yang terlibat dan tidak dapat disebutkan satu persatu, penulis mengucapkan terima kasih yang tidak terhingga atas semua dukungan dan bantuannya dalam menyelesaikan skripsi ini.

Akhirnya penulis berharap bahwa apa yang disajikan dalam skripsi ini dapat bermanfaat bagi perkembangan Ilmu pengetahuan. Semoga semuanya ini dapat bernilai ibadah di sisi-Nya. Amin.

Makassar, 06 Maret 2020

Penulis



Widya Rezkit



Optimized using
trial version
www.balesio.com

SKRIPSI
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
06 MARET 2020

Widya Rezkita

Dr. dr. Ronald Erasio Lusikooy, SP.B-KBD

Karakteristik Penderita Hemoroid Rawat Inap di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Periode Juli 2017 – Juli 2019

ABSTRAK

Latar Belakang: Berdasarkan data Departemen Kesehatan Indonesia pada tahun 2008, prevalensi hemoroid di Indonesia adalah sekitar 5,7%, namun hanya 1,5% saja yang terdiagnosis. Kejadian hemoroid cenderung meningkat seiring bertambahnya usia seseorang dimana usia puncaknya adalah 45 – 65 tahun. Hemoroid dapat diderita pada laki-laki dan perempuan.

Metode: Penelitian ini menggunakan studi deskriptif observasional dengan pendekatan retrospektif. Penelitian ini menggunakan status rekam medis pasien hemoroid. didapatkan 96 pasien yang sesuai dengan kriteria inklusi penelitian di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Periode Juli 2017 – Juli 2019.

Hasil: Penelitian ini dilakukan pada sampel sebanyak 96 kasus. Berdasarkan usia tertinggi, didapatkan usia 46-55 tahun sebanyak 26 orang (27%). Angka kejadian berdasarkan jenis kelamin tidak jauh berbeda, dimana kelompok laki-laki sebanyak 49 orang (51%) dan perempuan sebanyak 47 orang (49%). Berdasarkan ras/ suku tersering, didapatkan suku bugis sebanyak 55 orang (57%). Berdasarkan pekerjaan tersering, didapatkan PNS sebanyak 27 orang (28%). Berdasarkan klasifikasi hemoroid tersering, hemoroid interna sebanyak 67% dan derajat hemoroid terbanyak adalah hemoroid interna grade III sebanyak 28 orang (29%). Berdasarkan gejala klinis yang paling umum terjadi, pendarahan pada rektum sebanyak 79 orang (82%). Berdasarkan cara diagnosis tersering, kolonoskopi sebanyak 52 orang (54%). Berdasarkan penatalaksanaan tersering, stapler hemoroidektomi sebanyak 54 orang (56%).

Kesimpulan: Hemoroid banyak diderita pada kelompok usia 36-65 tahun yang merupakan PNS dengan suku Bugis, terkait dengan hemoroid interna grade III gejala utama pendarahan pada rektum. Kebanyakan kasus di diagnosis dengan operasi yang ditatalaksana dengan operasi stapler hemoroidektomi.

nci: Hemoroid, karakteristik, Wahidin Sudirohusodo.



UNDERGRADUATED THESIS

FACULTY OF MEDICINE

HASANUDDIN UNIVERSITY

06 MARCH 2020

Widya Rezkita

Dr. dr. Ronald Erasio Lusikooy, Sp.B-KBD

Characteristics of Hospitalized Hemoroid Patients in Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Hospital Period July 2017 – July 2019.

ABSTRACT

Introduction: According to Minister of Health Indonesia in 2008, the prevalence of hemorrhoids in Indonesia is around 5.7%, but only 1.5% are diagnosed. The incidence of hemorrhoids tends to increase along the age, where the peak age is 46-65 years age. Hemorrhoid can be suffered by men and women.

Method: The research used a descriptive observational study with retrospective approach. Observation on the medical record status of hemorrhoid patients. The study was conducted on 96 patients who match the inclusion criteria at Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Hospital Period July 2017 to July 2019.

Result: This study was conducted on a sample of 96 cases. Based on the highest age, the 46-65 years age group is 26 people (27%). The incidence of hemorrhoid based on gender does not have a far difference, male group is 49 people (51%) and female group is 47 people (49%). Based on most often ethnic group, bugis tribe as many as 55 people (57%). Based on the most often job, civil servants as many as 27 people (28%). Based on the highest classification of hemorrhoids, internal hemorrhoid is 67% where the grade III internal hemorrhoid as many as 28 people (29%). Based on the most common clinical manifestation, rectal bleeding as many as 79 people (82%). Based on the most often way of diagnosis, colonoscopy as many as 52 people (54%). Based on the most common management, stapler hemorrhoidectomy surgery as much as 54 people (56%).

Conclusion: Hemorrhoids are mostly suffered in 46-65 years age group who are civil servants with the bugis tribe, are associated with grade III internal hemorrhoids, and symptom are rectal bleeding. Most cases diagnosed with colonoscopy are by stapler hemorrhoidectomy surgery.

Is: Hemorrhoids, characteristics, Wahidin Sudirohusodo.



DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR DIAGRAM	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Batasan Masalah	4
1.4 Tujuan Penelitian	
1.4.1 Tujuan Umum	4
1.4.2 Tujuan Khusus	5
1.5 Manfaat Penelitian	
1.5.1 Manfaat Aplikatif	5
1.5.2 Manfaat Teoritis	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Anatomi Kanalis Anal.....	7
2.2 Fisiologi Kolon dan Rektum	8
Prevalensi Hemoroid	10
Klasifikasi dan Derajat Hemoroid.....	11
Etiologi	12



2.6 Faktor Risiko	13
2.7 Patofisiologi Hemoroid	15
2.8 Gejala Klinis	18
2.9 Diagnosis	19
2.10 Penatalaksanaan	21
2.11 Prognosis	26

BAB 3 KERANGKA TEORI DAN KERANGKA KONSEPTUAL

3.1 Kerangka Teori	27
3.2 Kerangka Konsep	29
3.4 Definisi Operasional dan Kriteria Objektif	30

BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1 Jenis Penelitian	35
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	35
4.2.1 Lokasi Penelitian	35
4.2.2 Waktu Penelitian	35
4.3 Populasi dan Sampel	35
4.3.1 Populasi	35
4.3.2 Sampel	35
4.3.3 Teknik Pengambilan Sampel	35
4.4 Kriteria Inklusi dan Kriteria Eksklusi	
4.4.1 Kriteria Inklusi	36
4.4.2 Kriteria Eksklusi	36
Data dan Instrumen Penelitian	36
Analisis Data	36



4.5.2 Instrumen Penelitian	36
4.6 Manajemen Penelitian	36
4.6.1 Pengumpulan Data	36
4.6.2 Pengolahan dan Analisa Data	36
4.6.3 Penyajian Data	37
4.7 Etika Penelitian	37
4.8 Jadwal Pelaksanaan Kegiatan	37
4.9 Anggaran Biaya	38

BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS PENELITIAN

5.1 Angka Kejadian Hemoroid	39
5.2 Karakteristik Penderita Hemoroid Berdasarkan Usia	39
5.3 Karakteristik Penderita Hemoroid Berdasarkan Jenis Kelamin	40
5.4 Karakteristik Penderita Hemoroid Berdasarkan Ras/ Suku	41
5.5 Karakteristik Penderita Hemoroid Berdasarkan Pekerjaan	42
5.6 Karakteristik Penderita Hemoroid Berdasarkan Klasifikasi dan Derajat	43
5.7 Karakteristik Penderita Hemoroid Berdasarkan Gejala Klinis	45
5.8 Karakteristik Penderita Hemoroid Berdasarkan Cara Diagnosis	46
5.9 Karakteristik Penderita Hemoroid Berdasarkan Penatalaksanaan	47

BAB 6 PEMBAHASAN51

BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan	58
.....	59
DAFTAR PUSTAKA	60
SARAN	64



DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Jadwal Pelaksanaan Kegiatan	37
Tabel 4.2 Anggaran Penelitian	38



DAFTAR DIAGRAM

Diagram 3.1 Kerangka Teori Penelitian	28
Diagram 3.2 Kerangka Konsep Penelitian	29
Diagram 5.1 Distribusi Penderita Hemoroid Berdasarkan Kelompok Usia Menurut Depkes RI	40
Diagram 5.2 Distribusi Penderita Hemoroid Berdasarkan Jenis Kelamin	41
Diagram 5.3 Distribusi Penderita Hemoroid Berdasarkan Ras/ Suku	42
Diagram 5.4 Distribusi Penderita Hemoroid Berdasarkan Pekerjaan	43
Diagram 5.5 Distribusi Penderita Hemoroid Berdasarkan Klasifikasi Hemoroid	44
Diagram 5.6 Distribusi Penderita Hemoroid Berdasarkan Derajat Hemoroid Interna	45
Diagram 5.7 Distribusi Penderita Hemoroid Berdasarkan Gejala Klinis	46
Diagram 5.8 Distribusi Penderita Hemoroid Berdasarkan Cara Diagnosis	47
Diagram 5.9 Distribusi Penderita Hemoroid Berdasarkan Penatalaksanaan	48
Diagram 5.10 Distribusi Penatalaksanaan Stapler Hemoroidopexy Berdasarkan Jenis Hemoroid	49
Diagram 5.11 Distribusi Penatalaksanaan Terapi Konservatif Berdasarkan Jenis Hemoroid	50



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit hemoroid adalah suatu kelainan yang menyerang 4% populasi dunia. Banyak teori yang menghubungkan gangguan ini dengan prolaps bantalan anus. Hemoroid bukan varises, melainkan bantalan vaskular yang terdiri atas jaringan fibroelastik, serat otot, dan pleksus vaskular dengan anastomosis arteriovenosa. Hemoroid merupakan perubahan patologis pada bantalan anus yang berupa pembesaran dan perpindahan distal dari bantalan anus yang normal. Perubahan patologis ini termasuk pecahnya jaringan ikat pendukung di dalam bantalan anus sehingga menghasilkan pembesaran pleksus vaskular (Cerato, 2014; Brown, 2017).

Hemoroid dibagi menjadi dua yaitu, hemoroid eksterna dan hemoroid interna. Hemoroid eksterna merupakan pelebaran dan penonjolan dari pleksus hemoroidalis inferior yang terletak di sebelah distal linea dentatae. Sedangkan hemoroid interna merupakan pelebaran dan penonjolan dari pleksus hemoroidalis superior di atas linea dentatae (garis anorektum) yang dibagi menjadi derajat I sampai derajat IV. Angka kejadian hemoroid interna lebih besar, yaitu sekitar 82,10%. Berdasarkan penelitian di RSUP. dr. Mohammad Hoesin Palembang pada tahun 2012, jenis hemoroid terbanyak adalah hemoroid interna yakni (74,4%), sedangkan hemoroid eksterna sebanyak (15,4%) dan hemoroid campuran antara hemoroid interna-eksterna sebanyak (10,3%). Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya oleh Sanchez et al yang menyatakan bahwa pasien hemoroid yang termasuk jenis hemoroid interna memiliki proporsi yang lebih banyak dibanding jenis hemoroid lainnya, yakni sebesar 77%. Hal ini ditinjau dari faktor pertimbangan pasien berobat ke rumah Sakit yang kebanyakan adalah karena peningkatan derajat keparahan hemoroid interna (Sudarsono, 2015; Safyudin & Damayanti, 2017).



Kelainan daerah anorektal ini merupakan penyakit yang telah lama dikenal oleh masyarakat. Penelitian tentang hemoroid telah banyak dipublikasikan sekitar tahun 1970an. Hal ini menunjukkan bahwa hemoroid telah sejak lama menjadi masalah bagi kehidupan kita (Safyudin & Damayanti, 2017).

Hemoroid merupakan lesi pada anorektal yang paling sering ditemukan. Menurut data WHO tahun 2008, jumlah penderita hemoroid di seluruh dunia adalah sekitar 230 juta orang. Secara umum, penderita hemoroid yang disertai dengan gejala diperkirakan sekitar 4,4% dari populasi dunia, bahkan pada pemeriksaan rektal didapatkan bahwa 2/3 penduduk sehat menderita hemoroid yang tidak bergejala. Kejadian hemoroid cenderung meningkat seiring dengan bertambahnya usia seseorang, dimana usia puncaknya adalah 45-65 tahun. Dalam hal prevalensi menurut jenis kelamin, sebuah studi epidemiologi di AS tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan dalam kejadian antara pria dan wanita. Survei rumah sakit London menyetujui, melaporkan tidak ada perbedaan yang mencolok dalam prevalensi kejadian antara jenis kelamin (Slavin, 2008; Thornton, 2019; Yamana, 2017).

Di Indonesia sendiri penderita hemoroid terus bertambah. Menurut data Depkes tahun 2008, prevalensi hemoroid di Indonesia adalah sekitar 5,7%, namun hanya 1,5% saja yang terdiagnosa. Data Riskesdas tahun 2007 menyebutkan ada 12,5 juta jiwa penduduk Indonesia mengalami hemoroid, maka secara epidemiologi diperkirakan pada tahun 2030 prevalensi hemoroid di Indonesia mencapai 21,3 juta orang.

Meskipun begitu, epidemiologi hemoroid tidak begitu diketahui karena penelitian yang ada memiliki hasil yang sangat bervariasi. Banyak orang yang mengalami hemoroid dan tidak berkonsultasi dengan dokter, sehingga insidensi yang sebenarnya dari penyakit ini tidak dapat dipastikan. Hemoroid ditemukan pada 50% populasi usia di atas 50 tahun, dan beberapa penelitian menyebutkan bahwa 75% dari populasi akan mengalami penyakit hemoroid pada hidup mereka (Sarosy, 2012; Sarles, 2013).



Terjadinya hemoroid dipengaruhi oleh beberapa faktor risiko seperti kehamilan, mengedan terlalu lama, kurangnya mobilisasi, konstipasi kronik, diet rendah serat, usia lanjut, aktifitas fisik berat, penyakit yang meningkatkan tekanan intra abdomen seperti tumor usus, tumor abdomen dan berbagai macam penyakit atau sindrom lainnya yang berdampak pada peningkatan tekanan vena pelvis, serta duduk terlalu lama. Hasil uji statistik dengan uji chi square ditemukan adanya peranan yang bermakna antara jenis pekerjaan dengan kejadian hemoroid yaitu pekerja yang sifat pekerjaannya bersifat statis berpeluang untuk menderita hemoroid sebesar 6,5 kali dibandingkan pekerja yang sifat pekerjaannya dinamis (Safyudin & Damayanti, 2017; Mutmainnah et al, 2015).

Untuk melakukan penegakan diagnosis hemoroid diperlukan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan konfirmasi seperti anoscopy. Anoscopy jauh lebih cocok untuk mendiagnosis hemoroid dengan tingkat penemuan yang lebih tinggi dan kemampuan yang lebih besar untuk mengenali perdarahan, serta perlu dievaluasi dengan seksama agar dapat dicapai pendekatan terapeutik yang sesuai (Yamana, 2017).

Perawatan medis konservatif ditunjukkan sebagai terapi awal bagi penderita hemoroid. Ketika tidak ada perbaikan klinis, metode pengobatan yang lebih invasif dapat dilakukan, seperti *rubber band ligation*, koagulasi inframerah dan skleroterapi. Perawatan bedah umumnya disediakan untuk pasien yang gagal merespons tindakan konservatif, sekitar 5-10% pasien. Berdasarkan penelitian di RSUP dr. Mohammad Hoesin Palembang pada tahun 2012, jenis tatalaksana operasi yang sering digunakan adalah hemoroidektomi stapler yaitu sekitar 61,5%. Penelitian yang telah dilakukan oleh Hetzer et al juga menyimpulkan bahwa operasi hemoroid dengan penggunaan stapler mendominasi tatalaksana operatif yang dikerjakan atas pertimbangan stapled hemoroidektomi memiliki nyeri postoperatif yang lebih ringan, dan waktu pemulihan yang lebih pendek (Cerato, 2014; Safyudin & Damayanti, 2017).



Atas pertimbangan data-data tersebut penulis berkeinginan untuk meneliti tentang karakteristik penderita hemoroid rawat inap di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo periode Juli 2017 – Juli 2019.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang masalah di atas, maka rumusan masalah penelitian ini adalah **“Bagaimanakah karakteristik penderita hemoroid rawat inap di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar?”**

1.3 Batasan Masalah

Banyaknya variabel yang dapat dijadikan penilaian klinis, keterbatasan data yang ada dalam rekam medik pasien dan juga keterbatasan waktu, biaya, serta kemampuan. Maka dalam penelitian ini saya hanya akan meneliti bagaimana karakteristik pasien hemoroid berdasarkan umur, jenis kelamin, ras/ suku, pekerjaan, klasifikasi dan derajat, gejala klinis, cara diagnosis dan penatalaksanaan hemoroid.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui karakteristik penderita hemoroid rawat inap di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Periode Juli 2017 - Juli 2019.



1.4.2 Tujuan Khusus

Untuk mengetahui distribusi penderita hemoroid rawat inap di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Periode Juli 2017 – Juli 2019 berdasarkan:

1. Umur
2. Jenis Kelamin
3. Ras/ Suku
4. Pekerjaan
5. Klasifikasi dan Derajat Hemoroid
6. Gejala Klinis
7. Cara Diagnosis
8. Penatalaksanaan

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Aplikatif

Manfaat praktis penelitian ini adalah sebagai sumber informasi bagi para praktisi kesehatan mengenai kasus hemoroid, sehingga timbul kepedulian untuk mengurangi kasus ini di masa yang akan datang.

1.5.2 Manfaat Teoritis

1. Sebagai bahan masukan bagi pihak instansi yang berwenang untuk digunakan sebagai dasar pertimbangan dalam mengambil dan memutuskan kebijakan-kebijakan kesehatan, khususnya mengurangi angka kejadian hemoroid.
2. Memberikan informasi ilmiah kepada masyarakat dan tenaga medis tentang hemoroid yang berguna untuk menurunkan angka morbiditas yang diakibatkan oleh hemoroid.



3. Sebagai tambahan ilmu, kompetensi, dan pengalaman berharga bagi peneliti dalam melakukan penelitian kesehatan pada umumnya, dan terkait tentang hemoroid khususnya.
4. Sebagai acuan bagi peneliti-peneliti selanjutnya yang ingin melakukan penelitian mengenai kasus hemoroid.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Anatomi Kanalis Anal

Kanalis analis merupakan bagian terbawah dari usus besar yang memiliki panjang kurang lebih tiga cm, berjalan ke bawah dari ampula recti sampai anus. Saat defekasi, dinding lateral kanalis analis dipertahankan saling berdekatan dengan muskulus levator ani dan muskulus sphincter ani. Perbatasan tengah kanalis analis ditandai oleh linea dentatae, yaitu tempat pertemuan antara ektoderm dan endoderm (Riwanto, 2010).

Tunika mukosa setengah bagian atas kanalis analis berasal dari endoderm usus besar. Vaskularisasi kanalis analis berasal dari arteri yang memediasi usus besar, yaitu arteri rectalis superior yang merupakan cabang dari arteri mesenterica inferior. Aliran darah vena terutama oleh vena rectalis superior, yang merupakan cabang dari vena mesenterica inferior dan vena porta. Persarafannya sama seperti persarafan mukosa rektum dan berasal dari saraf otonom plexus hypogastricus (Snell, 2012).

Tunika mukosa setengah bagian bawah kanalis analis berasal dari ektoderm proctoderm. Suplai arterinya berasal dari arteri rectalis inferior, cabang dari arteri pudenda interna. Aliran darah vena oleh vena rectalis inferior, cabang vena pudenda interna yang mengalirkan darahnya ke vena iliaca interna. Persarafan berasal dari saraf somatik nervus rectalis inferior sehingga peka terhadap rasa nyeri, suhu, raba, dan tekan (Snell, 2012).

Vaskularisasi rektum dan kanalis anal sebagian besar diperoleh melalui arteri hemoroidalis superior, media, dan inferior. Arteri hemoroidalis superior merupakan kelanjutan arteri mesentrika inferior. Arteri hemoroidalis media merupakan percabangan anterior arteri iliaca interna. Arteri hemoroidalis inferior merupakan cabang dari arteri pudenda interna. Pendarahan pada plexus hemoroidalis merupakan kolateral yang luas dan



kaya akan darah, sehingga pendarahan dari arteri hemoroid interna menghasilkan darah segar yang berwarna merah (Snell, 2012).

Vena hemoroidalis superior berasal dari pleksus hemoroidalis internus dan berjalan ke arah kranial ke dalam vena mesenterika inferior dan seterusnya melalui vena lienalis ke vena porta. Vena ini tidak berkatup sehingga tekanan rongga perut menentukan tekanan di dalamnya. Vena hemoroidalis inferior mengalirkan darah ke vena pudenda interna dan ke dalam vena iliaka interna dan sistem cava. Apabila terjadi pembesaran pada vena hemoroidalis dapat menimbulkan keluhan hemoroid (Snell, 2012).

2.2 Fisiologi Kolon dan Rektum

Kolon adalah organ pengering dan penyimpan. Kolon tidak begitu berperan dalam proses pencernaan atau absorpsi makanan, selain hanya menyerap sedikit cairan. Kolon mengekstraksi H₂O dan garam dari isinya. Apa yang tertinggal dan akan dikeluarkan disebut feses (tinja). Fungsi utama usus besar adalah untuk menyimpan massa feses sebelum defekasi. Selulosa dan bahan lain yang tak tercerna di dalam diet membentuk sebagian massa dan karenanya membantu mempertahankan keteraturan buang air. Selain itu sel-sel Goblet mukosa mengeluarkan mukus yang berfungsi sebagai pelicin untuk keluarnya massa feses. (Pearce dan Evelyn, 2006; Prince dan Wilson, 2006)

Fungsi kolon menurut Pearce dan Evelyn (2006) dapat diringkas sebagai berikut:

- a. Absorpsi air, garam dan glukosa
- b. Sekresi musin oleh kelenjar didalam lapisan dalam,
- c. Penyiapan selulosa yang berupa hidrat karbon di dalam tumbuh-tumbuhan, buah-buahan dan sayuran hijau dan penyiapan sisa protein yang belum dicerna oleh kerja bakteri guna ekskresi.
- d. Menampung massa feses sebelum defekasi



Peristaltik didalam kolon sangat lamban. Diperlukan waktu sekitar enam belas sampai dua puluh jam bagi isinya untuk mencapai fleksura sigmoid. Propulsi peristaltik massa, merupakan kontraksi yang melibatkan segmen kolon. Gerakan peristaltik ini menggerakkan massa feses ke depan, akhirnya merangsang defekasi. Kejadian ini timbul dua sampai tiga kali sehari dan dirangsang oleh refleks gastrokolik setelah makan, terutama setelah makanan yang pertama kali dimakan pada hari itu (Pearce dan Evelyn, 2006; Prince dan Wilson, 2006).

Propulsi feses ke dalam rektum menyebabkan terjadinya distensi dinding rektum dan merangsang refleks defekasi. Defekasi dikendalikan oleh sfingter ani eksterna dan interna. Sfingter ani interna dikendalikan oleh sistem saraf otonom, sedangkan sfingter ani eksterna dikendalikan oleh sistem saraf volunter. Refleks defekasi terintegrasi pada medula spinalis segmen sakral kedua dan keempat (Prince dan Wilson, 2006).

Refleks ini menyebabkan sfingter ani interna (yaitu otot polos) melemas dan rektum serta kolon sigmoid berkontraksi lebih kuat. Jika sfingter ani eksterna (yaitu otot rangka) juga melemas maka terjadi defekasi. Karena sfingter ani eksterna berada di bawah kontrol volunter. Perengangan awal dinding rektum disertai oleh timbulnya rasa ingin buang air besar. Jika keadaan ini memungkinkan defekasi maka pengencangan sfingter ani eksterna secara sengaja dapat mencegah defekasi meskipun refleks defekasi telah aktif. Jika defekasi ditunda maka dinding rektum yang semula teregang secara perlahan melemas, dan keinginan untuk buang air besar mereda sampai gerakan massa berikutnya mendorong lebih banyak feses ke dalam rektum sehingga rektum kembali meregang dan memicu refleks defekasi. Selama periode inaktivitas, kedua sfingter tetap berkontraksi untuk menjamin kontinensia feses (Pearce dan Evelyn, 2006; Prince dan Wilson, 2006).



Proses defekasi biasanya dibantu oleh gerakan mengejan volunter yang melibatkan kontraksi otot abdomen dan ekspirasi paksa dengan glottis tertutup secara bersamaan. Tindakan ini sangat meningkatkan tekanan intra abdomen, yang membantu mendorong tinja. Defekasi dapat dihambat oleh kontraksi volunter otot sfingter ani eksterna dan levator ani. Dinding rektum secara bertahap akan menjadi relaks, dan keinginan defekasi menghilang (Price dan Wilson, 2006).

2.3 Definisi Hemoroid

Hemoroid atau wasir atau yang biasa disebutambeien oleh masyarakat awam merupakan lesi pada *anorectal* yang paling sering ditemukan. Hemoroid berasal dari bahasa Yunani yakni *haema* (darah) dan *rhoos* (mengalir), yang dalam medis berarti pelebaran pembuluh darah yang terkadang disertai dengan pendarahan. Dilatasi ini sering terjadi seiring dengan bertambahnya usia seseorang, dimana usia puncaknya adalah 45-65 tahun. Sekitar setengah dari orang-orang yang berumur 50 tahun pernah mengalami hemoroid (Sudarsono, 2015).

Penyakit hemoroid adalah suatu kelainan yang menyerang 4% populasi dunia. Banyak teori yang menghubungkan gangguan ini dengan prolaps bantalan anus. Hemoroid bukan varises, melainkan bantalan vaskular yang terdiri atas jaringan fibroelastik, serat otot, dan pleksus vaskular dengan anastomosis arteriovenosa. Hemoroid merupakan perubahan patologis pada bantalan anus yang berupa pembesaran dan perpindahan distal dari bantalan anus yang normal. Perubahan patologis ini termasuk pecahnya jaringan ikat pendukung di dalam bantalan anus sehingga menghasilkan pembesaran pleksus vaskular (Cerato, 2014; Brown, 2017).

Hemoroid dapat bersifat internal, eksternal atau campuran. Hemoroid internal diklasifikasikan berdasarkan derajat prolaps kanalis anal. Sedangkan emoroid eksternal dapat diklasifikasikan sebagai akut (trombosis hemoroid) tau kronis (Anal Skin Tag) (Cerato, 2014).



2.4 Klasifikasi dan Derajat Hemoroid

Berdasarkan letaknya, hemoroid dibagi menjadi dua yaitu hemoroid eksternal dan hemoroid internal. Hemoroid eksternal berupa dilatasi vena subkutan di bawah linea dentata sedangkan hemoroid interna berupa dilatasi vena submukosa di atas linea dentata (Sudarsono, 2015).

Hemoroid eksterna adalah terjadinya dilatasi vena pada pleksus hemorodialis inferior yang terletak di bawah linea dentata dan tertutup oleh kulit. Hemoroid ini diklasifikasikan sebagai akut dan kronik. Bentuk akut berupa pembengkakan bulat kebiruan pada tepi anus dan sebenarnya merupakan hematoma. Walaupun disebut hemoroid trombosis eksterna akut, bentuk ini sangat nyeri dan gatal karena ujung-ujung syaraf pada kulit merupakan reseptor nyeri. Hemoroid eksterna kronik atau “*Skin Tag*” berupa satu atau lebih lipatan kulit anus yang terdiri atas jaringan dan sedikit pembuluh darah (Lohsiriwat, 2012; Sudarsono, 2015).

Hemoroid interna adalah dilatasi vena pada pleksus hemoroidalis superior, di atas linea dentata dan tertutup oleh mukosa anus. Hemoroid interna dapat prolaps saat mengedan dan kemudian terperangkap akibat tekanan sfingter anus sehingga terjadi pembesaran mendadak yang edematosa, hemoragik, dan sangat nyeri. Pada posisi litotomi, benjolan paling sering terdapat pada arah jam 3, 7, dan 11. Ketiga letak ini dikenal dengan *three primary haemorrhoidal areas* (Lohsiriwat, 2012; Sudarsono, 2015).

Derajat hemoroid interna berdasarkan Goligher Classification, yaitu (Brown, 2017) :

1. Derajat I, terjadi pendarahan tetapi belum mengalami prolaps.
2. Derajat II, terjadi perdarahan dan prolaps melalui anus saat mengejan tetapi dapat kembali secara spontan.
3. Derajat III, sama dengan derajat II, hanya saja prolaps tidak dapat kembali secara spontan, harus didorong secara manual.
4. Derajat IV, prolaps menetap dan tidak dapat direduksi.



2.5 Epidemiologi Hemoroid

Hemoroid merupakan lesi pada anorektal yang paling sering ditemukan. Menurut data WHO tahun 2008, jumlah penderita hemoroid di seluruh dunia adalah sekitar 230 juta orang. Secara umum, penderita hemoroid yang disertai dengan gejala diperkirakan sekitar 4,4% dari populasi dunia, bahkan pada pemeriksaan rektal didapatkan bahwa 2/3 penduduk sehat menderita hemoroid yang tidak bergejala. (Slavin, 2008; Thornton, 2019).

Di Indonesia sendiri penderita hemoroid terus bertambah. Menurut data Depkes tahun 2008, prevalensi hemoroid di Indonesia adalah sekitar 5,7%, namun hanya 1,5% saja yang terdiagnosa. Data Riskesdas tahun 2007 menyebutkan ada 12,5 juta jiwa penduduk Indonesia mengalami hemoroid, maka secara epidemiologi diperkirakan pada tahun 2030 prevalensi hemoroid di Indonesia mencapai 21,3 juta orang.

Angka kejadian hemoroid interna lebih besar, yaitu sekitar 82,10%. Berdasarkan penelitian di RSUP. dr. Mohammad Hoesin Palembang pada tahun 2012, jenis hemoroid terbanyak adalah hemoroid interna yakni (74,4%), sedangkan hemoroid eksterna sebanyak (15,4%) dan hemoroid campuran antara hemoroid interna-eksterna sebanyak (10,3%). Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya oleh Sanchez et al yang menyatakan bahwa pasien hemoroid yang termasuk jenis hemoroid interna memiliki proporsi yang lebih banyak dibanding jenis hemoroid lainnya, yakni sebesar 77%. Hal ini ditinjau dari faktor pertimbangan pasien berobat ke Rumah Sakit yang kebanyakan adalah karena peningkatan derajat keparahan hemoroid interna (Safyudin & Damayanti, 2017).

Kejadian hemoroid cenderung meningkat seiring dengan bertambahnya usia seseorang, dimana usia puncaknya adalah 45-65 tahun. Dalam hal prevalensi menurut jenis kelamin, sebuah studi epidemiologi di AS tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan dalam kejadian antara pria dan wanita. Survei rumah sakit London menyetujui, melaporkan tidak ada



perbedaan yang mencolok dalam prevalensi kejadian antara jenis kelamin (Yamana, 2017).

Meskipun begitu, insiden dan prevalensi hemoroid tidak diketahui pasti karena penelitian yang ada memiliki hasil yang sangat bervariasi. Banyak orang yang mengalami hemoroid dan tidak berkonsultasi dengan dokter, sehingga insidensi yang sebenarnya dari penyakit ini tidak dapat dipastikan. Hemoroid ditemukan pada 50% populasi usia di atas 50 tahun, dan beberapa penelitian menyebutkan bahwa 75% dari populasi akan mengalami penyakit hemoroid pada hidup mereka (Sarosy, 2012; Sarles, 2013).



2.6 Faktor Risiko Hemoroid.

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya hemoroid, adalah:

a. Konstipasi

Konstipasi merupakan keadaan BAB jarang atau kurang dari 3 kali seminggu. Keadaan tersebut menjadi salah satu faktor risiko yang paling sering menyebabkan hemoroid. Kotoran dan zat-zat yang berada didalam usus seharusnya di keluarkan dari dalam tubuh. Jika terlalu lama mengendap di usus dan rektum akan menjadi toksin atau racun yang memicu sel-sel kanker/bersifat karsinogen. Kotoran-kotoran tersebut yang bergesekan dengan mukosa pada dinding usus besar dan rektum akan berpotensi tumbuhnya sel-sel abnormal sebagai cikal bakal kanker rektum dan timbulnya polip (Wibowo et al, 2018).

b. Mengedan pada buang air besar yang sulit.

Keadaan dimana terjadinya kesulitan untuk melakukan buang air besar menyebabkan perlunya seseorang mengedan yang kuat. Hal ini disebabkan oleh feses yang kering dan keras pada colon descendens yang menumpuk karena absorpsi cairan yang berlebihan. Buang air besar yang sulit menyebabkan waktu mengedan yang lebih lama sehingga tekanan yang kuat pada saat mengedan dapat mengakibatkan trauma pada plexus hemoroidalis dan terjadi penyakit hemoroid (Riwanto, 2010).

c. Diet rendah serat

Kurangnya mengonsumsi makanan yang berserat tinggi menyebabkan bentuk feses menjadi padat dan keras yang mengakibatkan kondisi mengedan saat BAB sehingga dapat menyebabkan trauma pada plexus hemoroidalis (Dason dan Tan, 2015).

d. Kehamilan

Wanita hamil mengalami peningkatan hormon progesteron yang mengakibatkan peristaltik saluran pencernaan melambat dan juga memberikan tegangan yang abnormal pada otot sfingter ani interna. Relaksasi inilah yang mengakibatkan konstipasi. Wanita hamil juga



mengalami peningkatan tekanan intra abdomen yang akan menekan vena di rektum. Proses melahirkan juga dapat menyebabkan hemoroid karena adanya penekanan yang berlebihan pada plexus hemoroidalis (Pigot et al, 2005).

e. Usia lanjut

Pada usia lanjut terjadi degenerasi jaringan-jaringan tubuh. Musculus sphincter ani menjadi tipis dan mengalami penurunan kontraksi. Kedua hal tersebut menyebabkan kelemahan musculus sphincter dan timbul prolaps pada anus (Riwanto, 2010).

f. Aktifitas fisik berat

Seseorang yang mempunyai aktifitas fisik berat dalam jangka waktu lama dan frekuensi rutin maka akan menyebabkan peningkatan tekanan plexus hemoroidalis sehingga menyebabkan hemoroid (Nugroho, 2014)

g. Duduk terlalu lama

Hal yang paling diwaspadai dari dampak pola kerja kurang aktif ini adalah meningkatnya kemungkinan mengalami risiko pembekuan pembuluh vena dalam (*Deep Vein Thrombosis/DVT*) hingga dua kali lipat. Pembekuan darah terjadi di pembuluh vena dan biasanya pada bagian betis, bahkan bisa terjadi di bagian saluran pencernaan bawah. Jika pembekuan ini tidak dicairkan dengan obat pengencer darah, maka akan terjadi hematoma dan akan mengganggu aliran darah. Jika hal ini terjadi pada anus maka terjadilah hemoroid (Wibowo et al, 2018).

h. Penyakit yang meningkatkan tekanan intra abdomen seperti tumor usus dan tumor abdomen (Safyudin & Damayanti, 2017).

2.7 Patofisiologi Hemoroid

Hemoroid eksternal trombosis akut adalah masalah yang umum terjadi tetapi masih menjadi topik yang kurang dipelajari. Faktor-faktor risiko yang diketahui dapat menyebabkan hemoroid eksternal trombosis akut, antara lain: konstipasi, persalinan pervaginam yang traumatis, aktivitas fisik yang



berat, mencedan, konstipasi, diare, dan diet rendah serat (Lorber, 2018; Thornton, 2019).

Hemoroid eksternal terjadi di distal linea dentate dan berkembang sebagai akibat distensi dan pembengkakan sistem vena hemoroidalis eksterna. Pembengkakan akut pembuluh darah hemoroid memungkinkan darah menggumpal dan kemudian membeku; hal ini menyebabkan inflamasi dan distensi kulit perianal di atasnya, perubahan warna kebiru-biruan serta sering disertai dengan rasa nyeri yang hebat (Lorber, 2018).

Nyeri terjadi akibat pembesaran dari persarafan kulit akibat bekuan darah dan edema di sekitarnya. Nyeri berlangsung 7-14 hari dan sembuh dengan resolusi trombosis. Dengan resolusi ini, anoderm yang meregang bertahan sebagai kulit yang berlebih atau skin tags. Trombosis eksternal kadang-kadang mengikis kulit di atasnya dan menyebabkan perdarahan (Thornton, 2019).

Patofisiologi hemoroid internal juga masih belum sepenuhnya dipahami. Terdapat banyak temuan fungsional, histopatologis, dan anatomi telah terakumulasi selama dekade terakhir, tetapi hubungan antara temuan-temuan tersebut masih tidak jelas. Terdapat empat teori mengenai patofisiologi hemoroid yang telah dikembangkan. Pertama, teori varises. Namun teori ini telah terbukti salah, karena saat ini telah diterima secara luas bahwa hemoroid bukanlah varises. Teori selanjutnya yaitu teori-teori yang melibatkan hiperplasia vaskular (teori yang menjelaskan bahwa wasir menyerupai jaringan ereksi penis) dan hipertensi sfingter ani internal yang merupakan sebuah kebenaran, tetapi tidak dapat diterima sepenuhnya. Saat ini, teori pergeseran dinding saluran anal atau teori bantal telah diterima secara luas. Hal ini mengusulkan bahwa hemoroid berkembang ketika iaringan pendukung bantalan anal hancur atau memburuk. Teori ini disebut sebagai patofisiologis utama terjadinya hemoroid (Lohsiriwat, 2012; Targetis, 2019).



Terdapat banyak hal yang diyakini memicu terjadinya hemoroid. Terlepas dari itu, secara universal diakui bahwa terdapat 4 hal yang menjadi patofisiologis inti dari penyakit hemoroid. Pertama, proses pergeseran bantalan anal. Kedua, kerusakan jaringan ikat bantal. Ketiga, kurangnya aliran balik vena dari sinusoid ke SRV dan MRV selama buang air besar. Keempat, stagnasi darah di dalam pleksus yang mengalami dilatasi (Margetis, 2019).

Peningkatan kronis tekanan intra abdominal dan tidak adanya katup dalam vena rektal, dapat membatasi drainase vena dari sinusoid selama defekasi, yang mengakibatkan dilatasi abnormal anastomosis arteriolar-venular dari pleksus hemoroid internal. Faktor-faktor seperti kehamilan, mengedan saat buang air besar, dan melakukan aktifitas fisik berat dapat menyebabkan peningkatan berlebihan pada tekanan intraabdominal. Selain itu, konstipasi juga dapat meningkatkan tekanan intraabdominal dan dapat secara langsung menghambat aliran balik vena melalui efek feses yang keras pada vena rektal (Margetis, 2019).

Salah satu ciri utama penyakit hemoroid adalah tersumbatnya sinusoid. Hal ini terutama disebabkan oleh peningkatan tekanan intra abdomen dan berkurangnya aliran balik vena selama buang air besar. Selain itu, hiperperfusi arteri sinusoid (sebagai akibat dari mekanisme sphincteric arteriolar yang terganggu) dan penurunan tonus pembuluh darah dapat meningkatkan kemacetan sinusoid. Selain itu, jaringan ikat yang rileks dan hipertrofi, kehilangan kapasitasnya untuk mendukung jaringan vaskular; dengan demikian terjadi sinusoid kongesti pasif. Akhirnya, terjadi peningkatan aktivitas sfingter anal internal baik primer atau sekunder yang kemudian menghambat aliran balik vena, dan memperburuk kemacetan. Terlepas dari hal di atas, pembesaran bantalan anal diperkuat oleh hipertrofi ringan fibrosa dan oleh neovaskularisasi. Pembuluh baru terbentuk ketika peradangan berkembang karena hemoroid yang memburuk (Margetis, 2019).



Bendungan dan hipertrofi pada bantalan anus menjadi mekanisme dasar terjadinya hemoroid. Akibatnya, bantalan anal menjadi semakin padat dan membesar kemudian berubah menjadi bantalan anal yang abnormal, yang menyebabkan terbentuknya nodul pada anus atau disebut "hemoroid". Karena keadaan tersebut juga menyebabkan kehilangan fiksasi otot dan fibrosa, maka terjadi prolaps melalui kanalis analis (Margetis, 2019).

Dalam proses kronis, nodul yang prolaps terperangkap di dalam kanalis anal yang secara bertahap akan terjepit dan menyebabkan peningkatan tekanan anal, obstruksi vena dan kemacetan yang parah. Prolaps bantalan anus juga dapat terjadi secara akut. Pada prolaps akut, jaringan hemoroid terperangkap secara tiba-tiba oleh mekanisme sfingter di luar anus; pada akhirnya dapat menyebabkan obstruksi dari aliran balik vena dan kongesti. Sebagai nodul anal yang prolaps melalui kanalis analis, jaringan nodul menjadi terluka, meradang dan rapuh. Proses peradangan membuat arteriol lamina propria pada nodul rentan terhadap erosi selama buang air besar dan menyebabkan terjadinya perdarahan (Margetis, 2019).

Kombinasi dari kemacetan sinusoidal, kongesti dan proses inflamasi kronis di dalam nodul pada akhirnya menghasilkan stagnasi darah di dalam sinusoid. Stagnasi menyebabkan hiperkoagulabilitas yang terkendali secara lokal, yang meningkatkan pembentukan gumpalan dan akhirnya menyebabkan trombosis. Trombosis pada akhirnya dapat menyebabkan iskemia, ulserasi, dan nekrosis pada permukaan nodul (Margetis, 2019).

2.8 Gejala Klinis Hemoroid.

Gejala utama hemoroid adalah pendarahan, rasa sakit, prolaps, pembengkakan, dan gatal. Gejala tergantung pada klasifikasi dan derajat hemoroid. Apakah itu eksternal atau internal, dan apakah bersifat kronis atau akut. Dalam beberapa kasus, mungkin hanya ada satu gejala, tetapi beberapa gejala dapat muncul bersamaan (Yamana, 2017).



Hemoroid menyebabkan rasa gatal dan nyeri, dan sering menyebabkan perdarahan berwarna merah terang pada saat defekasi. Hemoroid eksternal dihubungkan dengan nyeri hebat akibat inflamasi dan edema yang disebabkan oleh trombosis. Trombosis adalah pembekuan darah dalam hemoroid. Hal ini dapat menimbulkan iskemia pada area tersebut dan terjadinya nekrosis (Setiawan et al, 2015).

Umumnya perdarahan merupakan tanda pertama dari hemoroid interna akibat trauma oleh feses yang keras. Darah yang keluar berwarna merah segar dan tidak tercampur dengan feses, dapat hanya berupa garis pada feses atau perdarahan yang terlihat menetes dan mewarnai air toilet menjadi merah (Setiawan et al, 2015).

Hemoroid yang membesar secara perlahan-lahan akhirnya dapat menonjol keluar menyebabkan prolaps. Pada tahap awal, penonjolan ini hanya terjadi pada waktu defekasi dan disusul reduksi spontan setelah defekasi. Pada stadium yang lebih lanjut, hemoroid interna ini perlu didorong kembali setelah defekasi agar masuk kembali ke dalam anus. Pada akhirnya hemoroid dapat berlanjut menjadi bentuk yang mengalami prolaps menetap dan tidak bisa didorong masuk lagi (Sudarsono, 2015).

2.9 Diagnosis Hemoroid

Diagnosis hemoroid dapat ditegakkan dengan melakukan:

a. Anamnesis

Hasil anamnesis menurut Setiawan et al (2015), antara lain:

1. Terdapat pendarahan segar pada saat defekasi.
2. Mengeluh nyeri dan gatal-gatal di sekitar anus
3. Terdapat pembengkakan di anus.

b. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik yang dapat dilakukan menurut Setiawan et al (2015), antara lain:



1. Inspeksi prolaps, dilakukan untuk menyingkirkan kemungkinan kondiloma perinatal dan tumor anorektum.
2. Colok dubur, jika prolaps tidak terlihat untuk menyingkirkan diagnosis banding karsinoma rektum.
3. Meminta pasien mengedan, maka didapatkan hasil hemoroid menonjol keluar atau hemoroid yang sudah menonjol akan terlihat semakin besar.

c. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan menurut Wandari (2011), antara lain:

1. Pemeriksaan anoskopi dilakukan untuk menilai mukosa rektal dan mengevaluasi tingkat pembesaran hemoroid.
2. Pemeriksaan sigmoidoskopi fleksibel atau kolonoskopi untuk mengevaluasi pendarahan rektal dan rasa tidak nyaman seperti *fisura anal*, *fistula*, *kolitis*, *polip rectal* dan kanker.

d. Diagnosis Banding

Menurut Kaidar-Person et al (2007) selama evaluasi awal pasien, kemungkinan penyebab lain dari gejala-gejala seperti pendarahan rektal, gatal pada anus, rasa tak nyaman, massa serta nyeri dapat disingkirkan. Di bawah ini adalah diagnosa banding untuk gejala-gejala di atas:

i. Nyeri

1. *Fisura Anal*
2. *Herpes Anal*
3. *Proktitis ulseratif*
4. *Proctalgia fugax*

ii. Massa

1. *Karsinoma anal*
2. *Perianal warts*
3. *Skin tags*

iii. Nyeri dan Massa



1. *Hematom perianal*
2. *Pilonidal sinus*
3. *Abses*
- iv. Nyeri dan Pendarahan
 1. *Proktitis*
 2. *Fisura Anal*
- v. Nyeri, Massa dan Pendarahan
 1. *Hematom perianal ulseratif*
- vi. Massa dan Pendarahan
 1. *Karsinoma anal*
- vii. Pendarahan
 1. *Polips kolorectal*
 2. *Karsinoma anal*
 3. *Karsinoma kolorectal*

2.10 Penatalaksanaan Hemoroid

Menangani hemoroid tak selamanya dengan melakukan tindakan invasif. Penatalaksanaan hemoroid pada umumnya dapat meliputi modifikasi gaya hidup, perbaikan pola makan dan minum serta perbaikan cara defekasi. Diet seperti minum 30–40 ml/kgBB/hari dan makanan tinggi serat 20-30 g/hari. Perbaikan pola defekasi dapat dilakukan dengan berubah ke jongkok pada saat defekasi serta penanganan lain seperti melakukan *warm sits baths* dengan merendam area rektal pada air hangat selama 10-15 menit 2-3 kali sehari (Yamana, 2017; Sudarsono, 2015).

Menangani hemoroid dengan obat juga dapat dilakukan. Namun, pemilihan jenis terapi sangat bergantung dari keluhan penderita serta derajat hemoroidnya. Pasien hemoroid grade I dan II dapat diberikan terapi edikamentosa dan edukasi tentang modifikasi gaya hidup. Penatalaksanaan rmakologi untuk hemoroid menurut Sudarsono (2015) adalah:



- a. Obat-obatan yang dapat memperbaiki defekasi, yaitu suplemen serat yang banyak digunakan antara lain *psyllium* atau *isphagula husk* dan obat pencahar antara lain *Natrium dioctyl sulfosuccinat*.
- b. Obat simptomatik yang mengurangi keluhan rasa gatal dan nyeri. Bentuk *suppositoria* untuk hemoroid interna dan *ointment* untuk hemoroid eksterna.
- c. Obat untuk menghentikan perdarahan yaitu *diosmin* dan *hesperidin*.
- d. Terapi topikal dengan nifedipine dan krim lidokain lebih efektif untuk menghilangkan rasa sakit.

Office Therapy.

Sebagian besar dilakukan pada pasien dengan hemoroid derajat I dan II yang gagal dalam perawatan medis serta pasien tertentu dengan hemoroid internal derajat III dapat diobati secara efektif dengan *office-based procedure* (Davis, 2018).

Tujuan dari *office-based procedure* adalah untuk meringankan gejala pasien dengan mengurangi ukuran atau vaskularisasi jaringan hemoroid dan meningkatkan fiksasi jaringan hemoroid ke dinding anal untuk meminimalkan prolaps. Semua prosedur ini relatif ditoleransi dengan baik dan menyebabkan rasa sakit serta ketidaknyamanan yang minimal. Namun, pasien harus memahami bahwa terdapat kemungkinan terjadinya kekambuhan dan kemungkinan untuk dilakukan aplikasi berulang (Davis, 2018).

1. Rubber band ligation.

Teknik ini merupakan perawatan yang paling populer dan efektif, yang telah terbukti lebih unggul daripada *skleroterapi* dan *infrared photocoagulation* karena memiliki tingkat kekambuhan terendah. Ligasi dari jaringan hemoroid akan menyebabkan iskemia dan nekrosis pada mukosa yang prolaps diikuti dengan terjadinya fiksasi jaringan parut pada



dinding rektum. Teknik cepat ini ditoleransi dengan baik pada pasien, karena ligatur dilakukan jauh di atas linea dentate, di mana sensitivitas somatik tidak ada. Metode ini telah terbukti menjadi pengobatan non bedah yang paling efektif untuk hemoroid (Davis, 2018).

2. **Skleroterapi.**

Teknik ini digunakan untuk pasien dengan gejala utama pendarahan dan dapat menyebabkan hemoroid menyusut dan menghilang dalam waktu singkat. Metode ini menggunakan zat sklerosan yang diinjeksikan pada submukosa tepat di atas pangkal hemoroid. Setelah itu, sklerosan menyebabkan ulserasi mukosa atau nekrosis dan merangsang pembentukan jaringan parut. Sklerosan yang paling umum digunakan adalah *5% phenol in almond or vegetable oil or sodium tetradecyl sulfate* (Chugh, 2014; Davis, 2018).

3. **Infrared photocoagulation/ Infrared thermocoagulation.**

IRC melibatkan aplikasi langsung dari gelombang infra merah. Sinar infra merah masuk ke jaringan dan berubah menjadi panas. Manipulasi instrumen tersebut dapat digunakan untuk mengatur banyaknya jumlah kerusakan jaringan. Prosedur ini menyebabkan koagulasi, oklusi dan sklerosis jaringan hemoroid (Chugh, 2014).

Surgical Theraphy.

Untuk pasien dengan gejala hemoroid eksternal atau gabungan hemoroid eksternal dan internal derajat III – IV (Davis, 2018).

1. **Surgical Excision**

Teknik yang paling banyak dipraktikkan dan dianggap sangat efektif untuk pasien jika tindakan konservatif dan *office-based psocedure* gagal, hemoroid derajat III atau IV, hemoroid yang mengalami komplikasi seperti ulserasi, fistula, fissura, atau yang dikaitkan dengan *symptomatic external hemorrhoids* atau anal tags yang besar (Chugh, 2014).



Meskipun ada banyak variasi teknik, terdapat dua teknik operasi yang penting, antara lain; hemoroidektomi terbuka (*Open Milligan-Morgan Hemorrhoidectomy*) dan hemoroidektomi tertutup (*Closed Ferguson Hemorrhoidectomy*). Untuk teknik eksisi terbuka, elemen eksternal hemoroid yang tertutup kulit dikeluarkan bersama dengan elemen mukosa dengan ligasi pada pedikel hemoroid. Ferguson hemoroidektomi juga menghilangkan jaringan hemoroid vaskular tetapi mempertahankan anoderm, secara teoritis membatasi keluarnya cairan pasca operasi dan mempercepat proses penyembuhan (Brown, 2017).

Dalam metaanalisis dari 11 studi yang membandingkan hemoroidektomi terbuka versus tertutup (1326 pasien). Pendekatan tertutup dikaitkan dengan penurunan nyeri pasca operasi, penyembuhan luka yang lebih cepat, dan risiko perdarahan pascaoperasi yang lebih rendah. Komplikasi pasca operasi, rekurensi hemoroid, dan komplikasi infeksi serupa. Dalam meta-analisis dari 5 studi dengan 318 pasien, penggunaan perangkat energi bipolar ditemukan lebih cepat dan lebih sedikit menyebabkan rasa sakit pasca operasi bila dibandingkan dengan hemoroidektomi tertutup dengan tingkat komplikasi pasca operasi yang sebanding (Davis, 2018).

2. **PPH (*Stapled Hemorrhoidopexy*).**

Teknik *Circular Stapler Hemorrhoidopexy* atau dikenal dengan *Procedure for Prolapse and Haemorrhoids* baru diperkenalkan oleh Longo A pada tahun 1998. Teknik ini menggunakan alat circular stapling yang menghilangkan mukosa dan submukosa sekitar 2-3 cm tepat di atas linea dentatae. Dengan melakukan hal ini, prosedur ini tidak hanya mengganggu suplai darah ke pleksus, mengurangi pembengkakan, tetapi juga menarik mukosa yang berlebih ke dalam kanalis anal sehingga mengurangi prolaps. Karena tidak ada sayatan



di mukosa anal yang sensitif, teknik ini tidak terlalu menyakitkan dan kemungkinan pemulihan lebih cepat dibandingkan dengan hemoroidektomi, tetapi tingkat kekambuhan mungkin lebih tinggi dalam jangka panjang (Chugh, 2014; Brown, 2017).

3. *Doppler-guided Hemorrhoidal Artery Ligation*

Prosedur ini pertama kali dijelaskan oleh Morinaga et al pada tahun 1995, teknik ini menggunakan proktoskop yang dimodifikasi dengan menggabungkan Doppler probe. Perangkat ini memungkinkan deteksi yang akurat dari arteri hemoroid yang kemudian diikat. Pengikatan tersebut ditargetkan akan mengurangi pembengkakan hemoroid. Sementara, pada saat yang sama dilakukan fiksasi bantal untuk mengurangi potensi prolaps. Karena tidak ada luka bedah dan jahitan dilakukan di atas linea dentate, rasa sakit secara teoritis berkurang dan pemulihan akan lebih cepat. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa teknik ini memberikan hasil baik. Namun, teknik ini membutuhkan lebih banyak biaya (Chugh, 2014; Brown, 2017; Davis, 2018).

Edukasi yang dapat diberikan untuk mencegah terjadinya kekambuhan hemoroid menurut Setiawan et al (2015) antara lain:

1. Konsumsi makanan tinggi serat seperti sayur-sayuran, buah-buahan dan kacang-kacangan untuk membuat feses menjadi lunak sehingga mengurangi proses mengedan. Bila perlu diberikan suplemen serat atau obat yang memperlunak feses (*bulk forming cathartic*)
2. Hindari mengedan terlalu kuat saat buang air besar
3. Minum air sebanyak 6-8 gelas sehari agar tubuh kita tidak kekurangan cairan.
4. Melakukan kegiatan olahraga rutin (seperti jogging, berenang, senam)



5. Jangan menunda-nunda jika ingin buang air besar sebelum feses menjadi keras
6. Jangan duduk terlalu lama.

2.11 Prognosis

Pada umumnya prognosis hemoroid baik apabila ditangani dengan tepat. Kebanyakan hemoroid sembuh secara spontan atau hanya dengan terapi medis konservatif. Namun, komplikasinya dapat berupa trombosis, infeksi sekunder, ulserasi, abses, dan inkontinensia. Hemoroidektomi pada umumnya memberikan hasil yang baik. Setelah terapi, penderita harus diberikan edukasi untuk mencegah terjadinya kekambuhan. Tingkat kekambuhan dengan teknik non-bedah adalah 10-50% selama periode 5 tahun, sedangkan dengan bedah hemoroidektomi kurang dari 5% (Thornton, 2019).

Mengenai komplikasi dari operasi, ahli bedah yang terlatih hanya mengalami komplikasi pada kurang dari 5% kasus. Komplikasi termasuk stenosis, perdarahan, infeksi, kekambuhan, luka tidak sembuh, dan pembentukan fistula. Retensi urin berhubungan langsung dengan teknik anestesi yang digunakan dan cairan perioperatif yang diberikan. Membatasi cairan dan penggunaan rutin anestesi lokal dapat mengurangi retensi urin hingga kurang dari 5% (Thornton, 2019).

