

**BAGIAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
DAN ILMU KEDOKTERAN KOMUNITAS  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNVIERSITAS HASANUDDIN**

**SKRIPSI  
AGUSTUS 2013**

**KARAKTERISTIK PENDERITA HEMOROID  
DI RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR  
PERIODE 1 JANUARI 2010 – 31 DESEMBER 2012**



**OLEH:**

**Indah Febrini Triana Jalal**

**C 111 08 148**

**PEMBIMBING:**

**dr. Muh. Rum Rahim, M.Kes**

**DIBAWAKAN DALAM RANGKA TUGAS KEPANITERAAN KLINIK  
PADA BAGIAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR**

**2013**

**BAGIAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT DAN ILMU KEDOKTERAN  
KOMUNITAS FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR 2013**

**Telah disetujui Untuk Dicitak dan Diperbanyak**

**Judul Skripsi:**

**“KARAKTERISTIK PENDERITA HEMOROID  
DI RSUP WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR  
PERIODE 1 JANUARI 2010 – 31 DESEMBER 2012”.**

**Makassar, Agustus 2013**

**Pembimbing,**

**(dr. Muh. Rum Rahim, M.Kes)**

**PANITIA SIDANG UJIAN FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR 2013**

Skripsi dengan judul **“Karakteristik Penderita Hemoroid di RSUP Wahidin Sudirohusodo Periode 1 Januari 2010 – 31 Desember 2012”** telah diperiksa, disetujui untuk dipertahankan di hadapan Tim Penguji Skripsi Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Ilmu Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar, pada:

Hari/tanggal : Kamis, 29 Agustus 2013  
Waktu : 10.00 WITA  
Tempat : Ruang Seminar IKM-IKK FKUH PB.622

**Ketua Tim Penguji:**

**(dr. Muh. Rum Rahim, M.Kes)**

**Anggota Tim Penguji**

**(dr.Sultan Buraena MSc, Sp.Ok)**

**(Dr.dr. Sri Ramadhany M.Kes)**

## **ABSTRAK**

**Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat**

**Dan Ilmu Kedokteran Komunitas**

**Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin**

**Skripsi, Agustus 2013**

**Indah Febrini Triana Jalal (C111 08 148)**

**“KARAKTERISTIK PENDERITA HEMOROID DI RSUP WAHIDIN SUDIROHUSODO  
PERIODE 1 JANUARI 2010 – 31 DESEMBER 2012”**

**54 halaman + 10 tabel + 1 gambar + 6 lampiran**

Latar Belakang: Penyakit Hemoroid 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. Penyakit ini diperkirakan akan semakin meningkat sesuai dengan pola hidup masyarakat yang berubah dari waktu ke waktu. Oleh karena itu, usaha dan pencegahan harus dilakukan dari sekarang supaya angka morbiditas dari penyakit ini dapat dikurangi.

Lokasi: Penelitian ini direncanakan diadakan di Bagian Rekam Medik RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

Metode Penelitian: Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian deskriptif, dimana peneliti mencoba untuk membuat gambaran atau deskripsi tentang karakteristik penderita Hemoroid yang dirawat inap berdasarkan data-data sekunder yang tercatat dalam rekam medik di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

Hasil: Dari penelitian, didapatkan penderita Hemoroid berdasarkan jenis kelamin lebih tinggi pada jenis kelamin laki- laki dengan 54 orang (56,84%) dibandingkan dengan perempuan yaitu 41 orang (43,16%). Menurut kelompok umur yang paling banyak

ditemukan pada penderita dengan kelompok umur 40-49 tahun yaitu sebanyak 27 orang (28,42%) dan yang paling sedikit adalah dari kelompok umur > 80 tahun dengan 1 orang (1,05%). Penderita Hemoroid menurut jenis Hemoroid yang terbanyak adalah penderita dengan grade 3 yaitu sebanyak 37 orang (38,95%) dan yang paling sedikit adalah grade 1 dengan 9 orang (9,47%). Penderita Hemoroid menurut suku bangsa yang terbanyak adalah suku bangsa Bugis dengan 42 orang (44,21%). Penderita Hemoroid menurut penatalaksanaan hemoroid terbanyak adalah yang tidak melakukan operasi dengan 52 orang (54,74%) dibandingkan dengan yang melakukan operasi yaitu 43 orang (42,26%).

Saran: Saran dari penelitian ini adalah diharapkan agar diberikan penyuluhan kepada masyarakat tentang penyakit hemoroid untuk mengurangi faktor angka kejadian Hemoroid. Selain itu, diharapkan agar tenaga kesehatan baik dokter dan perawat serta semua pihak untuk memberikan pelayanan medis yang terbaik dan tepat dalam mendeteksi kasus Hemoroid agar dapat mengurangi angka morbiditas serta terutama di Sulawesi Selatan dan umumnya Indonesia.. Diharapkan juga adanya perbaikan dalam pencatatan rekam medis secara lengkap dan jelas terutama dalam hal grade Hemoroid.

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan segala rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini yang merupakan salah satu tugas kepaniteraan klinik di bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin. Dengan rahmat dan petunjukNya disertai usaha yang sungguh-sungguh, doa, ilmu pengetahuan yang diperoleh selama perkuliahan dan pengalaman selama masa Kepaniteraan Klinik serta dengan arahan dan bimbingan dokter pembimbing, maka skripsi yang berjudul **“Karakteristik Penderita Hemoroid di RSUP Wahidin Sudirohusodo Periode 1 Januari 2010 – 31 Desember 2012”** ini akhirnya dapat diselesaikan.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam menyelesaikan skripsi ini masih banyak kekurangan dan kelemahannya, hal ini disebabkan karena terbatasnya kemampuan dan pengetahuan yang dimiliki, namun tetap berusaha semaksimal mungkin untuk menyelesaikan yang terbaik dan berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Dengan kerendahan hati, penulis menyadari bahwa skripsi ini tidak mungkin terwujud tanpa bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, perkenankan penulis mengatur ucapan terima kasih kepada:

1. dr. Muh. Rum Rahim, M.Kes, selaku pembimbing yang dengan kesediaan, keikhlasan, dan kesabaran meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dan arahan kepada penulis mulai dari penyusunan proposal sampai pada penulisan skripsi ini.

2. Staf pengajar Bagian IKM-IKK FK-UH yang telah memberikan bimbingan dan arahan selama penulis mengikuti kepaniteraan klinik di Bagian IKM-IKK FK-UH.
3. Dr. dr. H. A. Armyn Nurdin, M.Sc selaku Ketua Bagian IKM-IKK FK-UH yang telah memberikan banyak bimbingan dan bantuan selama penulis mengikuti kepaniteraan klinik di Bagian IKM-IKK FK-UH.
4. Dekan Fakultas Kedokteran UNHAS, para Pembantu Dekan, staf pengajar, dan seluruh karyawan yang telah memberikan bantuan dan bimbingan kepada penulis selama mengikuti kepaniteraan klinik di FK-UH.
5. Pihak RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar serta segenap karyawan di bagian rekam yang telah membantu dalam pelaksanaan penelitian ini.
6. Ibu, bapak, serta rekan–rekan mahasiswa kepaniteraan klinik, yang telah banyak memberikan bantuan selama penulis melakukan penelitian di bagian tingkat VI serta semua pihak yang tidak sempat disebutkan satu persatu yang telah membantu penulis selama penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih sangat jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan kritik dari semua pihak demi penyempurnaan skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak.

Makassar, Agustus 2013

**Penulis**

# DAFTAR ISI

Abstrak.....	i
Kata pengantar.....	iii
Daftar Isi.....	vi
Daftar Tabel.....	ix
Daftar Grafik.....	x
Daftar Gambar.....	xi

## BAB I PENDAHULUAN

1. Latar Belakang.....	1
2. Rumusan Masalah.....	2
3. Tujuan Penelitian.....	3
4. Manfaat Penelitian.....	3

## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

1. Definisi.....	5
2. Anatomi.....	5
3. Fisiologi.....	7
4. Patofisiologi.....	8
5. Etiologi.....	9
6. Faktor resiko.....	10
7. Gejala klinis.....	10
8. Klasifikasi.....	12
9. Diagnosa.....	13
10. Diagnosa Banding.....	14
11. Penatalaksanaan.....	14



BAB III	KERANGKA KONSEP	
1.	Dasar Pemikiran Variabel Yang Diteliti.....	18
2.	Kerangka Konsep.....	21
3.	Definisi Operasional.....	22
BAB IV	METODE PENELITIAN	
1.	Desain Penelitian.....	24
2.	Waktu dan Lokasi Penelitian.....	24
3.	Populasi dan Sampel Penelitian.....	24
4.	Jenis Data dan Instrumen Penelitian.....	25
5.	Manajemen Penelitian.....	25
6.	Etika Penelitian.....	27
BAB V	GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN	
1.	Identitas RS Dr.Wahidin Sudirohusodo.....	28
2.	Visi, misi dan moto RSDr.Wahidin Sudirohusodo.....	28
3.	Sejarah RS Dr.Wahidin Sudirohusodo.....	30
4.	Jenis Pelayanan.....	31
5.	Sub Instalasi Rekam Medis.....	35
BAB VI	HASIL PENELITIAN	
I.	Hasil Penelitian.....	36
BAB VII	PEMBAHASAN	
I.	Pembahasan.....	48
BAB VIII	KESIMPULAN DAN SARAN	
1.	Kesimpulan.....	53
2.	Saran.....	53
	DAFTAR PUSTAKA.....	55
	LAMPIRAN	

## DAFTAR TABEL

## HALAMAN

Tabel 1 : Distribusi Responden berdasarkan jenis kelamin	36
Tabel 2 : Distribusi Responden berdasarkan umur	38
Tabel 3 : Distribusi responden berdasarkan jenis hemoroid	39
Tabel 4 : Distribusi responden berdasarkan suku bangsa	41
Tabel 5 : Distribusi responden berdasarkan penatalaksanaan hemoroid	42
Tabel 6 : Distribusi umur penderita berdasarkan jenis kelamin	43
Tabel 7 : Distribusi jenis hemoroid berdasarkan umur	44
Tabel 8 : Distribusi jenis hemoroid berdasarkan jenis kelamin	45
Tabel 9 : Distribusi suku bangsa terhadap jenis kelamin	46
Tabel 10 : Distribusi penatalaksanaan terhadap jenis hemoroid	47

## **DAFTAR GRAFIK**

Grafik 1 : Distribusi Responden berdasarkan jenis kelamin	37
Grafik 2 : Distribusi Responden berdasarkan umur	38
Grafik 3 : Distribusi responden berdasarkan jenis hemoroid	40
Grafik 4 : Distribusi responden berdasarkan suku bangsa	41
Grafik 5 : Distribusi Responden berdasarkan penatalaksanaan	42

## **DAFTAR GAMBAR**

Grafik 1 : Anatomi vaskularisasi Vena- vena kanalis analis

7

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

*Plexus* hemoroid merupakan pembuluh darah normal yang terletak pada mukosa rektum distal dan *anoderm*. Gangguan pada hemoroid terjadi ketika *plexus vaskular* ini membesar. Sehingga kita dapatkan pengertiannya dari “hemoroid adalah dilatasi *varikosus vena* dari *plexus hemoroidal inferior* dan *superior*”.<sup>1,3,4</sup>

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.<sup>7</sup>

Penyebab pasti dari hemoroid belum diketahui, faktor yang berperan dalam perkembangan hemoroid adalah kehamilan, hereditas atau faktor genetika, konstipasi, dan cara defekasi yang tidak benar, penyakit yang meningkatkan tekanan intraabdomen (tumor abdomen, tumor usus), dan sirosis hati.<sup>1,2,3,7,8</sup>

Pasien dengan hemoroid dapat mengalami gejala maupun tidak sama sekali, hal ini bergantung pada jenis hemoroid serta derajat pada hemoroid internal. Pada derajat I ditandai dengan adanya darah segar pada saat defekasi, namun ketika hemoroid tidak ditatalaksana dengan baik maka dapat berlanjut ke derajat III atau IV. Hemoroid internal derajat IV dapat menimbulkan nyeri akut yang berat.<sup>1,3,4,7,8</sup>

Hemoroid sering terjadi pada dewasa dengan umur 45 sampai dengan 65 tahun (Chong dkk, 2008). Di Amerika Serikat, hemoroid adalah penyakit yang cukup umum dimana pasien dengan umur 45 tahun yang didiagnosis hemoroid mencapai 1.294 per 100.000 jiwa (Everheart,

2004). Perbandingan penyakit hemoroid antara laki-laki dan perempuan tidak menunjukkan jarak yang signifikan sehingga angka kejadian hemoroid tidak terlalu jauh perbandingannya.<sup>3,5,7</sup>

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. Pasien terkadang merasa ragu untuk mengobatinya karena rasa takut, malu, dan nyeri pada terapi hemoroid, sehingga insidensi yang sebenarnya dari penyakit ini tidak dapat dipastikan. Di Amerika, 50% populasi usia 50an menderita wasir. Dan diperkirakan sekitar 50-85% populasi dunia akan mengalami gejala wasir pada periode tertentu dalam hidupnya.<sup>2,3,7,8</sup>

Atas pertimbangan data-data tersebut penulis berkeinginan untuk meneliti tentang karakteristik penderita hemoroid di RSUP Dr. Wahidin Sudiruhosodo periode 1 Januari 2010 – 31 Desember 2012.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian dalam latar belakang masalah di atas, dapat dirumuskan pertanyaan penelitian sebagai berikut: “Bagaimanakah karakteristik penderita hemoroid di RSUP. Dr. Wahidin Sudiruhosodo Makassar?”

## **1.3 Batasan Masalah**

Banyaknya variable yang dapat dijadikan penilaian klinis bagi gambaran klinis pasien hemoroid. 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, jenis hemoroid, ras/suku bangsa, penatalaksanaan.

## **1.4. Tujuan Penelitian**

### **1.4.1. Tujuan umum**

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah untuk memperoleh informasi mengenai karakteristik penderita hemoroid di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Periode 1 Januari 2010 – 31 Desember 2012.

### **1.4.2. Tujuan khusus**

1. Mengetahui distribusi penderita hemoroid berdasarkan umur.
2. Mengetahui distribusi penderita hemoroid berdasarkan jenis kelamin.
3. Mengetahui distribusi penderita hemoroid berdasarkan jenis hemoroid.
4. Mengetahui distribusi penderita hemoroid berdasarkan suku bangsa.
5. Mengetahui distribusi penderita hemoroid berdasarkan 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. Memerikan 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 II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Definisi Hemoroid**

Hemoroid adalah kumpulan dari pelebaran satu segmen atau lebih vena hemoroidalis di daerah anorektal. Hemoroid bukan sekedar pelebaran vena hemoroidalis, tetapi bersifat lebih kompleks yakni melibatkan beberapa unsur berupa pembuluh darah, jaringan lunak dan otot di sekitar anorektal (kanalis anus).<sup>1,2,3</sup>

Hemoroid merupakan dilatasi varises pleksus vena submukosa anus dan perianus. Dilatasi ini sering terjadi setelah usia 50 tahun yang berkaitan dengan peningkatan tekanan vena di dalam pleksus hemoroidalis. Hemoroid jarang terjadi pada umur dibawah 30 tahun kecuali pada ibu hamil dan hemoroid dapat menggambarkan satu keadaan kanal anastomosis kolateral yang terjadi akibat hipertensi portal.<sup>1,2,3</sup>

#### **2.2 Anatomi Kanalis Anal<sup>1,4</sup>**

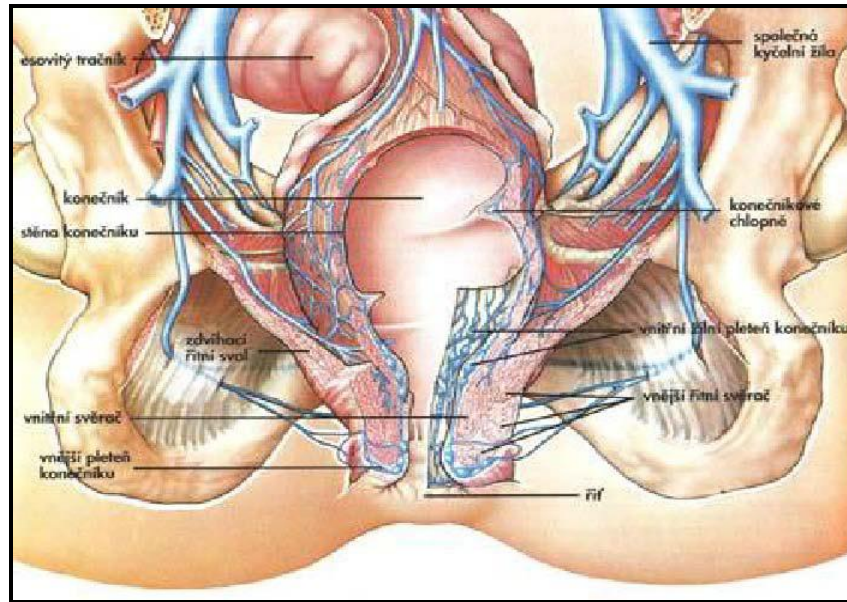
Kanalis anal memiliki panjang sekitar 4 cm, yang dikelilingi dengan mekanisme sfingter anus. Setengah bagian atas dari kanalis anal dilapisi oleh mukosa glandular rektal. Mukosa bagian teratas dari kanalis anal berkembang sampai 6-10 lipatan longitudinal, yang disebut *columns of Morgagni*, yang masing masing memiliki cabang terminal dari arteri rektal superior dan vena. Lipatan-lipatan ini paling menonjol di bagian lateral kiri, posterior kanan dan kuadran anterior kanan, dimana vena membentuk pleksus vena yang menonjol. Mukosa glandular relatif tidak sensitif, berbeda dengan kulit kanalis, kulit terbawahnya lebih sensitif (Churchill, 1990).

Mekanisme spinter anal memiliki tiga unsur pembentuk, *spinter internal*, *spinter eksternal* dan *puborektalis*. Spinter internal merupakan kontinuitas yang semakin menebal dari muskular dinding ginjal. *Spinter eksternal* dan *puborektalis sling* (yang merupakan bagian dari levator ani) muncul dari dasar pelvis (Churchill, 1990).

Vaskularisasi rektum dan kanalis anal sebagian besar diperoleh melalui arteri hemoroidalis superior, media, dan inferior. Arteri hemoroidalis superior merupakan kelanjutan akhir arteri mesentrika inferior. Arteri hemoroidalis media merupakan cabang ke anterior dari arteri hipogastrika. Arteri hemoroidalis inferior dicabangkan oleh arteri pubenda interna yang merupakan cabang dari arteri iliaca interna, ketika arteri tersebut melewati bagian atas spina ischiadica.

Sedangkan vena-vena dari kanalis anal dan rektum mengikuti perjalanan yang sesuai dengan perjalanan arteri. Vena-vena ini berasal dari 2 pleksus yaitu pleksus hemoroidalis superior (interna) yang terletak di submukosa atas *anorectal junction*, dan pleksus hemoroidalis inferior (eksterna) yang terletak di bawah *anorectal junction* dan di luar lapisan otot. Perhatikan Gambar 1 (Sobiston, 1997).

Gambar 2.1. Vaskularisasi Vena-Vena Kanalis Anal



Gambar dikutip dari kepustakaan 5

Persarafan rektum terdiri atas sistem saraf simpatik dan parasimpatik. Serabut saraf simpatik berasal dari pleksus mesentrikus inferior dan dari sistem parasakral yang terbentuk dari ganglion simpatis lumbal ruas kedua, ketiga, dan keempat. Persarafan parasimpatik (nervi erigentes) berasal dari saraf sakral kedua, ketiga, dan keempat.

### 2.3 Fisiologi Rektum dan Anus<sup>1,6</sup>

Fungsi utama dari rektum dan kanalis anal ialah untuk mengeluarkan massa feses yang terbentuk di tempat yang lebih tinggi dan melakukan hal tersebut dengan cara yang terkontrol. Rektum dan kanalis anal tidak begitu berperan dalam proses pencernaan, selain hanya menyerap sedikit cairan. Selain itu sel-sel Goblet mukosa mengeluarkan mukus yang berfungsi sebagai pelicin untuk keluarnya massa feses.

Pada hampir setiap waktu rektum tidak berisi feses. Hal ini sebagian diakibatkan adanya otot sfingter yang tidak begitu kuat yang terdapat pada *rectosigmoid junction*, kira-kira 20 cm dari anus. Terdapatnya lekukan tajam dari tempat ini juga memberi tambahan penghalang masuknya feses ke rektum. Akan tetapi, bila suatu gerakan usus mendorong feses ke arah rektum, secara normal hasrat defekasi akan timbul, yang ditimbulkan oleh refleksi kontraksi dari rektum dan relaksasi dari otot sfingter. Feses tidak keluar secara terus-menerus dan sedikit demi sedikit dari anus berkat adanya kontraksi tonik otot sfingter ani interna dan eksterna (Sobiston, 1994).

## 2.4 Patofisiologi Hemoroid

Hemoroid dikatakan sebagai penyakit keturunan. Namun sampai saat ini belum terbukti kebenarannya. Akhir-akhir ini, keterlibatan bantalan anus (anal cushion) makin dipahami sebagai dasar terjadinya penyakit ini. Bantalan anus merupakan jaringan lunak yang kaya akan pembuluh darah. Agar stabil, kedudukannya disokong oleh ligamentum Treitz dan lapisan muskularis submukosa. Bendungan dan hipertrofi pada bantalan anus menjadi mekanisme dasar terjadinya hemoroid. *Pertama*, kegagalan pengosongan vena bantalan anus secara cepat saat defekasi. *Kedua*, bantalan anus terlalu mobile, dan *ketiga*, bantalan anus terperangkap oleh sfingter anus yang ketat. Akibatnya, vena intramuskular kanalis anus akan terjepit (obstruksi). Proses pembendungan diatas diperparah lagi apabila seseorang mengedan atau adanya feses yang keras melalui dinding rektum.<sup>1,3,7</sup>

Selain itu, gangguan rotasi bantalan anus juga menjadi dasar terjadinya keluhan hemoroid. Dalam keadaan normal, bantalan anus menempel secara longgar pada lapisan otot sirkuler. Ketika defekasi, sfingter interna akan relaksasi. Kemudian, bantalan anus berotasi ke arah luar (everssi) membentuk bibir anorektum. Faktor endokrin, usia, konstipasi dan mengedan yang lama menyebabkan gangguan everssi pada bantalan tersebut. Mitos di masyarakat yang mengatakan,

hemoroid mudah terjadi pada ibu hamil ternyata benar. Tak pelak, kehamilan menjadi faktor pencetus hemoroid. Mengapa demikian? *Pertama*, hormon kehamilan mengurangi fungsi penyokong dari otot dan ligamentum di sekitar bantalan. *Kedua*, terjadi peningkatan vaskuler di daerah pelvis. *Ketiga*, seringnya terjadi konstipasi pada masa kehamilan. Dan terakhir adalah kerusakan kanalis anus saat melahirkan pervaginam.<sup>1,3,7,8,9</sup>

## **2.5 Etiologi**

Penyebab hemoroid tidak diketahui secara pasti, konstipasi kronis dan mengejan saat defekasi mungkin menjadi faktor penting dalam terjadinya hemoroid. Mengejan menyebabkan pembesaran dan prolapsus sekunder bantalan pembuluh darah hemoroidalis. Jika mengejan terus menerus, pembuluh darah menjadi berdilatasi secara progresif dan jaringan sub mukosa kehilangan perlekatan normalnya dengan sfingter internal di bawahnya, yang menyebabkan prolapsus hemoroid yang klasik dan berdarah. Selain itu faktor penyebab hemoroid yang lain yaitu : kehamilan, obesitas, diet rendah serat dan aliran balik venosa.<sup>1,2,3,4,7,8,9</sup>

## **2.6 Faktor Resiko**

Hemoroid memiliki faktor resiko yang cukup banyak antara lain kurangnya mobilisasi, konstipasi, cara buang air besar yang tidak benar, kurang minum, kurang memakan makanan berserat (sayur dan buah), faktor genetika, kehamilan, penyakit yang meningkatkan tekanan intraabdomen (tumor abdomen, tumor usus), dan sirosis hati.<sup>2,3,4,7,9</sup>

Konstipasi merupakan etiologi hemoroid yang paling sering. Konstipasi terjadi apabila feses menjadi terlalu kering, yang timbul karena defekasi yang tertunda terlalu lama. Jika isi kolon tertahan dalam waktu lebih lama dari normal, jumlah H<sub>2</sub>O yang diserap akan melebihi normal, sehingga feses menjadi kering dan keras.<sup>1,2,3,8</sup>

Kejadian hemoroid umumnya sebanding pada laki-laki maupun perempuan. Sekitar setengah orang yang berumur 50 tahun pernah mengalami hemoroid. Hemoroid juga terjadi pada wanita hamil. Pada wanita hamil, janin pada uterus, serta perubahan hormonal, menyebabkan pembuluh darah hemoroidalis meregang. Semua vena dapat diperparah saat terjadinya tekanan selama persalinan. Hemoroid pada wanita hamil hanya merupakan komplikasi yang bersifat sementara.<sup>1,2,3,4,7,8</sup>

## **2.7 Gejala Klinis**

Pasien sering mengeluh menderita hemoroid atau “wasir” tanpa ada hubungannya dengan gejala rectum atau anus yang khusus. Nyeri yang hebat jarang sekali ada hubungannya dengan hemoroid interna dan hanya timbul pada hemoroid eksterna yang mengalami thrombosis.<sup>1,8</sup>

Perdarahan umumnya merupakan tanda pertama hemoroid interna akibat trauma oleh feses yang keras. Darah yang keluar berwarna merah segar dan tidak bercampur feses, dapat hanya berupa garis pada feses atau kertas pembersih sampai pada perdarahan yang terlihat menetes atau mewarnai air toilet menjadi merah. Walaupun berasal dari vena, darah yang keluar berwarna merah segar karena kaya akan zat asam. Pendarahan luas dan intensif di pleksus hemoroidalis menyebabkan darah di vena tetap merupakan “darah arteri”.<sup>1,8,9</sup>

Kadang, perdarahan hemoroid yang berulang dapat menyebabkan anemia berat. Hemoroid yang membesar secara perlahan akhirnya dapat menonjol ke luar dan menyebabkan prolaps. Pada tahap awal, penonjolan ini hanya terjadi sewaktu defekasi dan disusuli oleh reduksi spontan sesudah selesai defekasi. Pada stadium lebih lanjut, hemoroid interna ini perlu didorong kembali setelah defekasi agar masuk ke dalam anus. Akhirnya, hemoroid dapat berlanjut menjadi bentuk yang mengalami prolaps menetap dan tidak dapat didorong masuk lagi. Keluarnya mukus dan

terdapatnya feces pada pakaian dalam merupakan ciri hemoroid yang mengalami prolaps menetap. Iritasi perianal dapat menimbulkan rasa gatal yang dikenal sebagai pruritus anus, dan ini disebabkan oleh kelembapan yang terus menerus dan rangsangan mukus. Nyeri hanya timbul apabila terdapat thrombosis yang luas dengan udem dan radang.<sup>1,9,10</sup>

## **2.8 Klasifikasi dan Derajat Hemoroid**

Berdasarkan letaknya, hemoroid dibagi menjadi dua yaitu hemoroid eksterna, dan interna. Dikatakan eksterna karena benjolan terletak dibawah linea pectinea. Hemoroid eksterna mempunyai 3 bentuk yaitu bentuk hemoroid biasa yang letaknya distal linea pectinea, bentuk trombosis, dan bentuk *skin tags*. Biasanya benjolan pada hemoroid eksterna akan keluar dari anus bila mengedan, tapi dapat dimasukkan kembali dengan jari. Rasa nyeri pada perabaan menandakan adanya trombosis, yang biasanya disertai penyulit seperti infeksi atau abses perianal.<sup>1,3,4,7,9</sup>

Berlawanan dengan hemoroid eksterna, benjolan pada hemoroid interna terletak diatas linea pectinea. Hemoroid interna merupakan benjolan dari vena hemoroidalis internus yang dilapisi epitel dari mukosa anus. Pada posisi litotomi, benjolan paling sering terdapat pada jam 3, 7, dan 11. Ketiga letak itu dikenal dengan *three primary haemorrhoidal areas*.<sup>1,3,7,9</sup>

Hemoroid interna dapat prolaps saat mengedan dan kemudian terperangkap akibat tekanan sfingter anus sehingga terjadi pembesaran mendadak yang edematosa, hemoragik, dan sangat nyeri. Kedua klasifikasi hemoroid tersebut memiliki pembuluh darah yang melebar, berdinding tipis, dan mudah berdarah, kadang-kadang menutupi perdarahan dari lesi proksimal yang lebih serius.<sup>1,3,4,7,9,10</sup>

Derajat hemoroid interna dibagi berdasarkan gambaran klinis, yaitu:

1. Derajat 1 : Bila terjadi pembesaran hemoroid yang tidak prolaps ke luar kanal anus. Hanya dapat dilihat dengan anorektoskop.
2. Derajat 2 : Pembesaran hemoroid yang prolaps dan menghilang atau masuk sendiri ke dalam anus secara spontan.
3. Derajat 3 : Pembesaran hemoroid yang prolaps dapat masuk lagi ke dalam anus dengan bantuan dorongan jari.
4. Derajat 4 : Prolaps hemoroid yang permanen. Rentan dan cenderung untuk mengalami thrombosis dan infark.

Untuk melihat resiko perdarahan hemoroid, dapat dideteksi oleh adanya stigma perdarahan berupa bekuan darah yang masih menempel, erosi, kemerahan di atas hemoroid.<sup>1,3,8</sup>

## **2.9 Diagnosa**

Diagnosis hemoroid ditegakkan berdasarkan anamnesis keluhan klinis dari hemoroid berdasarkan klasifikasi hemoroid (derajat 1 sampai dengan derajat 4), dan pemeriksaan anoskopi/kolonoskopi. Karena hemoroid disebabkan adanya tumor didalam abdomen atau usus proksimal, agar lebih teliti selain memastikan diagnosis hemoroid, dipastikan juga apakah di usus halus atau di kolon ada kelainan misal, tumor atau colitis. Untuk memastikan kelainan di usus halus diperlukan pemeriksaan rontgen usus halus atau enteroskopi. Sedangkan untuk memastikan kelainan di kolon diperlukan pemeriksaan rontgen Barium enema atau kolonoskopi total.<sup>1,3,4,7,8,9</sup>



## 2.10 Diagnosa Banding

Banyak masalah anorektal, antara lain, fistula, abses, atau iritasi dan gatal-gatal, yang memiliki gejala mirip dengan hemoroid dan harus dipahami sebelum direkomendasikan untuk melakukan pengobatan. Selain itu, hubungan pendarahan anus dengan kanker kolorektal menjadi kuat jika dikaitkan dengan usia. Oleh karena itu, evaluasi lebih lanjut dengan kolonoskopi harus dilakukan pada pasien yang lebih tua dari 50 tahun serta keluarga yang memiliki riwayat kanker usus besar.<sup>1,2,7,8</sup>

## 2.11 Penatalaksanaan Hemoroid<sup>1,4,7,10</sup>

Menangani hemoroid tak perlu terus melakukan tindakan invasif. Dengan obat juga dapat dilakukan. Namun, pemilihan jenis terapi (obat atau invasif) sangat bergantung dari keluhan penderita serta derajat hemoroidnya. Tidak ada indikasi ]]

]//////////[[[-hemoroid adalah diosmin dan hesperidin yang dimikronisasi. Layaknya noreadrenalin, obat ini mengakibatkan kontraksi vena, menurunkan ekstrasvasasi dari kapiler dan menghambat reaksi inflamasi terhadap prostaglandin (PGE<sub>2</sub>, PGF<sub>2</sub>). Kehadiran obat ini tentu memberi angin segar bagi penderita hemoroid yang takut atau *enggan* dioperasi. Sebuah studi acak bahkan membuktikan obat ini sama efektif dengan *rubber band ligation*. Malah dengan efek samping lebih kecil. Bila obat sudah tak adekuat atau terjadi perdarahan dan prolaps, tindakan invasif menjadi pilihan terakhir. Prinsip dari tindakan invasif ada 2 yaitu fiksasi dan eksisi. Fiksasi dilakukan pada derajat I dan II. Dan selebihnya adalah eksisi.

Fiksasi terdiri dari:

1. **Skleroterapi.** Dilakukan untuk menghentikan perdarahan. Metode ini menggunakan zat sklerosan yang disuntikan para vasal. Setelah itu, sklerosan merangsang pembentukan

jaringan parut sehingga menghambat aliran darah ke vena-vena hemoroidalis. Akibatnya, perdarahan berhenti. Sklerosan yang dipakai adalah 5% *phenol in almond oil* dan 1% *polidocanol*. Metode ini mudah dilaksanakan, aman dan memberikan hasil baik.

2. ***Rubber band ligation***. Kerja dari metode ini adalah akan mengabliterasi lokal vena hemoroidalis sampai terjadi ulserasi (7-10 hari) yang diikuti terjadinya jaringan parut (3-4 minggu). Prosedur ini dilakukan pada hemoroid derajat 1-3.
3. ***Infrared thermocoagulation***. Prinsipnya adalah mendenaturasi protein melalui efek panas dari *infrared*, yang selanjutnya mengakibatkan jaringan terkoagulasi. Untuk mencegah efek samping dari *infrared* berupa kerusakan jaringan sekitar yang sehat, maka jangka waktu paparan dan kedalamannya perlu diukur akurat. Metode ini diperuntukkan pada derajat 1-2.
4. ***Laser haemorrhoidectomy***. Metode ini mirip dengan *infrared*. Hanya saja mempunyai kelebihan dalam kemampuan memotong. Namun, biayanya mahal.
5. ***Doppler ultrasound guided haemorrhoid artery ligation***. Metode ini menjadi pilihan utama saat terjadi perdarahan karena dapat mengetahui secara tepat lokasi arteri hemoroidalis yang hendak dijahit.
6. ***Cryotherapy***. Metode ini kurang direkomendasikan karena seringkali kurang akurat dalam menentukan area *freezing*.

Sedangkan eksisi dapat dilakukan dengan beberapa teknik yaitu *St. Marks Milligan – Morgan Technique*, *Submucosal Haemorrhoidectomy (Parks method)*, dan yang terbaru adalah *Circular Stapler Anopexy* (teknik Longo). Teknik *Circular Stapler Anopexy* atau dikenal dengan *Procedure for Prolapse and Haemorrhoids* (PPH) baru dikembangkan sekitar tahun 1993. Teknik ini bekerja dengan mendorong jaringan hemoroid yang merosot ke arah atas dan dijahitkan ke selaput lendir dinding anus. Kemudian sebuah gelang dari bahan titanium

diselipkan di jahitan dan ditanamkan di bagian atas saluran anus untuk mengokohkan posisi jaringan hemoroid tersebut. PPH memiliki beberapa keuntungan dibandingkan operasi konvensional diantaranya, nyeri minimal karena tindakan dilakukan di luar bagian sensitif, tindakan cepat karena hanya menghabiskan 12-45 menit, dan pasien dapat pulih lebih cepat pasca operasi. Namun risiko perdarahan, trombosis, serta penyempitan saluran anus masih dapat terjadi. Kontraindikasi PPH adalah fistula anus, bengkak, gangren, penyempitan anus, prolaps jaringan hemoroid yang tebal, serta pada pasien dengan gangguan koagulasi (pembekuan darah).

Komplikasi yang dapat timbul pasca tindakan invasif adalah perdarahan sekunder, selulitis, abses, fistula, fissura, dan inkontinensia. Hemoroid bukan penyakit yang tak mungkin dicegah. Dengan mengonsumsi tinggi serat seperti banyak sayur dan buah akan membuat feses lembek sehingga tidak perlu mengedan saat buang air besar.

Ada banyak hal yang bisa dilakukan untuk mencegah berulangnya kekambuhan keluhan hemoroid, di antaranya :

1. Hindari mengedan terlalu kuat saat buang air besar.
2. Cegah konstipasi dengan banyak mengonsumsi makanan kaya serat (sayur dan buah serta kacang-kacangan) serta banyak minum air putih minimal delapan gelas sehari untuk melancarkan defekasi.
3. Jangan menunda-nunda jika ingin buang air besar sebelum feses menjadi keras.
4. Tidur cukup.
5. Jangan duduk terlalu lama.