eISSN : 2810 – 0204
Available Online at : http://journal.scientic.id/index.php/sciena/issue/view/35

Hemoroid : Tinjauan Komprehensif Mengenai Epidemiologi, Patogenesis, Diagnosis, dan Tatalaksana

Rika Amran[1], Naufal Hanip Hidayatullah[1], Zukhri Zainun[1], Fidiariani Sjaaf[1], Sri Wahyuni[1]

[1]Fakultas Kedokteran Universitas Baiturrahmah, Padang, Indonesia
Email: rikaamran@fk.unbrah.ac.id

Abstrak

Hemoroid merupakan salah satu penyakit anorektal yang paling sering ditemukan pada praktik klinis dan menjadi penyebab utama keluhan perdarahan rektal pada populasi dewasa. Kondisi ini ditandai oleh pembesaran dan prolaps bantalan vaskular anorektal yang dapat menyebabkan perdarahan, nyeri, gatal, serta ketidaknyamanan saat defekasi. Berbagai faktor risiko seperti konstipasi kronis, kebiasaan mengejan, obesitas, kehamilan, kurang aktivitas fisik, dan usia lanjut berperan dalam perkembangan hemoroid. Artikel ini bertujuan meninjau secara komprehensif aspek anatomi dan fisiologi anorektal, epidemiologi, klasifikasi, faktor risiko, patogenesis, manifestasi klinis, diagnosis, serta tatalaksana hemoroid berdasarkan literatur ilmiah terkini. Metode yang digunakan berupa narrative review melalui telaah berbagai artikel ilmiah, buku referensi, dan pedoman klinis yang relevan. Hasil telaah menunjukkan bahwa hemoroid merupakan penyakit multifaktorial yang melibatkan kelemahan jaringan penyangga bantalan anus dan gangguan hemodinamik pada pleksus hemoroidalis. Diagnosis ditegakkan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang pada kondisi tertentu. Penatalaksanaan hemoroid meliputi modifikasi gaya hidup, terapi farmakologis, tindakan minimal invasif, hingga pembedahan sesuai derajat penyakit. Pencegahan melalui perbaikan pola hidup memiliki peran penting dalam mengurangi kejadian maupun kekambuhan hemoroid.

Kata kunci: hemoroid, patogenesis, diagnosis, tatalaksana, anorektal

Abstract

Hemorrhoids are among the most common anorectal disorders encountered in clinical practice and represent a major cause of rectal bleeding in adults. This condition is characterized by enlargement and prolapse of anorectal vascular cushions, resulting in bleeding, pain, itching, and discomfort during defecation. Several risk factors, including chronic constipation, straining, obesity, pregnancy, physical inactivity, and aging, contribute to the development of hemorrhoids. This review aims to provide a comprehensive overview of anorectal anatomy and physiology, epidemiology, classification, risk factors, pathogenesis, clinical manifestations, diagnosis, and management of hemorrhoids based on current literature. A narrative review method was conducted using scientific articles, textbooks, and clinical guidelines. The findings indicate that hemorrhoids are multifactorial disorders involving deterioration of supporting anal cushion structures and abnormalities in hemorrhoidal vascular circulation. Diagnosis is established through history taking, physical examination, and supporting investigations when indicated. Management includes lifestyle modification, pharmacological therapy, minimally invasive procedures, and surgical interventions according to disease severity. Preventive strategies play an essential role in reducing disease occurrence and recurrence.

Keywords: *hemorrhoids, pathogenesis, diagnosis, management, anorectal*

I. PENDAHULUAN

Hemoroid merupakan salah satu gangguan anorektal yang paling sering ditemukan dalam praktik kedokteran. Kondisi ini terjadi akibat pembesaran dan pergeseran bantalan vaskular normal pada kanalis ani yang menyebabkan munculnya berbagai keluhan seperti perdarahan saat defekasi, prolaps, nyeri, pruritus, maupun ketidaknyamanan pada daerah perianal. Meskipun tidak termasuk penyakit yang mengancam jiwa, hemoroid dapat menyebabkan gangguan aktivitas sehari-hari dan menurunkan kualitas hidup penderita.

Secara global, hemoroid merupakan salah satu penyebab tersering konsultasi pada pelayanan bedah digestif dan koloproktologi. Prevalensi hemoroid meningkat seiring bertambahnya usia dan diperkirakan mencapai puncaknya pada usia 45–65 tahun. Di Indonesia, hemoroid masih menjadi masalah kesehatan yang cukup sering ditemukan pada pelayanan primer maupun rumah sakit.

Perkembangan hemoroid dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk konstipasi kronis, kebiasaan mengejan saat buang air besar, obesitas, kehamilan, usia lanjut, dan gaya hidup sedentari. Mekanisme terjadinya hemoroid melibatkan perubahan anatomi bantalan anus, gangguan hemodinamik, serta proses inflamasi kronis yang menyebabkan prolaps jaringan hemoroid.

Mengingat tingginya prevalensi dan dampaknya terhadap kualitas hidup, diperlukan pemahaman yang komprehensif mengenai aspek anatomi, fisiologi, patogenesis, diagnosis, serta tatalaksana hemoroid. Artikel ini bertujuan menyajikan tinjauan literatur terkini mengenai hemoroid untuk mendukung praktik klinis berbasis bukti.

II. TINJAUAN PUSTAKA

A. DEFINISI HEMOROID

Hemoroid adalah penonjolan abnormal bantalan anus yang dibentuk oleh jaringan ikat longgar, otot polos, arteriol, venula, dan pleksus vaskular anorektal yang merupakan kondisi patologis yang ditandai dengan perdarahan dan prolaps.[1,2] Hal ini dapat menyebabkan perubahan anatomi, fisiologis, dan manifestasi klinis berupa benjolan atau tonjolan pada dinding rektum bagian bawah maupun anus yang berisi pleksus pembuluh darah arteri – vena yang melebar dan mengalami inflamasi.[1,3,4] Tanda klinis dari pembesaran hemoroid adalah pendarahan dan prolaps bantalan saluran anus.[5,6,7]

Hemoroid lebih dikenal masyarakat dengan sebutan wasir dan pada dasarnya bukan merupakan suatu kondisi patologis. Namun, apabila kondisi ini menimbulkan keluhan, maka perlu segera ditindaklanjuti untuk mencegah komplikasi.[8,9] Hemoroid tidak mengancam nyawa maupun jiwa tetapi seseorang yang mengalami hemoroid dapat menyebabkan ketidaknyamanan pada anus sehingga berdampak pada terganggunya aktivitas sehari-hari dan dapat menyebabkan penurunan kualitas hidup mereka. Selain itu, hemoroid dapat memburuk seiring dengan berjalannya waktu apabila tidak dilakukan perubahan gaya hidup untuk menghindari faktor penyebab yang akan memperparah hemoroid.[10,11]

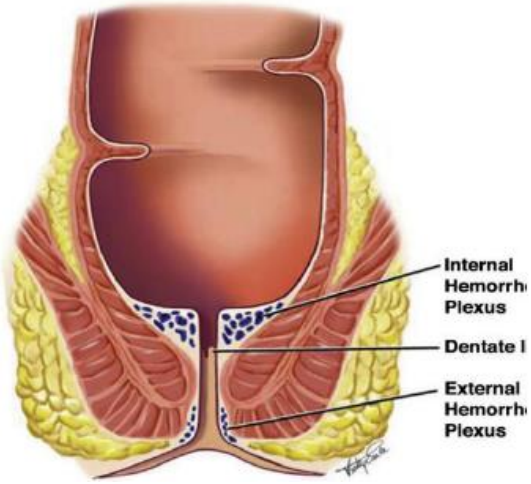
B. EPIDEMIOLOGI HEMOROID

Menurut data WHO, pada tahun 2008 jumlah penderita hemoroid di dunia mencapai lebih dari 230 juta jiwa dan kejadian ini diperkirakan akan meningkat sekitar 350 juta jiwa di tahun 2030. Kejadian hemoroid tercatat hampir terjadi diseluruh negara dengan presentasi kejadian sebanyak 54% mengalami gangguan pada saluran anorektal yaitu hemoroid, sementara itu, berdasarkan

data yang diambil dari kementerian Kesehatan di Indonesia pada tahun 2009 tercatat dari rumah sakit yang ada di 33 provinsi di Indonesia rata-rata kejadian hemoroid sebesar 355 kasus.[6] Secara epidemiologi pada tahun 2030 diperkirakan prevalensi hemoroid di Indonesia akan meningkat mencapai 21,3 juta jiwa. Berdasarkan rekam medik yang dilaporkan di RSUD Meuraxa Banda Aceh Pada Februari 2023 – April 2024 terdapat sebanyak 42 pasien mengalami hemoroid. Berdasarkan data yang digolongkan menurut usia penderita, tercatat data tertinggi dari 42 pasien didapatkan sebanyak 11 pasien dengan rentang usia 56-65 tahun. Berdasarkan data yang digolongkan menurut jenis kelamin, tercatat data tertinggi dari 42 pasien didapatkan sebanyak 27 pasien adalah laki-laki. Berdasarkan data yang digolongkan menurut pekerjaan, tercatat data tertinggi dari 42 pasien didapatkan sebanyak 18 pasien adalah pekerja ringan. Berdasarkan data yang digolongkan menurut derajat hemoroid, tercatat data tertinggi dari total 42 pasien didapatkan sebanyak 27 pasien mengalami hemoroid derajat IV. Sedangkan jika dilihat berdasarkan tatalaksana, tercatat data tertinggi dari total 42 pasien didapatkan sebanyak 33 pasien menjalani prosedur pembedahan.[7] Penelitian yang dilakukan di RSUP. Dr. M. Djamil Padang, tercatat pada tahun 2011 angka kejadian hemoroid mencapai 244 kasus, sedangkan pada periode 2015 hingga 2016 didapatkan kasus hemoroid meningkat sekitar 75 pasien sampai 109 pasien.[4] Penelitian yang dilakukan di RSI Siti Rahmah Padang pada periode 2016-2017 didapatkan dari total 45 pasien, data tertinggi diperoleh sebanyak 27 pasien adalah dewasa muda usia 15-44 tahun. Berdasarkan jenis kelamin, tercatat data tertinggi yaitu laki-laki sebanyak 26 pasien. Berdasarkan klasifikasi, diperoleh data tertinggi yaitu hemoroid interna sebanyak 40 pasien. Berdasarkan derajat hemoroid interna diperoleh hasil terbanyak pada derajat III dan IV yang masing-masingnya sebanyak 19 pasien. Berdasarkan keluhan, tercatat sebanyak 45 pasien mengalami nyeri, 44 pasien mengalami benjolan pada anus dan 22 pasien mengalami perdarahan pada anus. Berdasarkan riwayat posisi defekasi, tercatat sebanyak 25 pasien dengan posisi duduk dan berdasarkan riwayat defekasi didapatkan 43 pasien mengalami konstipasi.[6] Pada penelitian di RSI siti rahmah periode Januari - desember 2018 dari total 50 pasien, digolongkan berdasarkan usia, didapatkan frekuensi tertinggi pada usia lansia awal Sebanyak 22 pasien diikuti dengan kelompok lansia akhir sebanyak 14 pasien. Berdasarkan jenis kelamin, didapatkan frekuensi tertinggi pada jenis kelamin laki-laki sebanyak 27 pasien. Berdasarkan jenis hemoroid didapatkan bahwa frekuensi pasien hemoroid terbanyak yaitu hemoroid interna sebanyak 34 pasien. Berdasarkan derajat hemoroid, didapatkan frekuensi tertinggi pada derajat III yaitu sebanyak 18 pasien. Berdasarkan penatalaksanaan, didapatkan frekuensi tertinggi yaitu dengan hemorrhoidopexy stapler sebanyak 25 pasien.[8]

C. KLASIFIKASI HEMOROID

Hemoroid diklasifikasikan menjadi dua berdasarkan letak anatominya menurut linea dentata rekti yang merupakan batas anatomi saluran anus.[14]

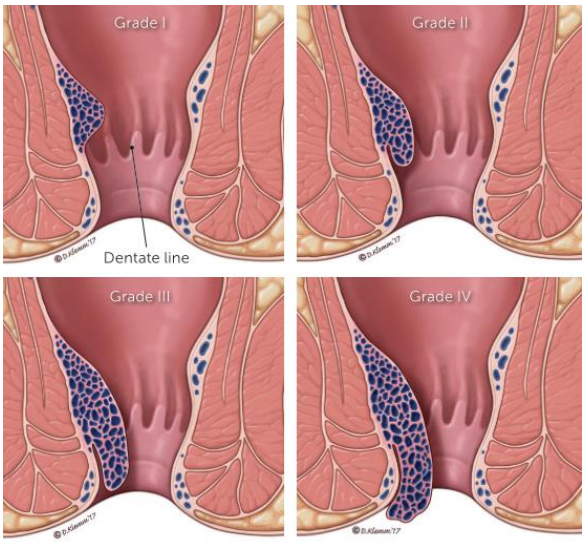


GAMBAR 1. KLASIFIKASI HEMOROID

a. Hemoroid interna

Pada hemoroid ini terjadi penonjolan pada dinding rektum di bagian dalam dari saluran anus diatas dari linea dentata rekti sehingga biasanya penderita hemoroid interna dengan derajat kecil penonjolan hemoroid tidak terlihat akibat tertutup oleh mukosa. Pengelompokan hemoroid interna dilihat dari gambaran gejala klinis yang ditimbulkan, yaitu.[1,3]:

1. Derajat satu, pada hemoroid derajat satu terjadi perdarahan yang segar berwarna merah dengan disertai nyeri atau tidak nyeri pada saat buang air besar. Gejala klinis yang ditimbulkan selain perdarahan pada hemoroid derajat satu biasanya tidak ada karena ukuran dan letaknya didalam dari saluran anus atau berada pada rektum bawah sehingga tidak terlihat secara kasat mata.
2. Derajat dua, pada hemoroid derajat dua bisa terlihat penonjolan dari dinding hemoroid yang melewati saluran anus pada saat melakukan buang air besar dengan mengedan ringan dan dapat masuk Kembali secara spontan tanpa dilakukan perlakuan.
3. Derajat tiga, pada hemoroid derajat tiga bagian hemoroid yang menonjol akibat mengejan tidak dapat masuk Kembali dengan sendirinya sehingga harus didorong secara manual setelah buang air besar.
4. Derajat empat, pada hemoroid derajat empat bagian yang menonjol sudah terlihat keluar dari anus dan tidak dapat dikembalikan lagi dengan dorongan manual, pada hemoroid derajat empat biasanya disertai inflamasi kronis.



GAMBAR 2. DERAJAT HEMOROID INTERNA

b. Hemoroid eksterna

Hemoroid eksterna merupakan penonjolan pada dinding anus yang terjadi akibat pelebaran dari pleksus pembuluh darah arteri – vena dibawah linea dentata rekti. Berdasarkan onsetnya pada hemoroid eksterna diklasifikasikan berdasarkan kejadian akut dan kronik. Pada hemoroid akut biasanya ditandai dengan thrombosis pada vena hemoroidalis akibat terbentuknya bekuan darah. Penderita hemoroid dengan kondisi ini sering mengeluhkan nyeri hebat dan mendadak didaerah anus pada saat duduk ataupun buang air besar. Pada pemeriksaan fisik didapatkan benjolan pada tepi anus yang disertai warna kebiruan dan nyeri tekan. Terbentuknya bekuan darah ini dapat disebabkan karena adanya peningkatan tekanan intraabdomen, konstipasi, mengejan berlebihan atau mengangkat beban berat. Pada kondisi ini bekuan darah tidak ditangani dengan tepat maka akan dapat menimbulkan komplikasi serius berupa ulserasi, perdarahan atau reaksi imun berupa peradangan lokal.[3] Pada hemoroid eksterna kronik, benjolan biasanya timbul dan membesar secara perlahan dan bersifat menetap, tidak seperti hemoroid eksterna akut yang disebabkan oleh adanya bekuan darah. Gambaran klinis pada hemoroid eksterna kronik adalah adanya pembesaran

jaringan fibrotik atau lipatan kulit yang terjadi akibat setelah proses peradangan lokal akut yang mereda. Gejala yang dapat timbul akibat proses ini adalah ketidaknyamanan, gatal disekitar anus disertai nyeri atau tidak nyeri kecuali disertai iritasi. Pada hemoroid eksterna tahap kronik biasanya perdarahan jarang terjadi namun dapat menyebabkan rasa tidak nyaman dan mengganggu kualitas hidup penderita terutama bila disertai kesulitan menjaga kebersihan anus dan aktivitas duduk.[4]

D. ETIOLOGI

Etiologi hemoroid belum diketahui, tetapi riwayat konstipasi serta mengejan dalam waktu lama akibat feses yang keras serta faktor usia secara luas dipercaya dapat menyebabkan hemoroid. Pada usia lanjut, terjadi degenerasi di jaringan penyusun dinding hemoroid akibat kerusakan sel yang dirusak oleh radikal bebas dalam tubuh sehingga terjadi kelemahan pada kemampuan otot penyusun anus dan dinding anus melemah. Adanya Riwayat konstipasi dan mengejan dalam waktu lama sangat berperan dalam terjadinya prolaps pada dinding saluran rektum maupun anus. Penyebab dari kejadian konstipasi sangat bermacam-macam, antara lain kurangnya konsumsi makanan berserat, kurangnya asupan cairan, serta kebiasaan menahan buang air besar dalam waktu lama. Kondisi ini dapat menyebabkan pembentukan feses yang rendah air sehingga feses menjadi keras dan sulit dikeluarkan. Pada kondisi feses yang keras diperlukan kontraksi kuat pada otot disekitar anus. Tekanan kuat tersebut dapat memicu penekanan pada pleksus hemoroidalis yang menyebabkan terjadinya tekanan pada pembuluh darah disekitar anus dan pelebaran vena hemoroidalis yang meningkat. Penekanan pada pleksus hemoroidalis serta peregangan otot sfringter akan mengakibatkan terjadinya hemoroid.[15,16]

E. FAKTOR RISIKO HEMOROID

Beberapa faktor risiko yang dipercaya berkontribusi terhadap kejadian hemoroid antara lain:[12,17,18]

1. Indeks massa tubuh yang tinggi (obesitas)
   Mekanisme yang dipercaya dapat menyebabkan terjadinya hemoroid adalah peningkatan tekanan intraabdomen yang menyebabkan kongesti vena sehingga aliran darah vena tidak lancar (stagnasi).
2. Konstipasi
   Konstipasi dengan feses yang keras dan kering dapat memperburuk gejala yang berhubungan dengan prolaps hemoroid.
3. Gaya hidup buruk (kurang olahraga/immobilisasi buruk)
   Gaya hidup buruk seperti kurangnya aktivitas fisik atau immobilisasi dapat berdampak pada tidak maksimalnya metabolism tubuh dan Gerakan peristaltik usus sehingga dapat menimbulkan kesulitan dalam buang air besar.
4. Kehamilan
   Kehamilan menyebabkan peningkatan tekanan intraabdomen akibat pertumbuhan janin, sehingga aliran darah vena berkurang, serta pembesaran uterus yang mengakibatkan peningkatan tekanan pada vena rektal.
5. Hubungan seks anal
   Hubungan seksual anal dipercaya berkontribusi terhadap peningkatan risiko hemoroid akibat tekanan dan trauma pada jaringan rektal serta anus.
6. Usia
   Pada usia lanjut, terjadi degenerasi jaringan tubuh menyebabkan melemahnya struktur jaringan tubuh terutama bagian rektum maupun anus sehingga otot sfingter levator ani menjadi tipis dan atonik dan dapat meningkatkan angka kejadian seseorang mengalami hemoroid.
7. Kurang konsumsi makanan tinggi serat.
   Kurangnya konsumsi makanan berserat dapat menyebabkan feses menjadi keras sehingga menimbulkan konstipasi dan memerlukan usaha mengejan yang kuat untuk mengeluarkan feses.

F. PATOGENESIS

Dalam perkembangan hemoroid, terdapat beberapa faktor penting yang berperan. Pertama yaitu faktor mekanik. Kelemahan pada jaringan ligamen yang menahan bantalan dinding anus dapat mengakibatkan bantalan tersebut lemah sehingga mengalami prolaps pada saat buang air besar, Kebiasaan buang air besar dengan posisi duduk juga turut berkontribusi terhadap perkembangan hemoroid. Posisi ini menyebabkan beban tertumpu langsung pada anus, sehingga tekanan meningkat. Akibatnya, bantalan anal kanal dapat menonjol keluar.[19]

Faktor kedua yang berperan dalam perkembangan hemoroid adalah gangguan hemodinamik, yaitu aliran darah yang tidak normal. Ketika terjadi hambatan pada pembuluh darah arteri - vena, aliran balik darah vena menjadi terganggu. Kondisi ini menyebabkan pembengkakan, penebalan, dan pembesaran bantalan dinding anus. Hemoroid internal sering kali muncul akibat kombinasi dari kebiasaan buang air besar dengan feses yang keras dan kerusakan pada bantalan dinding anus akibat melemahnya jaringan penyangga. Kerusakan ini menyebabkan aliran darah pada pleksus hemoroidalis menjadi tidak lancar. Akibatnya, terjadi penumpukan cairan (edema) yang makin memperbesar bantalan dinding anus. Pembesaran yang berlangsung terus-menerus dapat menyebabkan bantalan tersebut mengalami prolaps (menonjol keluar) dan dapat menimbulkan gejala perdarahan pada anus. Hal ini terjadi karena area tersebut sangat rentan terhadap kerusakan. Selain itu, aliran darah yang tidak lancar juga memicu proses peradangan. Leukosit (sel darah putih) mulai menempel pada dinding pembuluh darah (endotel), lalu melepaskan zat-zat inflamasi seperti prostaglandin dan radikal bebas. Proses ini menyebabkan peningkatan permeabilitas kapiler, kerapuhan dinding pembuluh darah, dan bahkan kematian jaringan pembuluh darah tersebut.[19]

G. MANIFESTASI KLINIS DAN DIAGNOSIS

Manifestasi klinis hemoroid sangat bervariasi dan dipengaruhi oleh jenis, lokasi anatomis, serta derajat keparahan penyakit. Pada tahap awal, sebagian penderita dapat tidak menunjukkan gejala yang berarti, namun seiring dengan perkembangan penyakit, berbagai keluhan dapat muncul dan mengganggu kualitas hidup. Gejala yang paling sering ditemukan pada penderita hemoroid adalah perdarahan saat defekasi, yang biasanya berupa darah segar berwarna merah terang yang tampak pada permukaan feses, tisu toilet, atau menetes setelah buang air besar. Perdarahan ini terutama sering ditemukan pada hemoroid interna akibat trauma mukosa oleh feses yang keras saat proses defekasi.[20]

Selain perdarahan, keluhan yang umum dijumpai adalah benjolan pada anus. Benjolan tersebut dapat muncul saat mengejan dan masuk kembali secara spontan pada hemoroid derajat ringan, atau tetap berada di luar anus pada hemoroid yang lebih berat. Pada hemoroid eksterna, benjolan biasanya lebih mudah terlihat dan diraba, terutama apabila terjadi trombosis yang menyebabkan pembengkakan dan nyeri akut. Keluhan nyeri umumnya lebih sering ditemukan pada hemoroid eksterna dibandingkan hemoroid interna karena daerah di bawah linea dentata memiliki persarafan somatik yang sensitif terhadap rangsangan nyeri.[19,21]

Penderita hemoroid juga dapat mengalami pruritus ani atau rasa gatal di sekitar anus yang disebabkan oleh iritasi kulit akibat keluarnya lendir atau kelembapan berlebih pada daerah perianal. Selain itu, beberapa pasien mengeluhkan keluarnya lendir melalui anus, terutama pada hemoroid yang mengalami prolaps. Kondisi ini dapat menyebabkan rasa tidak nyaman, iritasi kulit, serta kesulitan menjaga kebersihan daerah anus. Keluhan lain yang sering ditemukan adalah rasa tidak tuntas setelah buang air

besar atau sensasi masih adanya isi di dalam rektum, yang umumnya berkaitan dengan prolaps bantalan hemoroid atau gangguan proses pengosongan rektum secara sempurna.[22,23]

Diagnosis hemoroid ditegakkan berdasarkan kombinasi antara anamnesis yang teliti dan pemeriksaan fisik yang menyeluruh. Pada anamnesis, dokter perlu menggali karakteristik perdarahan, adanya nyeri, benjolan yang keluar saat buang air besar, perubahan pola defekasi, serta faktor-faktor risiko seperti konstipasi kronis, kebiasaan mengejan, pola makan rendah serat, dan riwayat penyakit anorektal sebelumnya. Informasi tersebut penting untuk menilai kemungkinan hemoroid sekaligus menyingkirkan penyakit lain yang memiliki gejala serupa.[13,14,15]

Pemeriksaan fisik dimulai dengan inspeksi daerah perianal untuk menilai adanya benjolan, prolaps hemoroid, trombosis, inflamasi, atau kelainan lain pada daerah anus. Selanjutnya dapat dilakukan Digital Rectal Examination (DRE) untuk mengevaluasi tonus sfingter ani, mendeteksi massa intrarektal, serta menyingkirkan kemungkinan penyakit lain seperti polip atau keganasan. Pada kasus hemoroid interna yang tidak tampak secara langsung, anoskopi merupakan pemeriksaan yang sangat bermanfaat karena memungkinkan visualisasi langsung bantalan hemoroid di dalam kanalis ani dan membantu menentukan derajat hemoroid.[26]

Pada kondisi tertentu, terutama apabila terdapat gejala yang tidak khas, perdarahan berulang, usia lanjut, riwayat keluarga dengan keganasan kolorektal, atau adanya tanda bahaya seperti penurunan berat badan dan anemia, diperlukan pemeriksaan lebih lanjut berupa sigmoidoskopi atau kolonoskopi. Pemeriksaan endoskopi ini bertujuan untuk mengevaluasi saluran cerna bagian distal serta menyingkirkan diagnosis banding yang lebih serius, seperti polip kolorektal, penyakit radang usus, maupun kanker kolorektal. Dengan pendekatan diagnostik yang sistematis, diagnosis hemoroid dapat ditegakkan secara akurat sehingga terapi yang tepat dapat segera diberikan.[22,27]

H. DIAGNOSIS BANDING

Diagnosis hemoroid umumnya dapat ditegakkan melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik yang cermat. Namun, berbagai penyakit anorektal lain dapat menunjukkan gejala yang serupa, seperti perdarahan saat buang air besar, nyeri, benjolan pada anus, atau keluarnya sekret dari daerah perianal. Oleh karena itu, penting bagi klinisi untuk mempertimbangkan beberapa kondisi sebagai diagnosis banding guna menghindari kesalahan diagnosis dan keterlambatan penatalaksanaan.

Salah satu kondisi yang sering menjadi diagnosis banding adalah fisura ani, yaitu robekan pada mukosa anus yang biasanya menyebabkan nyeri hebat saat dan setelah defekasi serta dapat disertai perdarahan berwarna merah segar. Berbeda dengan hemoroid, nyeri pada fisura ani umumnya lebih dominan dan sering kali berhubungan dengan riwayat konstipasi atau pengeluaran feses yang keras.

Abses perianal juga perlu dipertimbangkan karena dapat menimbulkan pembengkakan dan nyeri di sekitar anus. Kondisi ini terjadi akibat infeksi kelenjar anus yang menyebabkan terbentuknya kumpulan pus pada jaringan perianal. Pasien biasanya mengeluhkan nyeri yang semakin berat, kemerahan, pembengkakan lokal, dan terkadang disertai demam.
Diagnosis banding lainnya adalah fistula ani, yaitu saluran abnormal yang menghubungkan kanalis ani dengan kulit di sekitar anus. Fistula ani sering ditandai dengan keluarnya cairan atau nanah secara terus-menerus dari lubang kecil di daerah perianal serta riwayat abses perianal

sebelumnya. Keluhan ini berbeda dengan hemoroid yang umumnya tidak menghasilkan drainase purulen kronis.

Penyakit keganasan seperti karsinoma anus dan karsinoma kolorektal juga harus dipertimbangkan, terutama pada pasien usia lanjut atau pasien dengan perdarahan rektal yang menetap. Kedua kondisi ini dapat memberikan gejala yang menyerupai hemoroid, seperti perdarahan, benjolan, atau perubahan pola buang air besar. Namun, adanya penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan, anemia, perubahan kebiasaan defekasi, atau massa yang keras dan tidak teratur perlu meningkatkan kecurigaan terhadap keganasan.

Selain itu, polip rektal dapat menyebabkan perdarahan rektal dan terkadang prolaps melalui anus sehingga menyerupai hemoroid interna. Diagnosis biasanya ditegakkan melalui pemeriksaan endoskopi. Kondiloma akuminata, yang disebabkan oleh infeksi Human Papillomavirus (HPV), dapat muncul sebagai lesi multipel berbentuk seperti bunga kol atau jengger ayam di sekitar anus dan sering kali disertai rasa gatal atau ketidaknyamanan lokal.

Kondisi lain yang relatif sering ditemukan adalah skin tag perianal, yaitu lipatan kulit berlebih di sekitar anus yang biasanya merupakan sisa proses inflamasi atau trombosis hemoroid sebelumnya. Meskipun dapat menyerupai hemoroid eksterna, skin tag umumnya tidak disertai perdarahan maupun nyeri akut dan lebih sering menimbulkan keluhan kosmetik atau kesulitan menjaga kebersihan daerah perianal.

Dengan mempertimbangkan berbagai diagnosis banding tersebut, evaluasi klinis yang komprehensif melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, anoskopi, serta pemeriksaan penunjang lainnya bila diperlukan sangat penting untuk memastikan diagnosis yang tepat dan menentukan terapi yang sesuai.

I. Penatalaksanaan Hemoroid

Penatalaksanaan hemoroid bertujuan untuk mengurangi gejala, memperbaiki kualitas hidup pasien, mencegah komplikasi, serta menurunkan risiko kekambuhan. Pemilihan terapi disesuaikan dengan derajat hemoroid, tingkat keparahan gejala, dan kondisi klinis pasien. Secara umum, penatalaksanaan hemoroid dapat dibagi menjadi terapi konservatif, terapi farmakologis, tindakan minimal invasif, dan tindakan bedah.

Terapi konservatif merupakan pilihan utama pada hemoroid derajat I dan II serta menjadi dasar terapi pada semua derajat hemoroid. Terapi ini berfokus pada modifikasi gaya hidup dan perbaikan pola defekasi. Pasien dianjurkan untuk meningkatkan konsumsi makanan tinggi serat, memperbanyak asupan cairan, melakukan aktivitas fisik secara teratur, menghindari kebiasaan mengejan berlebihan saat buang air besar, serta melakukan sitz bath atau perendaman daerah anus dengan air hangat. Intervensi ini bertujuan untuk melunakkan feses, mengurangi konstipasi, dan menurunkan tekanan pada bantalan hemoroid sehingga dapat mengurangi gejala dan mencegah progresivitas penyakit.

Selain terapi konservatif, terapi farmakologis dapat diberikan untuk mengurangi keluhan yang dirasakan pasien. Obat laksatif digunakan untuk mengatasi konstipasi dan mempermudah proses defekasi. Analgesik diberikan untuk mengurangi nyeri, sedangkan obat antiinflamasi topikal dan supositoria hemoroid dapat membantu mengurangi inflamasi, edema, rasa gatal, dan ketidaknyamanan pada daerah anorektal. Meskipun efektif dalam mengurangi gejala, terapi farmakologis umumnya tidak mengatasi penyebab anatomis hemoroid sehingga sering dikombinasikan dengan modifikasi gaya hidup.

Apabila terapi konservatif dan farmakologis tidak memberikan hasil yang memadai, dapat dipertimbangkan tindakan minimal invasif. Salah satu prosedur yang paling banyak digunakan adalah Rubber Band Ligation (RBL), terutama pada hemoroid interna derajat I hingga III. Teknik ini dilakukan dengan memasang karet elastis pada pangkal jaringan hemoroid sehingga aliran darah terhenti dan jaringan mengalami nekrosis serta lepas secara spontan. Selain RBL, sclerotherapy juga sering digunakan dengan cara menyuntikkan bahan sklerosan ke dalam jaringan hemoroid untuk menimbulkan fibrosis dan penyusutan jaringan. Metode lain adalah Infrared Coagulation (IRC) yang memanfaatkan energi panas inframerah untuk menyebabkan koagulasi pembuluh darah dan nekrosis jaringan hemoroid.

TABEL 1. PENATALAKSANAAN HEMOROID

Modalitas Terapi	Indikasi Utama	Mekanisme/Tujuan	Kelebihan	Kekurangan
Terapi Konservatif	Hemoroid derajat I–II dan terapi pendukung semua derajat	Memperbaiki pola defekasi dan mengurangi faktor risiko	Aman, murah, mudah dilakukan	Memerlukan kepatuhan pasien dan hasil bertahap
Terapi Farmakologis	Gejala ringan hingga sedang	Mengurangi nyeri, inflamasi, dan konstipasi	Mengurangi keluhan dengan cepat	Tidak menghilangkan penyebab anatomis hemoroid
Rubber Band Ligation (RBL)	Hemoroid interna derajat I–III	Menghentikan aliran darah ke jaringan hemoroid melalui ligasi	Efektif, sederhana, biaya relatif rendah	Dapat menimbulkan nyeri dan perdarahan ringan pascatindakan
Sclerotherapy	Hemoroid interna derajat I–II	Menimbulkan fibrosis dan penyusutan jaringan hemoroid	Cepat, tidak memerlukan anestesi	Risiko reaksi lokal dan kekambuhan
Infrared Coagulation (IRC)	Hemoroid interna derajat I–III	Koagulasi pembuluh darah menggunakan energi inframerah	Minim invasif dan pemulihan cepat	Biaya lebih tinggi dan dapat memerlukan tindakan berulang
Hemorrhoidectomy	Hemoroid derajat III–IV atau kasus berat	Eksisi jaringan hemoroid secara langsung	Tingkat kekambuhan rendah, hasil jangka panjang baik	Nyeri pascaoperasi lebih berat dan masa pemulihan lebih lama
Stapled Hemorrhoidopexy	Hemoroid interna prolaps derajat III–IV	Mengembalikan posisi hemoroid dan mengurangi suplai darah	Nyeri lebih ringan dan rawat inap lebih singkat	Risiko kekambuhan lebih tinggi dibanding hemorrhoidectomy

Pada hemoroid derajat lanjut, terutama derajat III dan IV, atau pada kasus yang tidak memberikan respons terhadap terapi lain, diperlukan tindakan bedah. Hemorrhoidectomy masih dianggap sebagai standar emas dalam penanganan hemoroid derajat lanjut karena memiliki tingkat kekambuhan yang rendah dan efektivitas yang tinggi dalam menghilangkan jaringan hemoroid. Namun, prosedur ini sering dikaitkan dengan nyeri pascaoperasi yang lebih berat dan masa pemulihan yang lebih lama. Sebagai alternatif, Stapled Hemorrhoidopexy dapat dilakukan untuk mengembalikan posisi jaringan hemoroid yang prolaps sekaligus mengurangi aliran

darah ke jaringan tersebut. Teknik ini umumnya memberikan nyeri pascaoperasi yang lebih ringan, waktu rawat inap yang lebih singkat, dan pemulihan yang lebih cepat dibandingkan hemorrhoidectomy konvensional, meskipun risiko kekambuhannya relatif lebih tinggi.

Penatalaksanaan hemoroid harus disesuaikan dengan derajat penyakit dan tingkat keparahan gejala yang dialami pasien. Terapi konservatif dan farmakologis merupakan pilihan utama pada hemoroid derajat ringan hingga sedang, sedangkan tindakan minimal invasif seperti rubber band ligation, sclerotherapy, dan infrared coagulation digunakan apabila terapi awal tidak memberikan hasil yang optimal. Pada hemoroid derajat lanjut atau kasus yang disertai prolaps berat, tindakan bedah berupa hemorrhoidectomy maupun stapled hemorrhoidopexy menjadi pilihan yang efektif. Pemilihan metode terapi yang tepat serta pengendalian faktor risiko melalui perubahan gaya hidup merupakan kunci keberhasilan pengobatan dan pencegahan kekambuhan hemoroid.

J. KOMPLIKASI DAN PROGNOSIS

Meskipun hemoroid umumnya tidak mengancam jiwa, kondisi ini dapat menimbulkan berbagai komplikasi apabila tidak ditangani secara tepat atau berlangsung dalam waktu yang lama. Salah satu komplikasi yang paling sering terjadi adalah trombosis hemoroid, yaitu terbentuknya bekuan darah pada pleksus vena hemoroidalis, terutama pada hemoroid eksterna. Kondisi ini dapat menyebabkan nyeri hebat yang muncul secara mendadak, disertai pembengkakan dan perubahan warna kebiruan pada benjolan di sekitar anus. Selain menimbulkan ketidaknyamanan yang signifikan, trombosis juga dapat mengganggu aktivitas sehari-hari dan kualitas hidup penderita.

Komplikasi lain yang dapat terjadi adalah perdarahan kronis, terutama pada hemoroid interna yang sering mengalami trauma saat proses defekasi. Perdarahan biasanya berulang dan ditandai dengan keluarnya darah segar saat atau setelah buang air besar. Apabila perdarahan berlangsung terus-menerus dalam jangka waktu lama, penderita berisiko mengalami anemia defisiensi besi yang ditandai dengan gejala lemah, mudah lelah, pucat, dan penurunan kapasitas aktivitas fisik. Meskipun jarang menyebabkan perdarahan masif, kehilangan darah kronis tetap perlu mendapatkan perhatian karena dapat memengaruhi kondisi kesehatan secara keseluruhan.

Pada hemoroid yang mengalami prolaps kronis, dapat terjadi ulserasi, yaitu terbentuknya luka pada permukaan mukosa hemoroid akibat gesekan berulang, iritasi, atau gangguan aliran darah. Ulserasi dapat menyebabkan nyeri, perdarahan, dan meningkatkan risiko terjadinya infeksi lokal. Selain itu, hemoroid prolaps yang tidak dapat direposisi kembali ke dalam kanalis ani dapat mengalami strangulasi hemoroid, yaitu kondisi ketika suplai darah ke jaringan hemoroid terganggu akibat penjepitan oleh sfingter anus. Strangulasi merupakan komplikasi yang serius karena dapat menyebabkan edema berat, nyeri hebat, nekrosis jaringan, bahkan memerlukan tindakan pembedahan segera.

Secara umum, prognosis hemoroid tergolong baik, terutama apabila diagnosis ditegakkan sejak dini dan penatalaksanaan dilakukan secara tepat sesuai dengan derajat keparahan penyakit. Sebagian besar kasus hemoroid derajat ringan hingga sedang dapat membaik dengan terapi konservatif berupa modifikasi pola makan, peningkatan asupan serat dan cairan, serta perubahan kebiasaan buang air besar. Pada kasus yang memerlukan tindakan minimal invasif atau pembedahan, angka keberhasilan terapi umumnya tinggi dengan perbaikan gejala yang signifikan. Namun demikian, kekambuhan masih dapat terjadi

apabila faktor-faktor risiko seperti konstipasi kronis, obesitas, kebiasaan mengejan, dan kurangnya aktivitas fisik tidak dikendalikan. Oleh karena itu, keberhasilan jangka panjang penatalaksanaan hemoroid tidak hanya bergantung pada terapi yang diberikan, tetapi juga pada kepatuhan pasien dalam menerapkan gaya hidup sehat dan upaya pencegahan secara berkelanjutan.

K. PENCEGAHAN

Pencegahan hemoroid berfokus pada upaya mengurangi faktor-faktor yang dapat meningkatkan tekanan pada pleksus hemoroidalis serta menjaga kelancaran proses defekasi. Salah satu langkah utama yang dianjurkan adalah mengonsumsi makanan tinggi serat, seperti sayuran, buah-buahan, kacang-kacangan, dan biji-bijian. Serat berperan dalam meningkatkan volume dan kelembutan feses sehingga memudahkan pengeluarannya serta mengurangi kebutuhan untuk mengejan saat buang air besar. Selain itu, asupan cairan yang adekuat juga penting untuk menjaga konsistensi feses tetap lunak dan mencegah terjadinya konstipasi.

Aktivitas fisik yang dilakukan secara rutin turut berkontribusi dalam meningkatkan motilitas usus dan memperlancar proses pencernaan sehingga dapat menurunkan risiko konstipasi. Menjaga berat badan ideal juga dianjurkan karena kelebihan berat badan dapat meningkatkan tekanan intraabdomen yang berpotensi memperburuk kongesti vena hemoroidalis. Selain itu, kebiasaan menahan keinginan untuk buang air besar sebaiknya dihindari karena dapat menyebabkan feses menjadi lebih keras akibat penyerapan air yang berlebihan di usus. Pencegahan hemoroid juga mencakup menghindari kebiasaan mengejan secara berlebihan saat defekasi, karena tindakan tersebut dapat meningkatkan tekanan pada bantalan vaskular anus dan memicu terjadinya prolaps hemoroid. Dengan menerapkan pola hidup sehat dan kebiasaan defekasi yang baik, risiko terjadinya hemoroid maupun kekambuhannya dapat diminimalkan.

III. KESIMPULAN

Hemoroid merupakan penyakit anorektal yang sering ditemukan dan memiliki etiologi multifaktorial. Faktor risiko utama meliputi konstipasi, obesitas, usia lanjut, kehamilan, dan gaya hidup sedentari. Patogenesis hemoroid melibatkan kelemahan jaringan penyangga bantalan anus dan gangguan hemodinamik vena hemoroidalis. Diagnosis ditegakkan melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik yang tepat. Penatalaksanaan disesuaikan dengan derajat penyakit, mulai dari terapi konservatif hingga tindakan operatif. Modifikasi gaya hidup merupakan strategi utama dalam pencegahan dan mengurangi kekambuhan hemoroid.

DAFTAR PUSTAKA

[1]. Annisa BW, Yuliansyah LFA. Diagnosis Dan Tatalaksana Hemoroid. Unram Med J. 2022;11(3):1085–93.
[2]. Widowati FS, Ernawati E. Faktor Risiko Kejadian Hemoroid pada Pekerja Usia Produktif. J Ilmu Kesehat Masy. 2023;12(04):277–82.
[3]. Sekarlina S, Nurhuda M, Wahyuni S. Profil Penderita Hemoroid Di Rumah Sakit Islam Siti Rahmah Padang Sumatera Barat Periode 2016-2017. Heal Med J. 2020;2(2):37–41.
[4]. Hadi FM, Rizal F, Mustaqim MH. Gambaran Penderita Hemoroid Di RSUD Meuraxa Banda Aceh. J ilmu Kedokt dan Kesehat. 2024;10(4):2104–6.
[5]. Apriza R, Abdullah D. Karakteristik Pasien Hemorrhoid Dibagianbedah Digestifrsi Siti Rahmah Padang Periode Januari-Desember Characteristics of Hemorrhoid Patients in the Digestive Surgery Department of Rsi Siti Rahmah Padang Period January-December. J Kesehat Saintika Meditory. 2020;2(2):73–82.
[6]. Homaedi R, Mafruhah M, Yuliana AT. Profil Mahasiswa Dengan Tugas Ganda Kuliah Dan Bekerja. Shine J Bimbing Dan Konseling. 2022;2(2):125–37.
[7]. Adolph R. 済無No Title No Title No Title. 2016;4(4):1–23.
[8]. Ridwan M, Syukri A, Badarussyamsi B. Studi Analisis Tentang Makna Pengetahuan Dan Ilmu Pengetahuan Serta Jenis Dan Sumbernya. J Geuthèë Penelit Multidisiplin. 2021;4(1):31.
[9]. Yildiz T, Aydin DB, Ilce Z, Yucak A, Karaaslan

E. External hemorrhoidal disease in child and teenage: Clinical presentations and risk factors. Pak J Med Sci. 2019;35(5):696–700.
[10]. Nasution N, Satria O, Ficri A, Kurniawan R. Hubungan Pengetahuan Dengan Kejadian Hemoroid (Wasir) Pada Remaja. Banda Nurs J. 2024;1(1):18–22.
[11]. Bazira PJ. Anatomy of the rectum and anal canal, Surgery. 2023;Volume 41(1):7–14.
[12]. Al Hasani S. A, Oktaviyanti I. K, Rosida L, Wibowo A,., Ulfah M. Gambaran Sel Radang Akut Dan Sel Radang Kronik Pada Hemoroid Interna. Homeostasis. 2024;807–16.
[13]. Ikrocco WC. Why are hemorrhoids symptomatic? the pathophysiology and etiology of hemorrhoids. Semin Colon Rectal Surg. 2018;29(4):160–6.
[14]. De Marco S, Tiso D. Lifestyle and Risk Factors in Hemorrhoidal Disease. Front Surg. 2021;8(August):1–5.
[15]. Erianto M, Triswanti N, Kriswiastiny R, Ulandari S. No Title. MAHESA MALAHAYATI Heal STUDENT J. 2022;2:298–307.
[16]. Lalisang TJ. Hemorrhoid: Pathophysiology and Surgical Management Literature review. New Ropanasuri J Surg. 2016;1(1):31–6.
[17]. Rifki M, Astiah AA, Hernawati A. Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya Hemoroid Di Rumah Sakit Budi Kemuliaan Kota Batam Tahun 2023. Zo Kedokt. 2025;15:56–72.
[18]. Sun Z, Migaly J. Review of Hemorrhoid Disease: Presentation and Management. Clin Colon Rectal Surg. 2016;29(1):22–9.
[19]. Sjamshuhidajat, Jong D. buku ajar ilmu bedah. jakarta : EGC; 2017.
[20]. Meitaqwatiningarum F, Simadibrata CL, Nareswari I. Efektivitas Terapi Akupunktur pada Pasien dengan Hemoroid. Vol. 7. 2021. p. 121–4.
[21]. Indrayani NNA, Arnaya AA, Wiguna KK, Wiyasa IBP. Diagnosa dan Tatalaksana pada Hemoroid Derajat IV: Laporan Kasus. Intisari Sains Medis. 2021;12(3):706–9.
[22]. Mott T, Latimer K, Edwards C. Hemorrhoids: Diagnosis and Treatment Options. Am Fam Physician. 2018;97(3):172–9.
[23]. Davis BR, Lee-Kong SA, Migaly J, Feingold DL, Steele SR. The American Society of colon and rectal surgeons clinical practice guidelines for the management of hemorrhoids. Dis Colon Rectum. 2018;61(3):284–92.
[24]. Gallo G, Martellucci J, Sturiale A, Clerico G, Milito G, Marino F, et al. No Title. Consens statement Ital Soc Color Surg Manag Treat hemorrhoidal Dis. 2020;24(2):145–64.
[25]. Lal N, Nallasamy S, Khan Sa. Epidermal Inclusion Cyst Of The Perianal Region: Report Of A Rare Case. Innovare J Med Sci. 2021;9(5).
[26]. Khalid F, Naveed H, Ali M, Ansari MS, Shafiq MS, Ahmad MH. Diagnostic challenges of tailgut cysts : a case report on an occult perianal mass. 2025;0(December 2024):421–4.
[27]. Pitaloka I. Peran Apoteker dalam Pengobatan Wasir. Farmasetika.com (Online). 2019;3(5):65.