

Studi Kasus *Hernia Inguinalis Lateralis* pada Laki-laki Usia 51 Tahun

Tengku Mutiara Saidina

Fakultas Kedokteran, Universitas Malikussaleh, Indonesia

Alamat: Jl. Cot Tengku Nie, Reuleuet, Muara Batu, Aceh Utara

Korespondensi penulis: tengku.190610057@mhs.unimal.ac.id

Abstract. *Inguinal hernia is a condition where a bulge occurs in the groin area and is the most common type of hernia with 75% of all abdominal wall hernias. The diagnosis of inguinal hernia can be made easily through physical examination, where the lump can be seen or felt when pressed on the external inguinal ring. In this case study, a 51-year-old man complained of a lump on the right underarm to the scrotum area that had been painful since 1 day before admission to the hospital. The lump had been felt since 2 years ago, but the lump seemed to disappear. The patient was diagnosed with incarcerated lateral inguinal hernia from the results of anamnesis, physical examination, supporting examination, and performed hernioraphy with mash graft.*

Keywords: *Inguinal hernia, Hernioraph, Groin lump*

Abstrak. Hernia inguinalis adalah suatu kondisi di mana terjadi tonjolan di area selangkangan dan merupakan jenis hernia yang paling umum dengan 75% dari semua hernia dinding perut. Diagnosis hernia inguinalis dapat dilakukan dengan mudah melalui pemeriksaan fisik, di mana benjolan dapat terlihat atau dirasakan ketika ditekan pada cincin inguinalis eksternal. Pada studi kasus ini seorang pria 51 tahun dengan keluhan terdapat benjolan pada selangkangan kanan hingga daerah skrotum yang terasa nyeri sejak 1 hari sebelum masuk RS. Benjolan sudah dirasakan sejak 2 tahun yang lalu, namun benjolan terasa hilang timbul. Pasien didiagnosis dengan hernia inguinalis lateralis inkarserata dari hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, dan dilakukan tindakan hernioraphy dengan mash graft.

Kata kunci: Hernia inguinalis, hernioraphy, benjolan selangkangan

1. LATAR BELAKANG

Hernia inguinalis adalah suatu kondisi di mana terjadi tonjolan di area selangkangan dan merupakan jenis hernia yang paling umum dengan 75% dari semua hernia dinding perut. Pada pria, risiko terkena hernia inguinalis seumur hidup adalah 27%, sementara pada wanita hanya 3%. Ini terjadi karena pada pria terdapat pembukaan otot dinding perut yang terus-menerus untuk saluran sperma dan pembuluh testis. Hernia inguinalis dapat diklasifikasikan menjadi hernia langsung dan tidak langsung, tergantung pada penonjolan isi abdomen (1). Prevalensi global kasus hernia meningkat sebesar 36%, mencapai lebih dari 32,5 juta kasus, meskipun tingkat standar usia menurun (3).

Hernia inguinalis merupakan masalah umum yang biasanya memerlukan tindakan bedah. Studi di Amerika Serikat menunjukkan lebih dari 1,6 juta orang didiagnosis dengan hernia inguinalis setiap tahun, dan lebih dari 500.000 orang menjalani operasi untuk memperbaikinya. Prevalensi hernia inguinalis meningkat seiring bertambahnya usia, dengan tingkat prevalensi tertinggi pada kaum lansia. Hernia inguinalis lebih umum terjadi pada pria risiko 27%, sementara pada wanita hanya 3% (4).

Diagnosis hernia inguinalis dapat dilakukan dengan mudah melalui pemeriksaan fisik, di mana benjolan dapat terlihat atau dirasakan ketika ditekan pada cincin inguinalis eksternal. Beberapa faktor risiko yang terkait dengan hernia inguinalis meliputi faktor bawaan seperti proses persisten vaginalis, serta faktor risiko lainnya seperti jenis kelamin pria, usia tua, berat badan rendah, kelemahan otot dinding perut sebelumnya, dan peningkatan tekanan intra abdomen. Beberapa kebiasaan seperti merokok, mengangkat beban berat, serta batuk dan melompat yang meningkatkan tekanan intra-abdomen juga dapat meningkatkan risiko terjadinya hernia inguinalis, meskipun penelitian tentang hal ini masih terbatas (2).

2. KAJIAN TEORITIS

Hernia inguinalis adalah bagian subkutan dari sebagian peritoneum yang mengandung viscera abdomen yang keluar melalui kanalis inguinal atau langsung melalui dinding perut (11). Hernia inguinalis (HI) adalah suatu penonjolan atau keluarnya suatu saccus peritonealis, dengan atau tanpa diikuti isi abdomen, melalui suatu bagian lemah dinding abdomen di regio inguinalis. Terdapat dua jenis HI, yaitu HI direct dan indirect. Pada HI direct, benjolan muncul melalui dinding posterior canalis inguinalis, sedangkan pada HI indirect, melalui annulus inguinalis profundus (2). Hernia inguinal merupakan penyakit multifaktorial dan bisa menyerang siapapun baik dari segi usia maupun jenis kelamin (12). Meskipun begitu, hernia inguinalis lebih sering terjadi pada laki-laki dan individu dengan usia lanjut, dimana sepertiga dari laki-laki di diagnosa dengan hernia inguinalis (13).

Etiologi hernia inguinalis pada orang dewasa bersifat multifaktorial dan dipengaruhi oleh faktor pekerjaan, lingkungan, dan keturunan. Hernia inguinal dapat dibagi menjadi dua berdasarkan pada etiologinya yaitu hernia langsung dan hernia inguinal yang tidak langsung. Terlepas dari segi usia, sebagian besar etiologi dari hernia inguinal direk berasal dari embriologi dan penurunan testis. Hal ini didasarkan penonjolan viskus abdomen ke dalam prosesus vaginalis yang terbuka. Oleh karena itu hernia inguinal direk juga disebut dengan hernia kongenital. Selain itu, etiologi lain dari hernia inguinal yaitu hernia inguinal indirek, dimana dapat dikatakan bahwa semua keadaan yang dapat menyebabkan terjadinya peningkatan tekanan di rongga intra-abdomen dapat menjadi penyebab terjadinya hernia.

Etiologi dari hernia inguinal indirek disebabkan oleh penurunan kekuatan atau kemampuan pada daerah fascia transversalis segitiga hesselbach yaitu segitiga yang

berbatasan langsung secara lateral dengan pembuluh epigastrika inferior, di bagian medial dibatasi oleh lateral otot rectus abdominis dan inferior oleh ligament inguinal. Metabolisme kolagen tipe III memberikan pengaruh penting dalam proses berkembangnya hernia inguinal primer, hal ini terjadi karena perubahan rasio kolagen tipe I dan kolagen tipe III yang dapat menyebabkan perubahan sifat fisik dan kekuatan matriks kolagen dinding perut, sehingga memperbesar kemungkinan terjadinya perkembangan hernia inguinal (5).

Patofisiologi hernia inguinal yaitu terjadi peningkatan tekanan intraabdominal seperti batuk, mengangkat benda berat, atau kegiatan lainnya bersamaan dengan lemahnya fascia transversalis akan mempengaruhi terjadinya hernia inguinalis. Pada laki-laki yang sudah lanjut usia (>50 tahun), kemungkinan terjadi hernia cukup tinggi. Hal ini akibat dari penurunan serat oxytalan dan peningkatan amorf substansi serat elastin yang bertanggung jawab pada perubahan resistensi fascia transversalis. Kemampuan fascia transversalis untuk bertahan dari peningkatan tekanan intra abdomen baik dari fisiologis maupun patologis bergantung pada keadaan serat kolagen yang membentuk jaringan sekaligus yang memberi kekuatan pada jaringan tersebut. Fascia transversalis dapat dilemahkan oleh faktor-faktor yang mengganggu produksi kolagen atau menyebabkan peningkatan kerusakan atau bahkan akibat produksi serat kolagen abnormal. Contohnya, pada seorang perokok. Rokok mengandung substansi berbahaya yang bisa menginaktivasi protease atau juga antiprotease. Protease yang bebas, tidak terikat bersirkulasi dalam darah bisa menyebabkan kerusakan elastin dan kolagen dari fascia transversalis (6).

Menurut letaknya hernia dapat dibagi dua yaitu Hernia Inguinalis Lateralis (Indirect) dan Hernia Inguinalis Medialis (Direct) (9). Menurut sifatnya dibagi menjadi empat yaitu Hernia Reponibilis, Hernia Irreponibilis, Hernia Inkarserata, Hernia Strangulata (8).

Diagnosis hernia inguinalis dapat ditegakkan dengan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Dari anamnesis biasanya penderita datang dengan keluhan adanya “benjolan” di lipatan paha atau perut bagian bawah yang hilang timbul. Benjolan tersebut dapat timbul bila mengejan, berdiri/berjalan, menangis, batuk dan benjolan tersebut akan menghilang bila penderita ini dalam posisi tidur (7). Pasien dengan kecurigaan klinis hernia inguinalis bisa dilakukan pemeriksaan pencitraan, yaitu MRI sebagai pemeriksaan radiologis yang paling sensitif, spesifik, dan dapat diandalkan untuk mendiagnosis hernia inguinalis (14). Namun, CT dan MRI sulit dilakukan karena sangat dibatasi oleh biaya dan ketersediaannya. Ultrasonografi (USG) adalah modalitas pilihan pertama untuk memeriksa lesi di area inguinal. Ultrasonografi telah muncul sebagai alat

pencitraan yang paling nyaman untuk mendiagnosis hernia inguinalis karena kelebihanannya pada aspek portabilitas dan tidak adanya radiasi (15).

Tatalaksana hernia terdiri dari tindakan Non-Operatif dan Tindakan Operatif. Terapi konservatif terbatas pada tindakan reposisi dan pemakaian penyangga untuk mempertahankan isi hernia yang telah di reposisi. Reposisi tidak boleh dilakukan pada hernia inguinalis strangulata. Reposisi dilakukan secara bimanual. Tangan kiri memegang isi hernia membentuk corong sedangkan tangan kanan mendorongnya ke arah cincin hernia dengan sedikit tekanan. Pemakaian bantal penyangga hanya bertujuan menahan hernia yang telah direposisi dan tidak pernah menyembuhkan sehingga harus dipakai seumur hidup (10).

Tindakan bedah merupakan tatalaksana definitif pada hernia inguinalis. Pada pasien dengan hernia tanpa gejala atau gangguan yang minimal, dapat tidak dilakukan tindakan apapun dan hanya perlu waspada atau observasi terhadap gejala yang akan muncul. Ada banyak teknik yang berbeda yang dapat dijadikan terapi untuk hernia dengan komplikasi maupun tingkat kekambuhan yang berbeda pula. Pembedahan hernia dapat dilakukan dengan operasi terbuka atau laparoskopi. Hernia inkarserata dan strangulata adalah indikasi primer untuk dilakukannya urgent repair. Adapun beberapa tindakan operasi seperti herniotomi, herniografi, herniotomi dan hernioplasty.

3. METODE PENELITIAN

Metode yang digunakan adalah menggunakan studi kasus. Studi kasus ini membahas seorang laki-laki berusia 51 tahun yang didiagnosis Hernia Inguinalis Lateralis Dextra Inkarserata berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang kemudian dilakukan penatalaksanaan dan edukasi yang sesuai pada pasien.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada kasus ini, pasien merupakan laki-laki berusia 51 tahun dengan keluhan benjolan pada selakangan kanan hingga daerah skrotum yang terasa nyeri sejak 1 hari sebelum masuk RS. Benjolan sudah dirasakan sejak 2 tahun yang lalu, namun benjolan terasa hilang timbul. Benjolan timbul bila pasien beraktifitas berat seperti olahraga dan mengangkat beban berat dan menghilang ketika pasien beristirahat. Namun sejak 1 hari yang lalu benjolan terasa menetap dan pasien merasa nyeri pada daerah benjolan yang menetap sehingga membuat pasien sulit untuk berjalan dan beraktifitas. Tidak ada posisi

yang dapat mengurangi keluhan nyeri tersebut. Pasien mengakui keluhan ini muncul saat pasien batuk .



Gambar 1. Benjolan pada pasien

Hernia merupakan penonjolan isi rongga melalui suatu defek atau kelemahan dari dinding rongga yang bersangkutan yaitu lapisan muskulo-aponeurotik. Hernia inguinalis (HI) adalah suatu penonjolan atau keluarnya suatu saccus peritonealis, dengan atau tanpa diikuti isi abdomen, melalui suatu bagian lemah dinding abdomen di regio inguinalis. Hernia inguinalis dapat terjadi karena anomali kongenital atau karena sebab yang didapat. Hernia inguinalis jauh lebih banyak dijumpai pada laki – laki dibanding pada wanita (9:1). Hernia pada laki –laki 95% adalah jenis inguinalis, sedangkan pada wanita 45-50%. Perbedaan prevalensi ini disebabkan karena ukuran ligamentum rotundum, dan prosentase obliterasi dari processus vaginalis testis lebih kecil dibanding obliterasi kanalis nuck (2).

Pasien merasakan nyeri perut karena adanya spasme otot sehingga terjadi jepitan cincin hernia dan akan menekan jaringan sekitarnya, maka oleh saraf afferent akan dibawa ke spinal cord, kemudian ke hipotalamus dan di interpretasikan sebagai rasa nyeri. Faktor risiko terjadi hernia pada pasien ini adalah adanya riwayat mengangkat beban berat dalam jangka waktu lama dikarenakan pekerjaan yang dijalani yaitu seorang tukang bangunan dimana pasien kerap mengangkat batu-bata dan karung semen dalam jumlah yang banyak dan waktu yang lama. Pasien juga mengatakan batuk sangat kuat sebelum timbul keluhan. Hal ini menyebabkan peningkatan tekanan intrabdomen, bersamaan dengan lemahnya fascia transversalis akan mempengaruhi terjadinya hernia (7). Pasien juga memiliki kebiasaan merokok. Rokok mengandung substansi berbahaya yang bisa menginaktivasi protease atau juga antiprotease. Protease yang bebas, tidak terikat bersirkulasi dalam darah bisa menyebabkan kerusakan elastin dan kolagen dari fascia transversalis (6). Pemeriksaan vital sign didapatkan masih dalam batas normal. Pada pemeriksaan fisik lokalis pada regio abdomen kiri bawah didapatkan adanya massa dengan bentuk agak bulat dengan diameter ± 8 cm di daerah inguinal dextra, berwarna seperti warna kulit disekitarnya dan tidak

terdapat tanda-tanda radang. Pada saat dilakukan palpasi, teraba benjolan, konsistensi lunak, nyeri tekan (+). Pada bagian genitalia, skrotum tampak besar berwarna seperti warna kulit disekitarnya dan tidak terdapat tanda-tanda radang. Pemeriksaan laboratorium menunjukkan leukositosis

Pasien dalam laporan kasus ini didiagnosis dengan hernia inguinalis lateralis inkarserata dari hasil anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, dan tindakan hernioraphy dengan mash graft. Setelah operasi pasien diberi edukasi mengenai penyakitnya untuk jangan mengangkat beban berat, menjaga pola hidup sehat, makan makanan bergizi dan tinggi serat. Dikarenakan pasien mendapat penanganan yang tepat dan baik maka prognosis pasien ini baik.

5. KESIMPULAN DAN SARAN

Telah dilaporkan kasus Hernia Inguinalis Lateralis Dextra Inkarserata pada laki-laki berusia 51 tahun berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Pasien datang dengan keluhan benjolan pada selakangan kanan hingga daerah skrotum yang terasa nyeri sejak 1 hari sebelum masuk RS. Benjolan menetap dan terasa nyeri yang sangat hebat sehingga pasien tidak dapat beraktivitas. Pada pemeriksaan fisik lokalis pada regio abdomen kanan bawah didapatkan adanya massa dengan bentuk agak bulat dengan diameter ± 8 cm di daerah inguinal sinistra, berwarna seperti warna kulit disekitarnya dan tidak terdapat tanda-tanda radang. Pada saat dilakukan palpasi, teraba benjolan, konsistensi lunak, nyeri tekan (+). Fingger test benjolan terasa di ujung jari, tidak dapat direduksi. Pada bagian genitalia, skrotum tampak besar berwarna seperti warna kulit disekitarnya dan tidak terdapat tanda-tanda radang. Pemeriksaan laboratorium menunjukkan leukositosis. Pasien ini dilakukan tindakan hernioraphy dengan pemasangan mash graft. Tindakan pembedahan yang dilakukan memberikan perbaikan pada gejala dan pasien memiliki prognosis yang baik.

DAFTAR REFERENSI

- Abebe, M. S., Tareke, A. A., Alem, A., & Debebe, W. (2022). Worldwide magnitude of inguinal hernia: Systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Melese Shenkut Abebe, Department of Anatomy, School of Medicine, College of Medicine and Health Sciences, Wollo University, 10*, 1–9.
- Abebe, M. S., Tareke, A. A., Alem, A., & Debebe, W. (2022). Worldwide magnitude of inguinal hernia: Systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Wollo University Journal, 10*, 1–9.

- Agarwal, P. K. (2023). Study of demographics, clinical profile and risk factors of inguinal hernia: A public health problem in elderly males. *Cureus*, *15*(4), 1–6.
- Agarwal, P. K. (2023). Study of demographics, clinical profile and risk factors of inguinal hernia: A public health problem in elderly males. *Cureus*, *15*(4), e37110. <https://doi.org/10.7759/cureus.37110>
- Alabi, A., Haladu, N., Scott, N. W., Imamura, M., Ahmed, I., Ramsay, G., et al. (2022). Mesh fixation techniques for inguinal hernia repair: An overview of systematic reviews of randomised controlled trials. *Hernia*, *26*(4), 973–987. <https://doi.org/10.1007/s10029-021-02546-x>
- Berndsen, M. R., Guðbjartsson, T., & Berndsen, F. H. (2019). Inguinal hernia—Review. *Laeknabladid*, *105*(9), 385–391. <https://doi.org/10.17992/lbl.2019.09.247>
- Berndsen, M. R., Guðbjartsson, T., & Berndsen, F. H. (2019). Inguinal hernia—Review. *Laeknabladid*, *105*(9), 385–391. <https://doi.org/10.17992/lbl.2019.09.247>
- Engbang, P. J., Essola, B., Fouda, B., Baakaiwe, L. D., Mefire Chichom, A., & Ngowe Ngowe, M. (2021). Inguinal hernias in adults: Epidemiological, clinical and therapeutic aspects in the city of Douala. *Journal of Surgery and Research*, *4*(1), 95–118. <https://doi.org/10.26502/jsr.10020115>
- Hope, W. W., Cobb, W. S., & Adrales, G. L. (2017). *Textbook of hernia*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-43045-4>
- Hope, W. W., Cobb, W. S., & Adrales, G. L. (2017). *Textbook of hernia*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-43045-4>
- Iwan, I. A., & Hasbi, B. E. (2024). Prevalence & characteristics of inguinal hernia patients. *Jurnal Eduhealth*, *15*(3), 1050–1063.
- Jacobson, J. A., Khoury, V., & Brandon, C. J. (2015). Ultrasound of the groin: Techniques, pathology, and pitfalls. *American Journal of Roentgenology*, *205*(3), 513–523. <https://doi.org/10.2214/AJR.15.14523>
- Jacobson, J. A., Khoury, V., & Brandon, C. J. (2015). Ultrasound of the groin: Techniques, pathology, and pitfalls. *American Journal of Roentgenology*, *205*(3), 513–523. <https://doi.org/10.2214/AJR.15.14523>
- McBee, P. J., Walters, R. W., & Fitzgibbons, R. J. (2022). Current status of inguinal hernia management: A review. *International Journal of Abdominal Wall and Hernia Surgery*, *5*(4), 159–164.
- McBee, P. J., Walters, R. W., & Fitzgibbons, R. J. (2022). Current status of inguinal hernia management: A review. *International Journal of Abdominal Wall and Hernia Surgery*, *5*(4), 159–164.
- Meliani, R. I., & Dytho, M. S. (2022). Hernia. In *Continued Medical Education* (pp. 406–417).

- Meliani, R. I., & Dytho, M. S. (2022). Hernia. In *Continued Medical Education* (pp. 406–417).
- Miller, J., Cho, J., Michael, M. J., Saouaf, R., & Towfigh, S. (2014). Role of imaging in the diagnosis of occult hernias. *JAMA Surgery*, *149*(10), 1077–1080. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2014.596>
- Miller, J., Cho, J., Michael, M. J., Saouaf, R., & Towfigh, S. (2014). Role of imaging in the diagnosis of occult hernias. *JAMA Surgery*, *149*(10), 1077–1080. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2014.596>
- Paul Engbang, J., Essola, B., Fouda, B., Dourga Baakaiwe, L., Mefire Chichom, A., & Ngowe Ngowe, M. (2021). Inguinal hernias in adults: Epidemiological, clinical and therapeutic aspects in the city of Douala. *Journal of Surgery and Research*, *4*(1), 95–118. <https://doi.org/10.26502/jsr.10020115>
- Paul, E. J., Essola, B., Fouda, B., Baakaiwe, L. D., Mefire Chichom, A., & Ngowe Ngowe, M. (2021). Inguinal hernias in adults: Epidemiological, clinical and therapeutic aspects in the city of Douala. *Journal of Surgery and Research*, *4*(1), 95–118. <https://doi.org/10.26502/jsr.10020115>
- Plumb, A. A., Rajeswaran, G., Abbasi, M. A., Masci, L., & Warren, O. W. J. (2022). Contemporary imaging of inguinal hernia and pain. *British Journal of Radiology*, 1–10.
- Plumb, A. A., Rajeswaran, G., Abbasi, M. A., Masci, L., & Warren, O. W. J. (2022). Contemporary imaging of inguinal hernia and pain. *British Journal of Radiology*, *95*(1139), 20220378. <https://doi.org/10.1259/bjr.20220378>
- Putri, N. A., Feby, N., Agistany, F., Bayu, R., & Akhyar, F. (2023). Inguinal hernia: Diagnosis and management. *Jurnal Biologi Tropis*, *23*, 96–103.
- Putri, N. A., Feby, N., Agistany, F., Bayu, R., & Akhyar, F. (2023). Inguinal hernia: Diagnosis and management. *Jurnal Biologi Tropis*, *23*, 96–103.
- Shakil, A., Aparicio, K., Barta, E., & Munez, K. (2020). Inguinal hernias: Diagnosis and management. *American Family Physician*, *102*(8), 487–492.
- Shakil, A., Aparicio, K., Barta, E., & Munez, K. (2020). Inguinal hernias: Diagnosis and management. *American Family Physician*, *102*(8), 487–492.
- Wu, W. T., Chang, K. V., Lin, C. P., Yeh, C. C., & Özçakar, L. (2022). Ultrasound imaging for inguinal hernia: A pictorial review. *Ultrasonography*, *41*(3), 610–623.
- Wu, W. T., Chang, K. V., Lin, C. P., Yeh, C. C., & Özçakar, L. (2022). Ultrasound imaging for inguinal hernia: A pictorial review. *Ultrasonography*, *41*(3), 610–623. <https://doi.org/10.14366/usg.22003>