

Hernia Inguinalis: Tinjauan Pustaka

Amrizal*

*Program Pendidikan Dokter Spesialis Departemen Ilmu Bedah,
Rumah Sakit Umum Pusat dr. M. Djamil Padang

Abstrak

Hernia berarti penonjolan kantong peritoneum atau suatu organ atau lemak praperitoneum melalui cacat kongenital atau akuisita (dapatan). Hernia inguinalis adalah kondisi protrusi (penonjolan) organ intestinal masuk ke rongga melalui defek atau bagian dinding yang tipis atau lemah dari cincin inguinalis. Sekitar 75% hernia terjadi di regio inguinalis, 50% merupakan hernia inguinalis indirek dan 25% adalah hernia inguinal direk. Faktor risiko timbulnya hernia inguinalis adalah usia tua, jenis kelamin laki-laki, pekerjaan fisik yang menimbulkan peningkatan tekanan intraabdomen yang dilakukan terus-menerus, batuk kronis, dan obesitas. Gambaran klinis berupa benjolan di lipat paha yang timbul bila mengedan, batuk, atau mengangkat benda berat. Hernia inguinalis ditatalaksana dengan proses operasi, dengan tidak melupakan tatalaksana faktor risiko yang bisa diubah.

Kata kunci: hernia, hernia inguinalis, faktor risiko hernia inguinalis

Abstract

Hernia is a protrusion of peritoneal sac, abdominal organs, or preperitoneal fat through a congenital defect. Inguinal hernia is a protrusion of intestines through a defect in inguinal ring. About 75% of hernia occurred in inguinal region, 50% was indirect and 25% was direct inguinal hernia. Risk factors for inguinal hernia are old man, physical activities that could increase the intraabdominal pressure, chronic cough, and obesity. Clinical manifestation of inguinal hernia is a mass in inguinal region that occurs when cough, doing abdominal strain, or lifting heavy objects. This condition is treated with surgical technique without set the treatable risk factors aside.

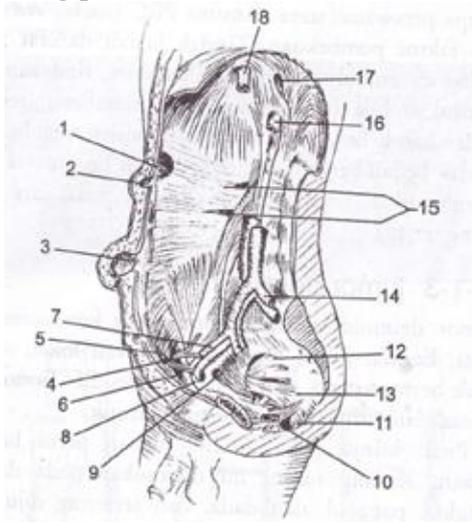
Keywords: hernia, inguinal hernia, risk factors of inguinal hernia

Pendahuluan

1. Definisi dan Etiologi Hernia

Kata hernia berarti penonjolan suatu kantong peritoneum, suatu organ atau lemak praperitoneum melalui cacat kongenital atau akuisita (dapat). Hernia terdiri atas cincin, kantong, dan isi hernia.¹

Pada hernia abdomen, isi perut menonjol melalui defek atau bagian lemah dari lapisan muskuloaponeurotik dinding perut.



Gambar 1. Letak Hernia Abdominalis

Keterangan Gambar 1: (1) Ventral, (2) Epigastrik, (3) Umbilikus, (4) Inguinal direk/indirek, (5) A.v Epigastrika inferior, (6) Inguinal direk/indirek, (7) A.V Femoralis, (8) Femoral, (9) Obturatoria perineal, (10) Rektum, (11) Perineal, (12) Iskiadika, (13) M. Piriformis, (14) A.V iliaka komunis kiri, (15) Lumbal, (16) Aorta, (17) Hiatus, diafragma, (18) V. Kava inferior.

2. Epidemiologi Hernia

Sekitar 75% hernia terjadi di sekitar lipat paha, berupa hernia inguinal direk, indirek serta hernia femoralis; hernia insisional 10%, hernia ventralis

10%, hernia umbilikus 3% dan hernia lainnya sekitar 3%. Pada hernia inguinalis lebih sering pada laki-laki daripada perempuan.²

3. Klasifikasi Hernia

Berdasarkan tempat terjadinya, hernia terbagi atas:²:

1. Hernia Femoralis

Pintu masuk hernia femoralis adalah anulus femoralis. Selanjutnya, isi hernia masuk ke dalam kanalis femoralis yang berbentuk corong sejajar dengan vena femoralis sepanjang kurang lebih 2 cm dan keluar pada fosa ovalis.

2. Hernia Umbilikalis

Hernia umbilikalis merupakan hernia kongenital pada umbilikus yang hanya tertutup peritoneum dan kulit akibat penutupan yang inkomplet dan tidak adanya fascia umbilikalis.

3. Hernia Paraumbilikus

Hernia paraumbilikus merupakan hernia melalui suatu celah di garis tengah di tepi kranial umbilikus, jarang terjadi di tepi kaudalnya. Penutupan secara spontan jarang terjadi sehingga umumnya diperlukan tindakan operasi untuk dikoreksi.

4. Hernia Epigastrika

Hernia epigastrika atau hernia linea alba adalah hernia yang keluar melalui defek di linea alba antara umbilikus dan prosesus xifoideus.

5. Hernia Ventralis

Hernia ventralis adalah nama umum untuk semua hernia di dinding perut bagian anterolateral; nama lainnya adalah hernia insisional dan hernia sikatriks.

6. Hernia Lumbalis

Di daerah lumbal antara iga XII dan krista iliaka, ada dua trigonum masing-masing trigonum kostolumbalis superior (ruang

Grijinfelt/lesshaft) berbentuk segitiga terbalik dan trigonum kostolumbalis inferior atau trigonum iliolumbalis berbentuk segitiga.

7. Hernia Littre

Hernia yang sangat jarang dijumpai ini merupakan hernia berisi divertikulum Meckle. Sampai dikenalnya divertikulum Meckle, hernia littre dianggap sebagai hernia sebagian dinding usus.

Hernia Spiegheli

Hernia spieghell ialah hernia vebtralis dapatan yang menonjol di linea semilunaris dengan atau tanpa isinya melalui fascia spieghel.

8. Hernia Obturatoria

Hernia obturatoria ialah hernia melalui foramen obturatorium.

9. Hernia Perinealis

Hernia perinealis merupakan tonjolan hernia pada perineum melalui otot dan fascia, lewat defek dasar panggul yang dapat terjadi secara primer pada perempuan multipara atau sekunder pascaoperasi pada perineum, seperti prostatektomi, reseksi rektum secara abdominoperineal, dan eksenterasi pelvis. Hernia keluar melalui dasar panggul yang terdiri atas otot levator anus dan otot sakrokoksigeus beserta fasianya dan dapat terjadi pada semua daerah dasar panggul.

10. Hernia Pantalon

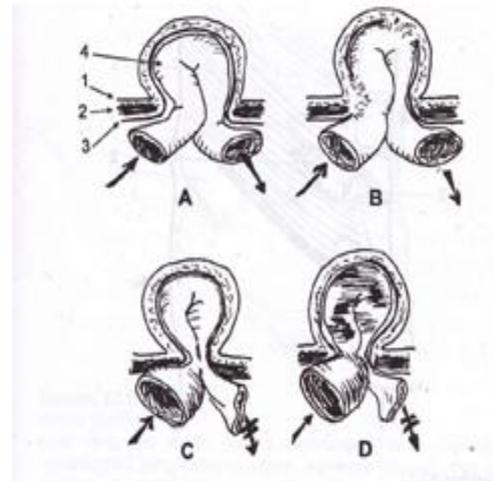
Hernia pantalon merupakan kombinasi hernia inguinalis lateralis dan medialis pada satu sisi.

Menurut sifatnya hernia terbagi atas:

1. Hernia reponibel

Hernia reponibel apabila isi hernia dapat keluar-masuk. Usus keluar ketika berdiri atau mengejan, dan masuk lagi ketika berbaring atau bila didorong masuk ke

dalam perut. Selama hernia masih reponibel, tidak ada keluhan nyeri atau obstruksi usus.



Gambar 2. Klasifikasi Hernia Menurut Sifat

Keterangan gambar 2.: (1) Kulit dan jaringan subkutan (2) Lapisan otot (3) Jaringan praperitoneal (4) Kantong hernia dengan usus. (A) Hernia reponibel tanpa inkaserasi dan strangulasi, (B) Hernia ireponibel, (C) Hernia inkaserata dengan ileus obstruksi usus, (D) Hernia strangulata.

2. Hernia ireponibel

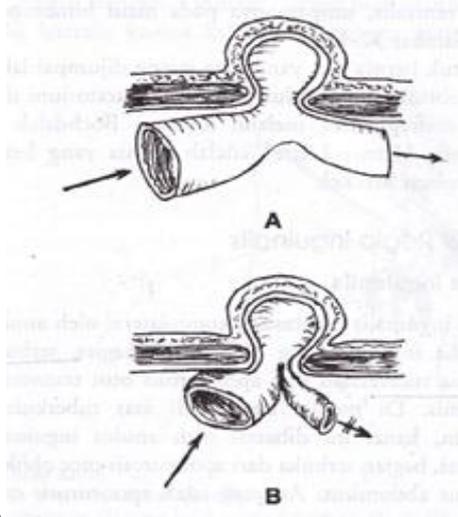
Hernia ireponibel apabila isi hernia tidak dapat direposisi kembali ke dalam rongga perut. Biasanya disebabkan oleh pelekatan isi kantong kepada peritoneum kantong hernia.

3. Hernia Inkaserata atau Hernia strangulate

Hernia inkaserata apabila isi hernia terjepit oleh cincin hernia sehingga isi kantong terperangkap dan tidak dapat kembali ke dalam rongga perut. Akibatnya terjadi gangguan pasase atau vaskularisasi. Hernia inkaserata lebih dimaksudkan untuk hernia ireponibel yang di sertai gangguan pasase, sedangkan hernia strangulata digunakan untuk menyebut hernia ireponibel yang disertai gangguan vaskularisasi.

4. Hernia Richter

Hernia Richter apabila strangulasi hanya menjepit sebagian dinding usus. Komplikasi dari hernia richter adalah strangulasi sampai terjadi perforasi usus.



Gambar 3 Gambaran hernia Richter

(A) Hernia Richter tanpa ileus obstruksi,
(B) Hernia Richter dengan ileus obstruksi.

5. Hernia Interparietalis

Hernia yang kantongnya menjorok ke dalam celah antara lapisan dinding perut.

6. Hernia Eksterna

Hernia eksterna apabila hernia menonjol keluar melalui dinding perut, pinggang atau perineum.

7. Hernia Interna

Hernia interna apabila tonjolan usus tanpa kantong hernia melalui suatu lubang dalam rongga perut, seperti foramen Winslow, resesus retrosekalis atau defek di bagian mesenterium setelah operasi anastomosis usus.

8. Hernia Insipiens

Hernia yang membalut merupakan hernia *indirect* pada kanalis inguinalis yang ujungnya tidak keluar dari anulus eksternus.

9. Hernia Sliding

Hernia yang isi kantongnya berasal dari organ yang letaknya ekstrapertoneal.

10. Hernia Bilateral

Defek terjadi pada dua sisi.

4. Hernia Inguinalis

Definisi Hernia Inguinalis

Hernia inguinalis adalah kondisi protrusi (penonjolan) organ intestinal masuk ke rongga melalui defek atau bagian dinding yang tipis atau lemah dari cincin inguinalis. Materi yang masuk lebih sering adalah usus halus, tetapi bisa juga merupakan suatu jaringan lemak atau omentum.³

Anatomi Regio Inguinalis

Kanalis inguinalis adalah saluran yang berjalan oblik (miring) dengan panjang 4cm dan terletak 2-4cm di atas ligamentum inguinale, Ligamentum Inguinale merupakan penebalan bagian bawah aponeurosis musculus oblikus eksternus. Terletak mulai dari SIAS sampai ke ramus superior tulang pubis.⁴

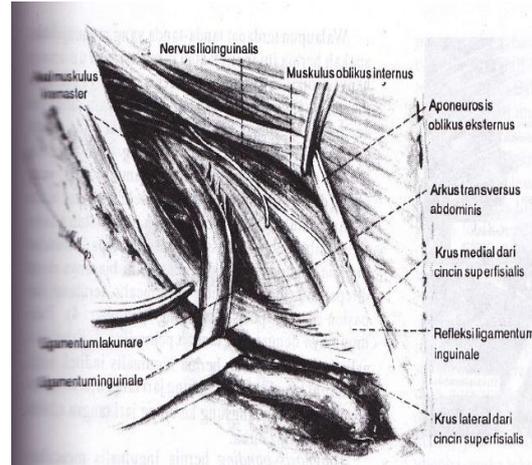
Dinding yang membatasi kanalis inguinalis adalah⁴:

- Anterior: dibatasi oleh aponeurosis musculus oblikus eksternus dan 1/3 lateralnya musculus oblikus internus.
- Posterior: dibentuk oleh aponeurosis musculus transversus abdominis yang bersatu dengan fascia

transversalis dan membentuk dinding posterior di bagian lateral. Bagian medial dibentuk oleh fascia transversa dan konjoin tendon, dinding posterior berkembang dari aponeurosis musculus transversus abdominis dan fascia transversal.

- c. Superior: dibentuk oleh serabut tepi bawah musculus oblikus internus dan musculus transversus abdominis dan aponeurosis.
- d. Inferior: dibentuk oleh ligamentum inguinale dan lakunare bagian ujung atas dari kanalis inguinalis adalah internal inguinal ring. Ini merupakan defek normal dan fascia transversalis dan berbentuk huruf “U” dan “V” dan terletak di bagian lateral dan superior. Batas cincin interna adalah pada bagian atas musculus transversus abdominis, iliopubik tract dan interfoveolar (Hasselbach) ligament dan pembuluh darah epigastrik inferior di bagian medial.

Kanalis inguinalis pria terdapat duktus deferens, tiga arteri yaitu: arteri spermatika interna, arteri diferensial dan arteri spermatika eksterna, lalu plexus vena pampiniformis, juga terdapat tiga nervus yaitu: cabang genital dari nervus genitofemoral, nervus ilioinguinalis dan serabut simpatis dari plexus hipogastrik dan tiga lapisan fascia yaitu: fascia spermatika eksterna yang merupakan lanjutan dari fascia innominate, lapisan kremaster berlanjut dengan serabut-serabut musculus oblikus internus, dan fascia otot lalu fascia spermatika interna yang merupakan perluasan dari fascia transversal.⁴



Gambar 4. Letak Anatomi Inguinalis

Lalu aponeurosis musculus oblikus eksternus di bawah linea arkuata (*douglas*), bergabung dengan aponeurosis musculus oblikus internus dan transversus abdominis yang membentuk lapisan anterior rektus. Aponeurosis ini membentuk tiga struktur anatomi di dalam kanalis inguinalis berupa ligamentum inguinale, lakunare dan refleksi ligamentum inguinale (*Colles*).⁴

Ligamentum lakunare terletak paling bawah dari ligamentum inguinale dan dibentuk dari serabut tendon oblikus eksternus yang berasal dari daerah sias. Ligamentum ini membentuk sudut <45 derajat sebelum melekat pada ligamentum pektineal. Ligamentum ini membentuk pinggir medial kanalis femoralis.⁴

Ligamentum pektinea (*Cooper*), ligamentum ini tebal dan kuat yang terbentuk dari ligamentum lakunare dan aponeurosis musculus obliquus internus, transversus abdominis dan musculus pektineus. Ligamentum ini terfiksir ke periosteum dari ramus superior pubis dan ke bagian lateral periosteum tulang ilium.⁴

Konjoin tendon merupakan gabungan serabut-serabut bagian bawah aponeurosis oblikus internus dengan aponeurosis transversus abdominis yang berinsersi pada tuberkulum pubikum dan ramus superior tulang pubis.⁴

Ligamentum Henle, terletak di bagian lateral, vertikal dari sarung rektus, berinsersi pada tulang pubis bergabung bergabung dengan aponeurosis transversus abdominis dan fascia transversalis.⁴

Ligamentum Hasselbach sebenarnya bukan merupakan ligamentum, tetapi penebalan dari fascia transversalis pada sisi medial cincin interna yang letaknya inferior.⁴

Refleksi ligamentum inguinale (*Colles*), ligamentum ini dibentuk dari serabut aponeurosis yang berasal dari crus inferior cincin externa yang meluas ke linea alba.⁴

Traktus iliopubika merupakan perluasan dari arkus iliopektinea ke ramus superior pubis, membentuk bagian dalam lapisan muskulo aponeurotik bersama muskulus transversus abdominis dan fascia transversalis. Traktus ini berjalan di bagian medial, ke arah pinggir inferior cincin dalam dan menyilang pembuluh darah femoral dan membentuk pinggir anterior selubung femoralis.⁴

Fasia transversalis tipis dan melekat serta menutupi muskulus transversus abdominis. Segitiga Hasselbach, pada tahun 1814 Hasselbach mengemukakan dasar dari segitiga yang dibentuk oleh pecten pubis dan ligamentum pektinea. Segitiga ini dibatasi oleh⁴:

- a. Supero-lateral: pembuluh darah epigastrika inferior
- b. Medial: bagian lateral rektus abdominis
- c. Inferior: ligamentum inguinale

5. Klasifikasi Hernia Inguinalis

Klasifikasi hernia inguinalis yaitu:

1. Hernia inguinalis indirek

Hernia inguinalis indirek disebut juga hernia inguinalis lateralis, diduga mempunyai penyebab kongenital. Kantong hernia merupakan sisa prosesus vaginalis peritonei sebuah kantong peritoneum yang menonjol keluar, yang pada janin berperan dalam pembentukan kanalis inguinalis. Oleh karena itu kantong hernia masuk kedalam kanalis inguinalis melalui anulus inguinalis internus yang terletak di sebelah lateral vasa epigastrika inferior, menyusuri kanalis inguinalis dan keluar ke rongga perut melalui anulus inguinalis eksternus. lateral dari arteria dan vena epigastrika inferior.⁵ Hernia ini lebih sering dijumpai pada sisi kanan. Hernia inguinalis indirek dapat disimpulkan sebagai berikut:

- a. Merupakan sisa prosesus vaginalis dan oleh karena itu bersifat kongenital.
- b. Angka kejadian hernia indirek lebih banyak dibandingkan hernia inguinalis direk.
- c. Hernia indirek lebih sering pada pria daripada wanita.
- d. Hernia indirek lebih sering pada sisi kanan.

- e. Sering di temukan pada anak-anak dan dewasa muda.
- f. Kantong hernia masuk ke dalam kanalis inguinalis melalui anulus inguinalis profundus dan lateral terhadap arteria dan vena epigastrika inferior.
- g. Kantong hernia dapat meluas melalui anulus inguinalis superficialis, terletak di atas dan medial terhadap tuberkulum pubikum.
- h. Kantong hernia dapat meluas ke arah bawah ke dalam kantong skrotum atau labium majus.

2. Hernia inguinalis direk

Hernia inguinalis direk disebut juga hernia inguinalis medialis. Hernia ini melalui dinding inguinal posteromedial dari vasa epigastrika inferior di daerah yang dibatasi segitiga Hasselbach.⁵ Hernia inguinalis direk jarang pada perempuan, dan sebagian bersifat bilateral. Hernia ini merupakan penyakit pada laki-laki lanjut usia dengan kelemahan otot dinding abdomen.⁶

6. Etiologi

Hernia inguinalis dapat terjadi karena anomali kongenital atau karena sebab yang didapat.⁷ Lebih banyak terjadi pada lelaki daripada perempuan. Berbagai faktor penyebab berperan pada pembentukan pintu masuk hernia pada anulus internus yang cukup lebar sehingga dapat dilalui oleh kantong dan isi hernia. Selain itu, diperlukan faktor yang dapat mendorong isi hernia melewati pintu yang sudah terbuka cukup lebar. Pada orang sehat ada tiga mekanisme yang dapat mencegah

terjadinya hernia inguinalis, yaitu kanalis inguinalis yang berjalan miring, adanya struktur otot oblikus internus abdominis yang menutup anulus inguinalis internus ketika berkontraksi, dan adanya fascia transversa yang kuat sehingga menutupi trigonum hasselbach yang umumnya hampir tidak berotot.

Proses mekanisme ini meliputi saat otot abdomen berkontraksi terjadi peningkatan intraabdomen lalu m. oblikus internus dan m. tranversus berkontraksi, serabut otot yang paling bawah membentuk atap mioaponeurotik pada kanalis inguinalis. Konjoin tendon yang melengkung meliputi *spermatic cord* yang berkontraksi mendekati ligamentum inguinale sehingga melindungi fascia transversalis. Kontraksi ini terus bekerja hingga ke depan cincin interna dan berfungsi menahan tekanan intraabdomen.

Kontraksi m.transversus abdominis menarik dan meregang crura anulus internus, *iliopubic tract*, dan fascia transversalis menebal sehingga cincin menutup seperti spincter (*Shutter Mechanism*). Pada saat yang sama m. oblikus eksternus berkontraksi sehingga aponeurosisnya yang membentuk dinding anterior kanalis inguinalis menjadi teregang dan menekan cincin interna pada dinding posterior yang lemah. Gangguan pada mekanisme ini dapat menyebabkan terjadinya hernia.²

7. Epidemiologi

Hernia inguinalis merupakan hernia yang mempunyai angka kejadian yang paling tinggi. Sekitar 75% hernia terjadi di regio inguinalis, 50%

merupakan hernia inguinalis indirek dan 25% adalah hernia inguinal direk.¹

8. Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya hernia inguinalis

a..Usia

Usia adalah salah satu penentu seseorang mengalami hernia inguinalis, sebagaimana pada hernia inguinalis direk lebih sering pada laki-laki usia tua yang telah mengalami kelemahan pada otot dinding abdomen.¹

Sebaliknya pada dewasa muda yang berkisar antara 20-40 tahun yang merupakan usia produktif. Pada usia ini bisa terjadi peningkatan tekanan intraabdominal apabila pada usia ini melakukan kerja fisik yang berlangsung terus-menerus yang dapat meningkatkan risiko terjadinya hernia inguinalis indirek.

b. Pekerjaan

Pekerjaan yang dapat menimbulkan risiko terjadinya hernia inguinalis ialah pekerjaan fisik yang dilakukan secara terus-menerus sehingga dapat meningkatkan tekanan intraabdominal dan salah satu faktor yang mempengaruhi terjadinya hernia inguinalis.² Aktivitas (khususnya pekerjaan) yang menyebabkan peningkatan tekanan intraabdomen memberikan predisposisi besar terjadinya hernia inguinalis pada pria.⁸ Dan apabila terjadi pengejanan pada aktivitas fisik maka proses pernapasan terhenti sementara menyebabkan diafragma berkontraksi sehingga meningkatkan kedalaman rongga torak, pada saat bersamaan juga diafragma dan otot-otot dinding perut dapat

meningkatkan tekanan intraabdomen sehingga terjadi dorongan isi perut dinding abdomen ke kanalis inguinalis.⁴ Pekerjaan dikategorikan atas kerja fisik dan kerja mental. Kerja fisik adalah kerja yang memerlukan energi fisik otot manusia sebagai sumber tenaganya, contohnya buruh, supir antar kota, atlet dan supir. Kerja mental adalah kerja yang memerlukan energi lebih sedikit dan cukup sulit mengukur kelelahannya, contohnya pegawai kantor dan guru.⁹

c. Batuk Kronis

Proses batuk terjadi didahului inspirasi maksimal, penutupan glotis, peningkatan tekanan intratoraks lalu glotis terbuka dan dibatukkan secara eksplosif untuk mengeluarkan benda asing yang ada pada saluran respiratorik. Inspirasi diperlukan untuk mendapatkan volume udara sebanyak-banyaknya sehingga terjadi peningkatan intratorakal. Selanjutnya terjadi penutupan glotis yang bertujuan mempertahankan volume paru pada saat tekanan intratorakal besar. Pada fase ini terjadi kontraksi otot ekspirasi karena pemendekan otot ekspirasi sehingga selain tekanan intratorakal yang meninggi, intraabdomen pun ikut tinggi.¹⁰ Apabila batuk berlangsung kronis maka terjadilah peningkatan tekanan intraabdominal yang dapat menyebabkan terbuka kembali kanalis inguinalis dan menimbulkan defek pada kanalis inguinalis sehingga timbulnya hernia inguinalis.

d. Obesitas

Obesitas merupakan kondisi ketidaknormalan atau kelebihan akumulasi lemak pada jaringan adiposa. Obesitas tidak hanya berupa kondisi dengan jumlah simpanan

kelebihan lemak, namun juga distribusi lemak di seluruh tubuh. Pada orang yang obesitas terjadi kelemahan pada dinding abdomen yang disebabkan dorongan dari lemak pada jaringan adiposa di dinding rongga perut sehingga menimbulkan kelemahan jaringan rongga dinding perut dan terjadi defek pada kanalis inguinalis.¹¹

Pada obesitas faktor risiko lebih besar apabila sering terjadi peningkatan intraabdomen, misalnya: mengejan, batuk kronis, dan kerja fisik.

9. Patofisiologi

Kanalis inguinalis adalah kanal yang normal pada fetus. Pada bulan ke-8 dari kehamilan, terjadinya desensus testikulorum melalui kanalis inguinalis. Penurunan testis itu akan menarik peritoneum ke daerah skrotum sehingga terjadi tonjolan peritoneum yang disebut dengan prosesus vaginalis peritonea. Bila bayi lahir umumnya prosesus ini telah mengalami obliterasi, sehingga isi rongga perut tidak dapat melalui kanalis tersebut. Tetapi dalam beberapa hal sering belum menutup, karena testis yang kiri turun terlebih dahulu dari yang kanan, maka kanalis inguinalis yang kanan lebih sering terbuka. Dalam keadaan normal, kanal yang terbuka ini akan menutup pada usia 2 bulan. Bila prosesus terbuka sebagian, maka akan timbul hidrokel. Bila kanal terbuka terus, karena prosesus tidak berobliterasi maka akan timbul hernia inguinalis lateralis kongenital. Biasanya hernia pada orang dewasa ini terjadi karena lanjut usia, karena pada umur yang tua otot dinding

rongga perut dapat melemah. Sejalan dengan bertambahnya umur, organ dan jaringan tubuh mengalami proses degenerasi. Pada orang tua kanalis tersebut telah menutup, namun karena daerah ini merupakan lokus minoris resistansi, maka pada keadaan yang menyebabkan tekanan intraabdominal meningkat seperti, batuk kronik, bersin yang kuat dan mengangkat barang-barang berat dan mengejan, maka kanal yang sudah tertutup dapat terbuka kembali dan timbul hernia inguinalis lateralis karena terdorongnya sesuatu jaringan tubuh dan keluar melalui defek tersebut. Akhirnya menekan dinding rongga yang telah melemas akibat trauma, hipertropi prostat, asites, kehamilan, obesitas, dan kelainan kongenital.⁵

10. Gambaran Klinis

Sebagian besar hernia inguinalis adalah asimtomatik, dan kebanyakan ditemukan pada pemeriksaan fisik rutin dengan palpasi benjolan pada annulus inguinalis superfisialis atau suatu kantong setinggi annulus inguinalis profundus.¹

Pada umumnya keluhan pada orang dewasa berupa benjolan di lipat paha yang timbul pada waktu mengedan. Batuk atau mengangkat benda berat, dan menghilang waktu istirahat baring. Pada bayi dan anak-anak adanya benjolan yang hilang timbul di lipat paha biasanya diketahui oleh orang tua. Jika hernia terjadi pada anak atau bayi, gejalanya terlihat anak sering gelisah, banyak menangis, dan kadang-kadang perut kembung, harus dipikirkan kemungkinan terjadi hernia strangulata. Pada inspeksi diperhatikan keadaan asimetri pada

kedua sisi lipat paha, skrotum atau labia dalam posisi berdiri dan berbaring. Pasien diminta mengedan atau batuk sehingga adanya benjolan atau keadaan asimetri dapat dilihat. Palpasi dilakukan dalam keadaan ada benjolan hernia, diraba konsistensinya dan dicoba mendorong apakah benjolan dapat direposisi. Setelah benjolan terereposisi dengan jari telunjuk atau jari kelingking pada anak-anak. Cincin hernia dapat diraba, dan berupa anulus inguinalis yang melebar.²

Gambaran klinis yang penting dalam penilaian hernia inguinalis meliputi tipe, penyebab, dan gambaran. Hernia inguinis *direct*, isi hernia tidak terkontrol oleh tekanan pada cincin internal, secara khas menyebabkan benjolan ke depan pada lipat paha, tidak turun ke dalam skrotum. Hernia inguinalis *indirect*, isi hernia dikontrol oleh tekanan yang melewati cincin internal, seringkali turun ke dalam skrotum.¹²

11. Penatalaksanaan H. Inguinalis

a. Prinsip Pengobatan *Operative* pada Hernia Inguinalis

Sebelum tindakan operasi pada pasien hernia, terlebih dahulu juga harus memperbaiki faktor yang memperburuk hernia (batuk kronis, obstruksi prostat, tumor kolon, ascites)¹³

b. Jenis-jenis Operasi pada Hernia Inguinalis

Tujuan dari semua perbaikan hernia adalah untuk menghilangkan kantong peritoneal (pada hernia

inguinalis indirek) dan untuk menutupi defek pada fasia di dinding inguinal. Perbaikan tradisional didekati jaringan asli menggunakan jahitan permanen.

a. Herniotomi

Herniotomi adalah tindakan membuka kantong hernia, memasukkan kembali isi kantong hernia ke rongga abdomen, serta mengikat dan memotong kantong hernia. Herniotomi dilakukan pada anak-anak dikarenakan penyebabnya adalah proses kongenital dimana prosesus vaginalis tidak menutup.²

b. Herniorafi

Herniorafi adalah membuang kantong hernia di sertai tindakan bedah plastik untuk memperkuat dinding perut bagian bawah di belakang kanalis inguinalis. Herniorafi dilakukan pada orang dewasa karena adanya kelemahan otot atau fasia dinding belakang abdomen.¹⁴

c. Hernioplasti

Hernioplasti adalah tindakan memperkecil anulus inguinalis internus dan memperkuat dinding belakang kanalis inguinalis.

12. Komplikasi

Komplikasi hernia bergantung pada keadaan yang dialami oleh isi hernia, isi hernia dapat tertahan dalam kantong hernia pada hernia reponibel.

Hal ini dapat terjadi kalau isi hernia terlalu besar, misalnya terdiri atas

omentum, organ ekstrapertoneal. Di sini tidak timbul gejala klinis kecuali berupa benjolan. Isi hernia dapat pula terjepit oleh cincin hernia sehingga terjadi hernia inkasera yang menimbulkan gejala obstruksi usus yang sederhana. Bila cincin hernia sempit, kurang elastis, atau lebih kaku seperti pada hernia femoralis dan hernia obturatoria, maka lebih sering terjadi jepitan parsial. Jarang terjadi inkaserasi retrograd, yaitu dua segmen usus terjepit didalam kantong hernia dan satu segmen lainnya berada dalam rongga peritoneum seperti huruf "W". Jepitan cincin hernia akan menyebabkan gangguan perfusi jaringan isi hernia. Pada permulaan, terjadi bendungan vena sehingga terjadi edema organ atau struktur di dalam hernia dan transudasi ke dalam kantong hernia. Timbulnya edema yang menyebabkan jepitan cincin hernia makin bertambah sehingga akhirnya peredaran darah jaringan terganggu (strangulasi). Isi hernia menjadi nekrosis dan kantong hernia akan berisi transudat berupa cairan serosanguinus. Apabila isi hernia terdiri atas usus, dapat terjadi perforasi yang akhirnya dapat menimbulkan abses lokal, fistel atau peritonitis jika terjadi hubungan dengan rongga perut.²

Daftar Pustaka

1. Sabiston D, C.2010. *Buku Ajar Bedah*. EGC. Jakarta. Indonesia.
2. Sjamsuhidajat, R. 2011. *Buku Ajar Ilmu Bedah*. EGC. Jakarta. Indonesia.
3. Erickson K, M. 2009. *Abdominal Hernias*. Emedicine Speciaties General Surgery Abdomen. U.S.A. (<http://emedicine.medscape.com/article/189563-overview#a0103> diakses tanggal 27 Oktober 2012).
4. Omar F dan Moffat D. 2004. *At Glance Anatomi*. Erlangga. Jakarta. Indonesia.
5. Mansjoer, A. 2000. *Kapita Selekta Kedokteran Edisi 3*. Media Aesculapius. Jakarta. Indonesia.
6. Snell R, S. 2006. *Anatomi Klinik*. EGC. Jakarta. Indonesia.
7. Schwartz. 2000. *Intisari Prinsip-Prinsip Ilmu Bedah*. EGC. Jakarta. Indonesia
8. Ruhl CE dan Everhart JE. 2007. *Risk Factor for Inguinal Hernia among Adults in The US Population*. America Journal Of Epidemiology. U.S.A. (<http://aje.oxfordjournals.org/content/165/10/1154.full>).
9. Nurmianto, E. 2008. *Ergonomi: Konsep Dasar dan Aplikasinya edisi 2*. Guna Widya. Surabaya. Indonesia.
10. Widdicombe, J. 2003. *Cough: Causes, Mechanism, and Theraphy*. Blackwell Publishing. Massachusetts. U.S.A.
11. WHO. 2000. *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*. Geneva.
12. Grace PA. dan Borley NR. 2006. *At Glance Ilmu Bedah*. Erlangga. Jakarta. Indonesia.
13. Doherty GM dan Way LW. 2006. *Current Surgical Diagnosis and Treatment, 12th edition*. McGraw-Hill. U.S.A
14. Muttaqin A dan Sari K. 2011. *Gangguan Gastrointestinal*. Salemba Medika. Jakarta. Indonesia.

15. Martono H dan Pranarka K. 2011. *Buku ajar Geriatri Ilmu Kesehatan Usia Lanjut*. FKUI. Jakarta. Indonesia.
16. Ashidoitiang J, A. dan Akinlolu O, O. 2012. *Risk Factors for Inguinal Hernia in Adult Male*. PubMed. Nigeria. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22676975>).
17. Svenden SW, Frost P dan Andersen JH. 2012. Risk and prognosis of inguinal hernia in relation occupational Mechanical Exposures-A systematic review of the epidemiologic evidence. *Scandinavian Journal of work*. Norway. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22643828>)