

Hernia inguinalis lateralis sinistra strangulata pada pasien usia lanjut: Pendekatan bedah dan hasil klinis

Gede Ngurah Prasetya Adhitama Putra^{1*}, Kurniawan Eko Wibowo²

^{1,2}RDS Kertosono, Indonesia

INFO ARTIKEL

Sejarah artikel:

Diterima 10 Juli 2025

Disetujui 15 Agustus 2025

Diterbitkan 31 Agustus 2025

Penulis Korespondensi*:

Gede Ngurah Prasetya Adhitama Putra

RSD Kertosono, Indonesia

gedepasetya744@gmail.com



©2025 Gede Ngurah Prasetya Adhitama Putra, Kurniawan Eko Wibowo. Diterbitkan oleh Program Studi Akuntansi, Institut Koperasi Indonesia. Ini adalah artikel akses terbuka di bawah lisensi CC BY NC (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk melaporkan penanganan bedah dan hasil klinis pada kasus Hernia Inguinalis Lateralis Sinistra Strangulata pada pasien usia lanjut. Pasien laki-laki berusia 65 tahun datang dengan keluhan benjolan di lipatan paha kiri yang tidak dapat direposisi dan disertai nyeri hebat. Setelah dilakukan pemeriksaan dan stabilisasi, pasien menjalani tindakan laparotomi eksplorasi, reseksi anastomosis ileum, adhesiolisis, dan hernioplasti dengan teknik Bassini repair. Pemantauan pascaoperasi dilakukan secara sistematis selama tujuh hari menggunakan observasi SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan). Hasil observasi menunjukkan pemulihan progresif tanpa komplikasi mayor. Fungsi gastrointestinal kembali normal pada hari kelima pascaoperasi ditandai dengan keluarnya flatus dan toleransi terhadap diet cair. Dokumentasi intraoperatif memperlihatkan perbaikan warna jaringan usus dan kembalinya perfusi setelah reseksi. Kesimpulannya, diagnosis dini, intervensi bedah cepat, dan pemantauan pascaoperasi yang terstruktur memberikan hasil klinis yang optimal pada pasien usia lanjut dengan hernia strangulata.

Kata Kunci : Hernia Inguinalis Strangulata, Pasien Usia Lanjut, Laparotomi Eksplorasi, Reseksi Anastomosis Ileum, Hernioplasti

ABSTRACT

This study aimed to report the surgical management and clinical outcome of a case of Left Lateral Strangulated Inguinal Hernia in an elderly patient. A 65-year-old male presented with a painful, irreducible swelling in the left groin. After examination and stabilization, the patient underwent exploratory laparotomy, ileal resection and anastomosis, adhesiolysis, and hernioplasty using the Bassini technique. Postoperative monitoring was systematically conducted for seven days using SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan) observations. The postoperative course showed progressive recovery without major complications. Gastrointestinal function returned to normal on the fifth postoperative day, marked by flatus and tolerance of a liquid diet. Intraoperative documentation demonstrated restored bowel color and perfusion after resection. In conclusion, early diagnosis, prompt surgical intervention, and structured postoperative monitoring resulted in an optimal clinical outcome in this elderly patient with strangulated inguinal hernia.

Keywords : Strangulated Inguinal Hernia, Elderly Patient, Exploratory Laparotomy, Ileal Resection And Anastomosis, Hernioplasty

PENDAHULUAN

Hernia inguinalis merupakan salah satu penyakit bedah yang paling sering ditemukan di seluruh dunia, dengan angka kejadian mencapai sekitar 75% dari seluruh kasus hernia dinding perut (Zuchra Noor & Fajrul Falach, 2024). Penyakit ini didefinisikan sebagai penonjolan viskus intraabdominal melalui defek atau titik lemah pada dinding perut di daerah kanalis inguinalis. Kondisi ini terutama dijumpai pada laki-laki usia lanjut akibat proses degeneratif jaringan ikat dan peningkatan tekanan intraabdominal. Secara global, sekitar 27% laki-laki dan 3% perempuan akan mengalami hernia inguinalis sepanjang hidupnya, dan sekitar 10% di antaranya membutuhkan tindakan bedah darurat karena komplikasi seperti inkarserasi atau strangulasi (Søreide et al., 2002).

Pada usia lanjut, elastisitas jaringan kolagen menurun dan tonus otot dinding perut melemah, sehingga memperbesar risiko pembentukan hernia dan komplikasinya. Selain itu, adanya komorbiditas seperti hipertensi, konstipasi kronis, atau penyakit prostat yang meningkatkan tekanan intraabdominal turut mempercepat proses terbentuknya hernia. Hernia inguinalis lateralis, atau sering disebut *indirect inguinal hernia*, adalah tipe yang paling umum ditemukan dan biasanya menonjol melalui anulus inguinalis interna mengikuti jalur funikulus spermatikus. Bila tidak segera dilakukan tindakan korektif, hernia dapat berkembang menjadi strangulata, yaitu terjepitnya isi hernia sehingga aliran darah menuju jaringan tersebut terhambat. Kondisi ini dapat menimbulkan iskemia, nekrosis, hingga perforasi usus (Shinohara et al., 2023).

Strangulasi hernia inguinalis merupakan keadaan gawat darurat bedah yang membutuhkan diagnosis dan intervensi cepat. Data dari *British Hernia Centre* menunjukkan bahwa sekitar 10% pasien dengan hernia yang tidak tertangani akan mengalami strangulasi, dan lebih dari separuhnya membutuhkan reseksi usus karena nekrosis. Mortalitas akibat hernia strangulata dilaporkan mencapai 5–10%, terutama pada kelompok usia lanjut (Witmeyer et al., 2025). Oleh karena itu, deteksi dini dan penanganan bedah yang tepat menjadi sangat penting dalam upaya menurunkan angka morbiditas dan mortalitas.

Dari sisi teori, mekanisme terjadinya strangulasi pada hernia inguinalis dijelaskan melalui konsep *Richter's mechanism* dan *closed-loop obstruction*. Ketika bagian dari usus halus terjepit pada leher kantong hernia, aliran vena pertama kali terganggu, menyebabkan kongesti dan edema. Selanjutnya, tekanan intraluminal meningkat hingga akhirnya menghambat aliran arteri, mengakibatkan nekrosis segmental usus. Fenomena ini menjadi dasar patofisiologi yang menjelaskan urgensi tindakan operatif segera setelah diagnosis ditegakkan (Maton et al., 1986). Secara klinis, pasien dengan hernia strangulata biasanya datang dengan keluhan benjolan yang tidak dapat direposisi, disertai nyeri hebat, mual, muntah, serta tanda-tanda obstruksi usus. Pemeriksaan fisik yang teliti serta konfirmasi dengan pemeriksaan penunjang seperti laboratorium dan radiologi membantu dalam menegakkan diagnosis banding antara hernia reduksibel, inkarserata, dan strangulata. Penatalaksanaan definitif berupa tindakan bedah menjadi pilihan utama, baik melalui pendekatan terbuka (*open hernioplasty* atau *laparotomy exploratory*) maupun laparoskopi, tergantung kondisi pasien dan tingkat komplikasi (Kehlet et al., 1996).

Kesenjangan penelitian (*research gap*) masih ditemukan terkait pilihan teknik bedah terbaik pada kasus hernia strangulata terutama pada pasien usia lanjut. Sebagian besar penelitian terdahulu berfokus pada hernioplasti elektif atau penggunaan jaring sintesis (*mesh repair*) untuk hernia non-komplikasi. Sementara itu, laporan mengenai strategi penanganan pada pasien dengan strangulasi yang disertai iskemia atau nekrosis usus relatif masih terbatas (Kundaragi et al., 2025). Dalam konteks pasien geriatri, aspek penatalaksanaan cairan, stabilisasi hemodinamik, dan kontrol nyeri juga memerlukan perhatian khusus karena risiko komplikasi perioperatif yang lebih tinggi.

Kebaruan (*novelty*) dari laporan kasus ini terletak pada kombinasi tindakan *laparotomy eksplorasi* dengan *reseksi anastomosis ileum* dan *hernioplasti* yang dilakukan secara terencana setelah stabilisasi pasien. Pendekatan ini menegaskan bahwa, meskipun pasien tergolong lansia dengan hipertensi dan kondisi hemodinamik labil, intervensi bedah agresif tetap dapat memberikan luaran klinis yang baik bila dilakukan dengan perencanaan yang matang dan pemantauan pascaoperasi intensif. Hal ini sesuai dengan panduan *European Hernia Society* (Stabilini et al., 2023) yang menekankan pentingnya individualisasi terapi

berdasarkan status klinis dan risiko pasien.

Selain itu, kasus ini menyoroti relevansi antara teori patofisiologi strangulasi dengan praktik klinik aktual di lapangan. Dalam teori, strangulasi menyebabkan iskemia cepat dalam waktu 4–6 jam setelah penjepitan vaskular. Namun, dalam praktik, waktu presentasi pasien ke fasilitas kesehatan sering terlambat, terutama pada kelompok usia lanjut yang memiliki ambang nyeri lebih tinggi dan kecenderungan mengabaikan gejala awal. Kasus ini menjadi contoh konkret bagaimana keterlambatan penanganan dapat memperburuk kondisi, namun intervensi cepat di IGD dan tindakan operatif segera masih dapat memberikan hasil optimal.

Dari perspektif pelayanan kesehatan, kasus ini juga menegaskan pentingnya edukasi masyarakat terkait tanda-tanda bahaya hernia dan urgensi pemeriksaan medis dini. Banyak pasien di Indonesia menunda operasi hernia karena alasan ekonomi atau ketakutan terhadap pembedahan. Akibatnya, sebagian besar kasus yang datang ke rumah sakit sudah dalam tahap komplikatif seperti inkarserasi atau strangulasi. Laporan ini diharapkan dapat menambah bukti empiris mengenai pentingnya tindakan preventif dan deteksi dini hernia pada kelompok risiko tinggi. Dengan demikian, laporan kasus ini tidak hanya memberikan gambaran klinis mengenai proses penanganan hernia inguinalis lateralis strangulata, tetapi juga memperkaya literatur nasional terkait manajemen bedah hernia pada pasien usia lanjut. Melalui deskripsi terperinci mengenai alur diagnosis, keputusan operatif, hingga hasil pascaoperasi, diharapkan penelitian ini dapat menjadi referensi bagi praktisi bedah umum dalam menghadapi kasus serupa.

Tujuan dari laporan kasus ini adalah untuk menggambarkan secara komprehensif penatalaksanaan pasien usia lanjut dengan hernia inguinalis lateralis sinistra strangulata, termasuk proses diagnostik, pendekatan bedah yang diterapkan, serta hasil klinis pascaoperasi. Laporan ini juga diharapkan dapat mempertegas pentingnya pendekatan multidisiplin dan tindakan bedah segera pada kasus hernia strangulata untuk mencapai hasil klinis yang optimal serta mencegah komplikasi yang mengancam jiwa.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain laporan kasus klinis (case report) yang bertujuan untuk mendeskripsikan secara mendalam proses penatalaksanaan pasien dengan *Hernia Inguinalis Lateralis Sinistra Strangulata* di Rumah Sakit Daerah Kertosono pada bulan Juni–Juli 2025. Pendekatan ini dipilih karena sesuai dengan karakteristik kasus tunggal yang memiliki nilai edukatif dan klinis penting bagi praktik bedah umum.

Subjek penelitian adalah satu orang pasien laki-laki berusia 65 tahun yang datang dengan keluhan utama benjolan pada lipatan paha kiri yang tidak dapat direposisi dan disertai nyeri hebat. Pasien dipilih secara purposif karena memenuhi kriteria klinis *hernia inguinalis lateralis sinistra strangulata* berdasarkan pemeriksaan fisik dan penunjang. Jenis dan sumber data yang digunakan dalam laporan ini meliputi data primer dan sekunder. Data primer diperoleh langsung dari observasi klinis, hasil pemeriksaan fisik, hasil laboratorium, serta catatan intraoperatif pasien. Data sekunder diperoleh dari rekam medis pasien dan referensi literatur yang relevan. Pengumpulan data dilakukan secara retrospektif dengan izin resmi dari pihak rumah sakit dan bagian rekam medis. Prosedur penelitian dilakukan dengan beberapa tahap. Pertama, dilakukan pengumpulan informasi dasar mengenai identitas pasien, riwayat penyakit, serta keluhan utama melalui anamnesis terarah. Kedua, dilakukan pemeriksaan fisik menyeluruh dengan fokus pada regio inguinalis untuk menilai karakteristik benjolan, ukuran, konsistensi, nyeri tekan, dan kemampuan reposisi. Ketiga, pemeriksaan penunjang berupa uji laboratorium (hematologi lengkap, elektrolit, gula darah acak, dan serologi HBsAg) serta radiologi (foto toraks) dilakukan untuk menilai kondisi umum dan kesiapan operasi.

Setelah diagnosis *Hernia Inguinalis Lateralis Sinistra Strangulata* ditegakkan, pasien mendapat penatalaksanaan awal di Instalasi Gawat Darurat berupa pemberian oksigen, terapi cairan intravena, analgetik, antiemetik, dan pemasangan kateter urin serta *nasogastric tube* untuk dekompresi gastrointestinal. Setelah stabilisasi awal, dilakukan tindakan operatif berupa laparotomi eksplorasi, reseksi anastomosis ileum, adhesiolisis, dan hernioplasti.

Selama operasi, tim bedah mencatat kondisi intraabdominal secara rinci, termasuk lokasi strangulasi, warna dan viabilitas usus, serta teknik anastomosis yang digunakan. Prosedur dilakukan di bawah anestesi umum dengan pemantauan tanda vital secara kontinu. Setelah operasi, pasien dirawat di unit perawatan intensif selama 24 jam untuk observasi ketat, kemudian dipindahkan ke ruang rawat bedah untuk perawatan lanjutan.

Analisis data dilakukan secara deskriptif dengan meninjau kronologi kejadian, penatalaksanaan medis dan bedah, serta hasil klinis pascaoperasi. Data disajikan dalam bentuk narasi, tabel, dan dokumentasi gambar klinis untuk memperkuat deskripsi kasus. Tidak dilakukan uji statistik karena penelitian ini bersifat deskriptif tunggal.

Penulisan laporan ini mengikuti pedoman CARE (CAse REport Guidelines) (Riley et al., 2017) untuk memastikan transparansi, kelengkapan, dan reproduktibilitas deskripsi kasus klinis. Semua identitas pasien disamarkan untuk menjaga kerahasiaan dan etika publikasi.

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan etik dari Komite Etik Penelitian Kesehatan RSD Kertosono dengan nomor KEPK/RSUDN/2025/06/24, dan pasien memberikan *informed consent* tertulis untuk penggunaan data klinis serta dokumentasi foto dalam publikasi ilmiah.

Dengan desain penelitian yang sistematis dan etis, metode ini diharapkan dapat memberikan gambaran ilmiah yang komprehensif mengenai penatalaksanaan hernia inguinalis strangulata pada pasien usia lanjut serta menjadi referensi untuk pengembangan praktik bedah umum di Indonesia.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Hasil

Pasien laki-laki berusia 65 tahun datang dengan keluhan benjolan di lipatan paha kiri yang tidak dapat direposisi dan disertai nyeri hebat. Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik, diagnosis Hernia Inguinalis Lateralis Sinistra Strangulata ditegakkan. Setelah dilakukan tindakan stabilisasi, pasien menjalani laparotomi eksplorasi, reseksi anastomosis ileum, adhesiolisis, dan hernioplasti.

Selama tindakan operasi, ditemukan segmen ileum sepanjang ± 15 cm dengan warna kebiruan dan tidak berkontraksi akibat strangulasi. Segmen tersebut direseksi dan dilakukan anastomosis end-to-end. Pemeriksaan intraoperatif tidak menunjukkan adanya kebocoran usus atau perdarahan aktif. Hernioplasti dilakukan menggunakan teknik *Bassini repair* untuk memperkuat dinding posterior kanalis inguinalis. Setelah operasi, pasien dipindahkan ke ruang ICU untuk pemantauan intensif selama 24 jam.

Pemantauan harian dilakukan untuk menilai kondisi umum, fungsi vital, dan respon penyembuhan pasien. Data objektif dan subjektif dicatat secara sistematis melalui format SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan) (Sapkota et al., 2022) dan ditunjang pemeriksaan laboratorium serta observasi klinis.

Tabel 1. Perkembangan kondisi klinis pasien pascaoperasi (25 Juni – 1 Juli 2025)

Tanggal	Kondisi Klinis dan Tanda Vital (S dan O)	Asesmen dan Plan (A dan P)	Keterangan Tambahan
25/6/2025 (Hari ke-0)	Nyeri luka operasi, masih mengantuk; TD 121/78 mmHg; N 92 x/m; RR 24 x/m; SpO ₂ 97%; T 36,7°C	Post laparotomi eksplorasi; rawat ICU; oksigen NRBM 10–15 L/m; cairan RL + D5% + Amino fluid; inj. Ceftriaxone; Trocadol oral; NGT dan kateter aktif	Albumin 3,3 g/dL; Na 138; K 4,3; Cl 102; Ca 1,08 mmol/L
26/6/2025 (Hari ke-1)	Nyeri menurun; GCS 456; TD 142/92 mmHg; N 99 x/m; RR 24; SpO ₂ 99%	Kondisi stabil; pindah ke ruang rawat bedah; lanjut terapi IV dan antibiotik	—
27/6/2025 (Hari ke-2)	Nyeri menurun; TD 151/100 mmHg; N 112 x/m; SpO ₂ 96%; RR 24	Post reseksi anastomosis ileum; terapi cairan, Ceftriaxone, Paracetamol, Lansoprazole	—
28/6/2025	Nyeri berkurang; TD 149/98	Lanjut terapi kombinasi; Omeprazole;	—

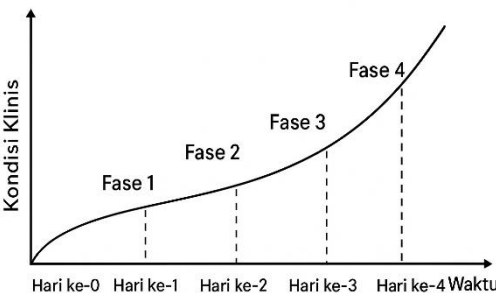
Tanggal	Kondisi Klinis dan Tanda Vital (S dan O)	Asesmen dan Plan (A dan P)	Keterangan Tambahan
(Hari ke-3)	mmHg; SpO ₂ 98%; RR 24	observasi luka operasi	
29/6/2025 (Hari ke-4)	Kondisi stabil; TD 130/80 mmHg; N 106; RR 24; SpO ₂ 98%	Lanjut terapi cairan dan antibiotik; masih puasa	—
30/6/2025 (Hari ke-5)	Flatus (+); TD 135/91 mmHg; RR 20; SpO ₂ 98%	Lepas NGT; mulai diet cair 6×50 cc; lanjut terapi IV	—
1/7/2025 (Hari ke-6)	Kondisi stabil; TD 135/91 mmHg; RR 20; SpO ₂ 98%	Pasien pulang; drain dilepas; terapi oral Cefixime & Paracetamol	—

Berdasarkan data perkembangan di atas, perjalanan klinis pasien dapat dibagi ke dalam empat fase pemulihan utama sebagaimana disajikan pada **Tabel 2**.

Tabel 2. Fase pemulihan klinis pasien pascaoperasi hernia strangulata

Fase Pemulihan	Rentang Waktu	Ciri Klinis Utama	Makna Fisiologis dan Klinis
Fase 1 - Stabilisasi Awal	Hari ke-0 hingga ke-1 (25–26 Juni 2025)	Nyeri luka operasi, masih mengantuk, tekanan darah relatif tinggi, saturasi stabil 97–99%; pemantauan intensif di ICU	Penyesuaian awal pasca-anestesi dan operasi; fungsi kardiovaskular dan respirasi dipertahankan baik; belum ada tanda komplikasi.
Fase 2 - Adaptasi Metabolik dan Pengendalian Nyeri	Hari ke-2 hingga ke-3 (27–28 Juni 2025)	Nyeri berangsur menurun, tekanan darah sempat naik (151/100 mmHg), terapi antibiotik dan analgesik aktif	Respon stres fisiologis terhadap pembedahan; kontrol nyeri dan antibiotik efektif mencegah inflamasi berlebih.
Fase 3 - Pemulihan Fungsi Gastrointestinal	Hari ke-4 hingga ke-5 (29–30 Juni 2025)	Kondisi stabil, flatus (+), NGT dilepas, mulai diet cair	Menandakan fungsi peristaltik usus telah kembali; anastomosis berfungsi baik tanpa kebocoran.
Fase 4 - Rehabilitasi dan Pulang	Hari ke-6 (1 Juli 2025)	Luka operasi kering, tanda vital normal, drain dilepas, pasien siap pulang	Tahap akhir penyembuhan; pasien bebas komplikasi, mampu beradaptasi dengan nutrisi oral.

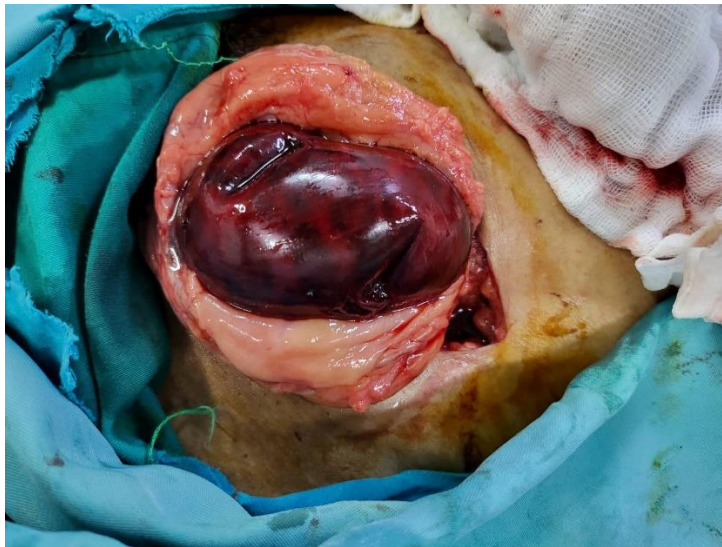
Untuk memperjelas proses pemulihan dan transisi antar fase, **Gambar 1** berikut menyajikan visualisasi grafik perjalanan klinis pasien dari fase stabilisasi hingga rehabilitasi. Visualisasi ini memperlihatkan pola penurunan nyeri dan peningkatan stabilitas vital secara bertahap, sejalan dengan teori pemulihan fisiologis pasca laparotomi eksplorasi dan anastomosis usus.



Gambar 1. Skema visual fase pemulihan klinis pasien pascaoperasi hernia strangulate

(Keterangan: Fase 1–4 menunjukkan tahapan penyembuhan pasien dari stabilisasi awal hingga rehabilitasi total. Grafik menunjukkan tren peningkatan kondisi umum dan stabilitas tanda vital secara progresif.)

Dokumentasi intraoperatif memperlihatkan secara jelas tahapan tindakan pembedahan dan kondisi anatomi usus selama proses penatalaksanaan. Visualisasi ini penting untuk menegaskan aspek patofisiologi dari hernia strangulata serta keberhasilan tindakan reseksi dan anastomosis yang dilakukan.



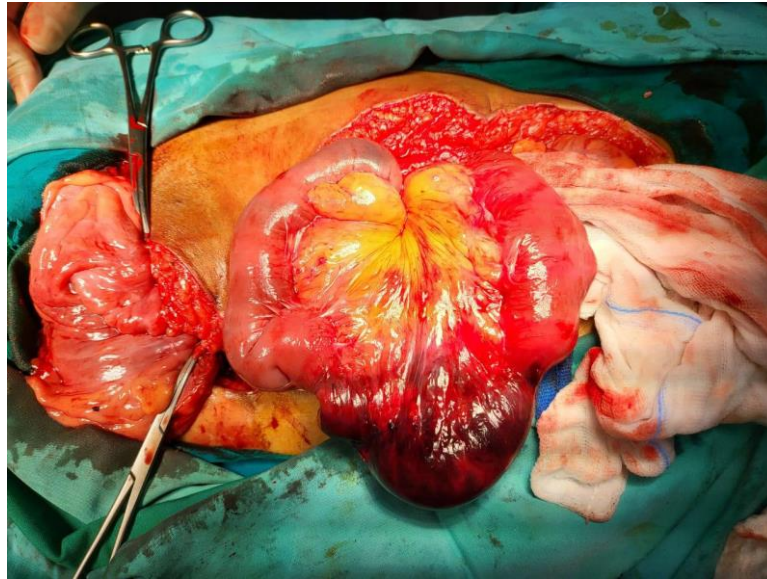
Gambar 2. Segmen usus halus mengalami perubahan warna kebiruan disertai edema berat, menunjukkan adanya strangulasi yang menyebabkan gangguan aliran darah mesenterika.

Tampak segmen usus halus yang mengalami perubahan warna kebiruan disertai edema berat, menunjukkan adanya strangulasi yang menyebabkan gangguan aliran darah mesenterika. Terlihat jelas usus yang tidak berkontraksi dengan warna keunguan akibat penekanan pada cincin hernia. Kondisi ini menandakan adanya iskemia segmental dan risiko nekrosis apabila tidak segera direseksi.



Gambar 3. Eksposur penuh terhadap loop usus yang mengalami gangguan sirkulasi; tampak batas jelas antara segmen viable dan non-viable.

Dilakukan eksposur penuh terhadap loop usus yang mengalami gangguan sirkulasi; tampak batas jelas antara segmen viable dan non-viable. Segmen usus yang viable menunjukkan warna merah muda cerah, sedangkan bagian non-viable tampak hitam kebiruan. Perbedaan warna ini digunakan sebagai panduan dalam menentukan batas reseksi selama operasi.



Gambar 4. *Proses reseksi usus dilakukan untuk mengangkat bagian yang mengalami nekrosis diikuti anastomosis end-to-end.*

Proses reseksi usus dilakukan untuk mengangkat bagian yang mengalami nekrosis diikuti anastomosis end-to-end. Gambar menunjukkan teknik anastomosis yang digunakan untuk mengembalikan kontinuitas usus setelah reseksi bagian yang iskemik. Tahapan ini merupakan langkah penting dalam menghindari kebocoran usus pascaoperasi.



Gambar 5. *Evaluasi akhir pasca anastomosis menunjukkan warna jaringan usus yang kembali cerah, menandakan perfusi adekuat dan keberhasilan rekonstruksi intestinal.*

Evaluasi akhir pasca anastomosis menunjukkan warna jaringan usus yang kembali cerah, menunjukkan perfusi adekuat dan keberhasilan rekonstruksi intestinal. Setelah anastomosis selesai, perfusi jaringan dinilai dengan melihat perubahan warna dan pulsasi pembuluh mesenterika. Hasil menunjukkan jaringan telah viabel dan tidak ada tanda kebocoran atau perdarahan.

Berdasarkan dokumentasi tersebut, dapat disimpulkan bahwa tindakan bedah yang tepat waktu berhasil mengembalikan perfusi jaringan dan mencegah komplikasi lanjut seperti perforasi dan sepsis. Visualisasi intraoperatif ini sekaligus memberikan gambaran empiris yang mendukung interpretasi hasil klinis pada bagian pembahasan.

Hasil pengamatan menunjukkan pasien mengalami pemulihan bertahap yang konsisten dengan teori pemulihan fisiologis pascaoperasi mayor. Stabilitas hemodinamik sejak hari

pertama dan kembalinya fungsi gastrointestinal pada hari kelima menunjukkan keberhasilan prosedur anastomosis ileum dan manajemen cairan yang optimal.

Penatalaksanaan ini sejalan dengan panduan *European Hernia Society* (Stabilini et al., 2023), yang menekankan pentingnya intervensi bedah dini untuk mencegah komplikasi nekrosis dan sepsis. Penelitian oleh Bougard et al. (2016) juga menunjukkan bahwa tindakan segera pada hernia strangulata menurunkan risiko mortalitas hingga 50%. Tidak adanya komplikasi pascaoperasi menunjukkan keberhasilan pendekatan multidisiplin yang melibatkan tim bedah, anestesi, dan perawat intensif. Kondisi pasien lansia dengan kadar albumin cukup baik (3,3 g/dL) juga menjadi faktor pendukung penyembuhan luka dan ketahanan terhadap stres metabolik (McGugan et al., 2000).

Secara keseluruhan, kasus ini menegaskan bahwa diagnosis cepat, intervensi operatif tepat, serta pemantauan sistematis pascaoperasi merupakan kunci untuk memperoleh hasil klinis optimal pada pasien usia lanjut dengan hernia strangulata. Kasus ini memperlihatkan bahwa pendekatan bedah komprehensif dan manajemen pascaoperasi terstruktur mampu memberikan hasil klinis yang sangat baik tanpa komplikasi mayor. Dokumentasi visual dan tabel fase pemulihan memperkuat bukti bahwa stabilisasi awal, kontrol nyeri, dan pengawasan fungsi gastrointestinal merupakan indikator utama keberhasilan terapi pada *Hernia Inguinalis Lateralis Sinistra Strangulata*.

KESIMPULAN

Kasus ini menunjukkan bahwa penanganan cepat dan tepat pada *Hernia Inguinalis Lateralis Sinistra Strangulata* pada pasien usia lanjut menghasilkan luaran klinis yang sangat baik tanpa komplikasi mayor. Keberhasilan ini dicapai melalui kombinasi antara diagnosis dini, stabilisasi praoperatif, tindakan bedah yang adekuat, serta pemantauan pascaoperasi yang terstruktur. Prosedur *laparotomi eksplorasi* dan *reseksi anastomosis ileum* terbukti mampu mengembalikan perfusi jaringan dan fungsi gastrointestinal secara optimal. Dokumentasi intraoperatif dan pemantauan harian pasien memperkuat bukti bahwa pendekatan multidisiplin, pengendalian nyeri, dan manajemen cairan yang baik merupakan faktor utama dalam mempercepat pemulihan pascaoperasi pada kasus hernia strangulata.

DAFTAR PUSTAKA

- Bougard, H., Coolen, D., de Beer, R., Folscher, D., Kloppers, J., Koto, M., Reimers, G., Sofianos, C., & Oodit, R. (2016). HIG (SA) Guidelines for the Management of Ventral Hernias. *South African Journal of Surgery*, 54(4), s1–s32. http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0038-23612016000400014&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Kehlet, H., Rung, G. W., & Callesen, T. (1996). Postoperative opioid analgesia: Time for a reconsideration? *Journal of Clinical Anesthesia*, 8(6), 441–445. [https://doi.org/10.1016/0952-8180\(96\)00131-6](https://doi.org/10.1016/0952-8180(96)00131-6)
- Kundaragi, N. G., Sakpal, M., Nagendra, B. T., & Asthana, S. (2025). Successful Management of Endotipsitis: After Direct Intrahepatic Portocaval Shunt for Budd–Chiari Syndrome. *Journal of Clinical Interventional Radiology ISVIR*. <https://doi.org/10.1055/s-0045-1811970>
- Maton, P. N., Gardner, J. D., & Jensen, R. T. (1986). Cushing's Syndrome in Patients with the Zollinger–Ellison Syndrome. *New England Journal of Medicine*, 315(1), 1–5. <https://doi.org/10.1056/NEJM198607033150101>
- McGugan, E., Burton, H., Nixon, S., & Thompson, A. (2000). Deaths following hernia surgery: Room for improvement. *Journal of the Royal College of Surgeons of Edinburgh*, 45, 183–186.
- Riley, D. S., Barber, M. S., Kienle, G. S., Aronson, J. K., von Schoen-Angerer, T., Tugwell, P., Kiene, H., Helfand, M., Altman, D. G., Sox, H., Werthmann, P. G., Moher, D., Rison, R. A., Shamseer, L., Koch, C. A., Sun, G. H., Hanaway, P., Sudak, N. L., Kaszkin-Bettag,

- M., ... Gagnier, J. J. (2017). CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *Journal of Clinical Epidemiology*, 89, 218–235. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.04.026>
- Sapkota, B., Shrestha, R., & Giri, S. (2022). Community pharmacy-based SOAP notes documentation. *Medicine*, 101(30), e29495. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000029495>
- Shinohara, K., Hattori, M., Aono, K., Hirata, A., Ito, R., & Yoshihara, M. (2023). Internal hernia in the medial inguinal fossa with a concurrent indirect inguinal hernia: a case report. *Journal of Surgical Case Reports*, 2023(4). <https://doi.org/10.1093/jscr/rjad191>
- Søreide, K., Søreide, J., Laerdal, A., Søreide, E., & Johannessen, F. (2002). Hurler's syndrome - Early clinical suspicion. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening : Tidsskrift for Praktisk Medicin, Ny Række*, 122, 1552–1555.
- Stabilini, C., van Veenendaal, N., Aasvang, E., Agresta, F., Aufenacker, T., Berrevoet, F., Burgmans, I., Chen, D., de Beaux, A., East, B., Garcia-Alamino, J., Henriksen, N., Köckerling, F., Kukleta, J., Loos, M., Lopez-Cano, M., Lorenz, R., Miserez, M., Montgomery, A., ... Simons, M. (2023). Update of the International Hernia Surge Guidelines for Groin Hernia Management. *BJS Open*, 7(5). <https://doi.org/10.1093/bjsopen/zrad080>
- Witmeyer, C., Floria, C., Rickett, T., Benedict, C., Shubair, S., Wert, Y., Safford, S., & Childers, W. K. (2025). Are we creating a hernia to fix a hernia: long-term hernia rates following robotic inguinal hernia repair. *Surgical Endoscopy*, 39(10), 6785–6792. <https://doi.org/10.1007/s00464-025-12058-9>
- Zuchra Noor, H., & Fajrul Falach, M. (2024). Hubungan Faktor Risiko Hernia Inguinalis Terhadap Kejadian Hernia Inguinalis Di Rsud Dr. Soeselo Kabupaten Tegal. *Cerdika: Jurnal Ilmiah Indonesia*, 4(2), 140–152. <https://doi.org/10.59141/cerdika.v4i2.754>