

TATALAKSANA RUPTUR PERINEUM DERAJAT IV DENGAN KOMPLIKASI FISTULA REKTOVAGINA PASCA PERSALINAN PERVAGINAM: LAPORAN KASUS

Michelle Meanda Elgracia¹, Umy Dian Adhita¹, Alisya Shafa Trisnawan¹,
Sindy Arum Hapsari¹, Ailya Tefanya Vijaya¹, Dian Ardiana^{2*}, Mita
Herdiyantini³

¹Program Studi Kedokteran, Fakultas Kedokteran, Universitas Hang Tuah

²Departemen Kulit dan Kelamin, Fakultas Kedokteran, Universitas Hang Tuah

³Departemen Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Hang Tuah

[*Email Korespondensi: dian.ardiana@hangtuah.ac.id]

Abstract: Case Report: Management of Fourth-Degree Perineal Rupture Complicated by Postpartum Rectovaginal Fistula Following Vaginal Delivery.

Perineal rupture is a common complication of vaginal delivery. If not managed appropriately, it may lead to serious complications such as rectovaginal fistula, pelvic floor dysfunction, and fecal incontinence. This case report describes a 24-year-old female patient treated at Dr. Ramelan Naval Hospital, Surabaya, with a fourth-degree perineal rupture complicated by a rectovaginal fistula. The patient underwent immediate perineal and rectal reconstruction; however, postoperative complications in the form of a rectovaginal fistula and fecal incontinence developed, necessitating planned secondary reconstructive surgery. Management included prophylactic antibiotic therapy, layered suturing techniques, and close monitoring during hospitalization and follow-up. Postoperative follow-up revealed no functional or structural complaints. The wound demonstrated satisfactory healing, with no signs of infection or active fistula. This case highlights the importance of early diagnosis, appropriate surgical repair techniques, and long-term follow-up to prevent and effectively manage complications.

Keywords: Perineal Rupture, Fourth Degree, Rectovaginal Fistula, Obstetrics, Management, Case Study.

Abstrak: Tatalaksana Ruptur Perineum Derajat Iv Dengan Komplikasi Fistula Rektovagina Pasca Persalinan Pervaginam: Laporan Kasus.

Ruptur perineum merupakan komplikasi umum yang terjadi selama persalinan pervaginam. Jika tidak ditangani dengan baik, kondisi ini dapat menyebabkan komplikasi serius seperti fistula rektovagina, disfungsi dasar panggul, dan inkontinensia feses. Studi kasus ini melaporkan kasus seorang pasien wanita berusia 24 tahun yang dirawat di Rumah Sakit Angkatan Laut Dr. Ramelan, Surabaya, dengan ruptur perineum derajat IV disertai komplikasi fistula rektovagina. Pasien menjalani rekonstruksi perineum dan rektum secara segera, namun mengalami komplikasi fistula rektovagina dan inkontinensia feses pada periode pascaoperasi sehingga direncanakan tindakan rekonstruksi lanjutan. Penatalaksanaan meliputi pemberian antibiotik profilaksis, teknik penjahitan berlapis, serta pemantauan ketat selama perawatan dan tindak lanjut. Pada follow-up pascaoperasi ditemukan pasien tidak memiliki keluhan fungsional maupun struktural. Luka tampak baik dan tidak terdapat tanda infeksi atau fistula aktif. Kasus ini menegaskan pentingnya diagnosis dini, teknik reparasi yang adekuat, serta pemantauan jangka panjang untuk mencegah dan menangani komplikasi secara optimal.

Kata Kunci : Ruptur perineum, Derajat IV, Fistula rektovagina, Obstetri, Penatalaksanaan, Studi kasus.

PENDAHULUAN

Persalinan merupakan kondisi fisiologis yang akan dialami oleh setiap

wanita dan hal yang paling dinantikan oleh ibu hamil dan keluarganya. Proses persalinan sangat rentan terhadap

terjadinya komplikasi yang dapat membahayakan ibu maupun bayi dan merupakan salah satu penyebab kematian ibu. Persalinan dapat menimbulkan trauma fisik dan psikis akibat robekan atau rupture perineum yang dapat terjadi secara spontan maupun dengan tindakan episiotomi (Yulinda & Utami, 2023). Pada pasca persalinan dapat terjadi berbagai macam komplikasi seperti perdarahan karena atonia uteri, retensio plasenta, dan ruptur perineum (Kau et al., 2023).

Ruptur perineum merupakan robekan pada jaringan perineum yang dapat terjadi secara spontan maupun akibat intervensi medis seperti penggunaan alat bantu persalinan (Hardiyanti et al., 2022). Perineum adalah area berbentuk menyerupai belah ketupat yang terletak di bagian bawah otot dasar panggul (levator ani), di antara bagian dalam kedua paha, dan berada di depan tulang ekor serta tulang sakrum (DeLancey, 2016). Kondisi ini paling sering ditemukan pada ibu primipara selama proses persalinan dan mencakup berbagai derajat kerusakan pada struktur genitalia wanita. Ruptur anterior melibatkan dinding anterior vagina, uretra, klitoris, dan labia, sedangkan ruptur posterior mencakup dinding posterior vagina, otot-otot perineum, badan perineum, sfingter ani eksternus dan internus, serta anus (Hardiyanti et al., 2022).

Secara anatomi, ruptur pada vagina dan vulva umumnya bersifat superfisial dan tidak memerlukan tindakan perbaikan. Namun, ruptur pada perineum dapat melibatkan struktur yang lebih dalam sehingga memerlukan klasifikasi untuk menentukan tingkat keparahannya. Klasifikasi Sultan merupakan sistem yang paling banyak digunakan oleh tenaga medis, membagi ruptur perineum menjadi empat derajat. Derajat pertama mencakup robekan superfisial pada mukosa vagina hingga kulit perineum. Derajat kedua melibatkan mukosa vagina dan otot-otot perineum. Derajat ketiga mencakup kerusakan seperti pada derajat kedua serta disertai keterlibatan sfingter ani eksternus, yang dibagi menjadi tiga

subkategori: tipe A (<50% sfingter ani eksternus robek), tipe B (>50%), dan tipe C (melibatkan sfingter ani eksternus dan internus). Derajat keempat merupakan bentuk ruptur paling parah, melibatkan seluruh kompleks sfingter ani hingga mencapai mukosa anorektal (Ramar, Vadakekut, & Grimes, 2025).

Insiden robekan perineum pada persalinan pervaginam dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk kondisi ibu, lingkungan tempat persalinan, serta teknik dan praktik tenaga kesehatan yang membantu proses persalinan. Diperkirakan sebanyak 53–79% ibu yang melahirkan secara pervaginam mengalami laserasi jalan lahir, yang umumnya berupa laserasi derajat I dan derajat II (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2018). Di wilayah Asia, sekitar 50% ibu bersalin mengalami ruptur perineum (Misrina et al., 2022). Perdarahan pascapersalinan menjadi penyebab utama AKI, dengan ruptur perineum sebagai salah satu faktor risiko yang paling sering ditemukan (Sari, Amdadi, & Hidayati, 2022). Pada tahun 2019, tercatat 4.221 kasus kematian ibu di Indonesia, di mana perdarahan merupakan penyebab tertinggi dengan jumlah 1.280 kasus. Ruptur perineum tercatat terjadi pada 83% ibu yang menjalani persalinan pervaginam pada tahun 2020, dengan total 3.791 kasus. Dari jumlah tersebut, sebanyak 63% memerlukan penjahitan perineum, terdiri atas 42% akibat episiotomi dan 38% akibat ruptur spontan (Mar'atussaliha et al., 2024).

Ruptur jalan lahir, khususnya pada perineum, dapat menimbulkan komplikasi berupa perdarahan, peningkatan kedalaman robekan, rasa nyeri yang signifikan pada masa nifas awal, serta peningkatan risiko infeksi. Kondisi ini sering terjadi pada persalinan yang berlangsung terlalu cepat, terutama ketika kepala janin lahir secara mendadak, penatalaksanaan persalinan kurang optimal, adanya jaringan parut pada perineum, maupun distosia bahu (Nurhayati et al., 2023). Beberapa faktor risiko yang berkontribusi terhadap meningkatnya kejadian ruptur perineum antara lain adalah status primigravida,

berat badan lahir bayi lebih dari 3.500 gram, diameter kepala janin lebih dari 35 cm, distosia bahu, posisi mencejan yang tidak tepat, serta tindakan episiotomi dengan bantuan instrumen (Mughtar et al., 2023). Menurut Damayanti et al. dalam penelitian oleh Tahir et. Al (2022) membagi faktor risiko dan penyebab perlukaan jalan lahir menjadi faktor maternal dan faktor janin. Faktor maternal meliputi partus presipitatus, tidak mampu berhenti mencejan, partus yang diselesaikan secara tergesa-gesa, edema dan kerapuhan perineum, varikosis perineum dan arcus pubis sempit. Faktor janin meliputi bayi yang besar, posisi kepala abnormal, kelahiran bokong, ekstraksi forceps, dystorsia bahu dan anomali congenital (Tahir et al., 2022).

Ruptur perineum memerlukan identifikasi yang cepat serta penatalaksanaan yang tepat pada saat persalinan. Persalinan pervaginam berisiko tinggi menimbulkan ruptur perineum, baik yang terjadi secara spontan maupun akibat tindakan seperti episiotomi. Jika episiotomi dilakukan terlambat, laserasi perineum mungkin tidak akan dicegah (Cunningham et al., 2017). Sebagian besar kasus ruptur merupakan derajat satu dan dua, yang dapat ditangani dengan tindakan penjahitan sederhana. Namun, ruptur berat seperti cedera pada sfingter ani obstetrik dapat menimbulkan komplikasi jangka panjang yang signifikan, termasuk disfungsi dasar panggul dan inkontinensia.

Meskipun berbagai kasus ruptur perineum berat telah banyak dilaporkan, kejadian ruptur perineum derajat IV pada ibu multipara masih relatif jarang dibandingkan pada primipara. Pelaporan kasus mengenai karakteristik klinis, faktor risiko, penegakan diagnosis, serta tata laksana ruptur perineum, terutama di Indonesia, masih perlu ditingkatkan. Selain itu, variasi derajat ruptur dan penatalaksanaan yang diberikan dapat memengaruhi kondisi klinis pasien, sehingga diperlukan laporan kasus yang dapat memberikan gambaran mengenai

penanganan ruptur perineum secara tepat dan komprehensif.

Laporan kasus ini bertujuan untuk memaparkan karakteristik klinis, faktor risiko, proses diagnosis, serta penatalaksanaan pada pasien dengan ruptur perineum, sehingga dapat menjadi bahan pembelajaran dan menambah pemahaman mengenai penanganan ruptur perineum dalam praktik klinis.

LAPORAN KASUS

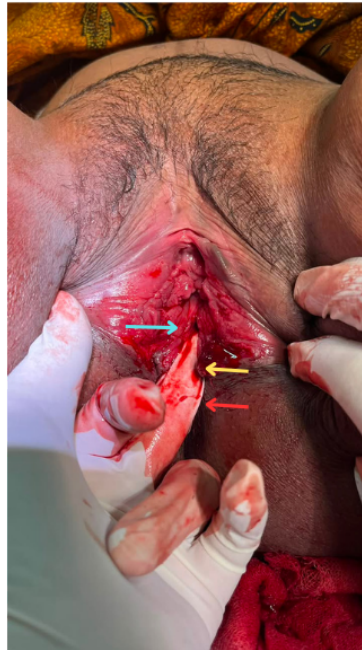
Seorang pasien perempuan berusia 24 tahun datang ke IGD dengan keluhan utama perdarahan dan nyeri hebat di daerah jalan lahir hingga anus, disertai ruptur dari vagina ke anus. Pasien diketahui baru saja menjalani persalinan anak ketiganya secara pervaginam. Riwayat persalinan sebelumnya terdiri dari dua persalinan pervaginam di dua Rumah Sakit yang berbeda, masing-masing dengan berat bayi 1.900 gram (meninggal usia 10 bulan) dan 3.300 gram (dengan episiotomi), serta persalinan ketiga di Puskesmas dengan bayi seberat 3.700 gram. Riwayat menstruasi tidak pasti, dengan HPHT yang diingat sekitar 14 April 2024 dan HPL 21 Januari 2025. Pemeriksaan ANC dilakukan secara rutin di Puskesmas maupun rumah sakit.

Pada pemeriksaan fisik, pasien dalam keadaan cukup, compos mentis (GCS 456), dengan berat badan 71 kg, tinggi badan 159 cm, dan IMT 28,1 kg/m² (overweight). Tanda vital stabil dengan tekanan darah 118/72 mmHg, denyut nadi 89 kali/menit, laju napas 20 kali/menit, suhu aksila 36,5°C, dan saturasi oksigen 97% dalam udara ruangan. Status generalis menunjukkan tidak ada tanda anemia, ikterus, atau sianosis. Pemeriksaan leher, jantung, paru, abdomen, dan ekstremitas dalam batas normal, dengan CRT <2 detik, akral hangat, kering, dan merah pada kedua ekstremitas atas dan bawah, tidak ditemukan edema pada kedua ekstremitas atas dan bawah.

Pada inspeksi vulva dan vagina tampak vulnus laceratum pada regio perineum dengan ukuran sekitar 5 x 1,5 cm. Pemeriksaan *vaginal touche*

menunjukkan adanya robekan pada vagina (*vulnus laceratum*), ruptur hymen positif, dengan labia mayor dan labia minor tampak dalam batas normal. Terlihat perdarahan aktif yang disertai bekuan darah. Serviks tampak dengan permukaan licin dan konsistensi lunak. Uterus teraba dengan tinggi fundus dua jari di bawah pusat dan kontraksi dalam

batas normal. Adneksa kanan dan kiri tidak teraba, serta kavum douglas tidak menunjukkan penonjolan. Pada pemeriksaan *rectal touche*, ditemukan penurunan tonus sfingter ani, dengan ruptur sfingter ani eksternus dan internus yang meluas hingga mengenai mukosa rektum, mengindikasikan ruptur perineum derajat IV.



Gambar 1. Hasil Pemeriksaan Ginekologi

Panah biru : orificium vagina, panah kuning : perineum, panah merah : orificium ani
Terdapat komunikasi langsung dari orificium vagina dengan orificium ani yang menandakan terjadinya ruptur perineum derajat 4.

Pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan laboratorium darah lengkap dan hemostasis dilakukan pada

tanggal 3 Januari 2025 dengan hasil sebagai berikut:

Tabel 1. Pemeriksaan Laboratorium Darah Lengkap

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Leukosit	20,37	$10^3/\mu\text{L}$	4,00 - 10,00
Eosinofil	0,00	%	0,5 - 5,0
Basofil	0,1	%	0,0 - 1,0
Neutrofil	90,20	%	50,0 - 70,0
Limfosit	5,20	%	20,0 - 40,0
Monosit	4,50	%	3,0 - 12,0
Hemoglobin	10,50	g/dL	12 - 15
Hematokrit	33,00	%	37,0 - 47,0

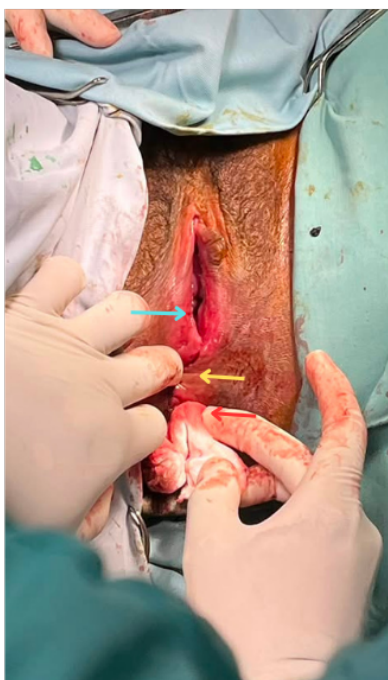
Eritrosit	4,42	10 ⁶ /μL	3,50 - 5,00
MCV	74,5	fmol/cell	80 - 100
MCH	23,8	pg	26 - 34
MCHC	31,9	g/dL	32 - 36
Trombosit	189,00	10 ³ /μL	150 - 450
MPV	10,9	fl	6,5 - 12,0
PDW	16,7	%	15-17
PCT	0,21	10 ³ /μL	1,108 - 0,282

Tabel 2. Pemeriksaan Laboratorium Hemostasis

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
PT	15,1	Detik	11 - 15
APTT	34,5	Detik	26,0 - 40,0
INR	1,07	Detik	1,00 - 2,00

Pasien didiagnosis post partum pervaginam tiga jam dengan ruptur perineum derajat IV. Pasien direncanakan untuk menjalani tindakan bedah perbaikan perineum pada hari yang sama. Sebelum operasi, pasien dirawat inap untuk menerima antibiotik profilaksis secara intravena dan dilakukan persiapan area pembedahan dengan desinfeksi menggunakan povidon iodine 10%. Operasi dijadwalkan secara CITO pada malam hari, dengan tindakan perbaikan vagina dan rektum menggunakan benang P85 *T-Plain Catgut Plain* 2-0, 90 cm *Tapercut*, 1/2 circle, 35 mm sebanyak dua buah. Selama operasi, ditemukan adanya ruptur dinding vagina, ruptur total

sfincter ani, dan ruptur total rektum, di mana vagina menembus hingga ke rektum. Pascaoperasi, pasien diberikan terapi suportif berupa puasa dan cairan infus Ringer Laktat:Dextrose 5% (rasio 2:3), injeksi ketorolak 3x1 ampul, sefoperazon 2x1 gram IV, metronidazol 3x500 mg IV, metoklopramid 3x1 vial, serta sirup laktulosa 3x1 sendok takar selama tujuh hari. Selama perawatan, pasien dipantau tanda vital, keluhan, dan kemungkinan perdarahan. Pada hari pertama pascaoperasi, kondisi pasien menunjukkan perbaikan, sehingga dipulangkan dan dijadwalkan untuk kunjungan kontrol satu minggu setelah keluar dari rumah sakit.



Gambar 2. Hasil Operasi Perbaikan Perineum Pasien

Panah biru : orificium vagina, panah kuning : perineum, panah merah : orificium ani
Hasil operasi setelah perbaikan perineum.

Pasien menjalani observasi pascaoperasi rekonstruksi perineum secara bertahap dengan kondisi umum stabil dan perbaikan progresif. Pada hari pertama pascaoperasi (4 Januari 2025), kondisi pasien baik tanpa keluhan, dengan tanda vital dalam batas normal dan luka operasi tampak baik tanpa perdarahan. Hari kedua, nyeri pada area jahitan berkurang, mobilisasi dan intake nutrisi membaik, serta pasien direncanakan untuk lepas kateter dan pulang keesokan harinya.

Pada kunjungan lanjutan tanggal 16 dan 23 Januari 2025, pasien mengeluhkan tidak dapat menahan buang air besar. Pemeriksaan menunjukkan tidak adanya kontraksi sfingter ani dan teridentifikasi fistula rektovagina. Diagnosis pasien saat itu adalah ruptur perineum derajat IV disertai fistula rektovagina, dan dijadwalkan untuk operasi perbaikan tiga bulan kemudian.

Pada kontrol tanggal 10, 17, dan 20 April 2025, kondisi umum tetap stabil dengan tidak ada kontaminasi tinja ke vagina, meskipun masih ditemukan

defek mukosa vagina berdiameter 0,5 cm yang berhubungan dengan rektum. Pemeriksaan *rectal toucher* menunjukkan kontraksi dan tonus sfingter ani baik, dengan kesan integritas struktur yang terjaga. Pasien dirawat inap pada 17 April untuk persiapan operasi. Pada tanggal 21 April, dilakukan tindakan rekonstruksi ulang perineum. Pasien menunjukkan respons baik pascaoperasi, dengan keluhan minimal dan luka operasi dalam kondisi baik. Pasien dipantau produksi urin, diberikan analgesik dan suplemen lambung, serta diarahkan lepas kateter dan tampon. Pada tanggal 22 dan 30 April 2025, kondisi pasien tetap stabil tanpa keluhan bermakna. Luka operasi tampak baik dan tidak ada tanda infeksi atau perdarahan. Pasien diberikan edukasi perawatan lanjutan, dianjurkan kontrol rutin, dan telah dipulangkan dalam kondisi stabil. Laporan kasus ini telah memperoleh persetujuan dari pasien untuk publikasi data klinis dan dokumentasi yang digunakan dalam penulisan artikel. Identitas pasien dijaga kerahasiaannya dengan tidak

mencantumkan informasi yang dapat mengungkap identitas pribadi. Dokumentasi klinis yang digunakan, termasuk foto genital pasien, telah mendapatkan *informed consent* tertulis dari pasien untuk keperluan publikasi ilmiah. Pasien telah diberikan penjelasan mengenai tujuan publikasi, manfaat, serta upaya perlindungan privasi yang dilakukan oleh penulis. Dengan demikian, prinsip kerahasiaan, otonomi pasien, dan etika publikasi medis telah dipenuhi dalam penyusunan laporan kasus ini.

PEMBAHASAN

Pasien dalam laporan kasus ini adalah seorang perempuan berusia 24 tahun, multigravida, yang dirujuk dari sebuah rumah sakit di Surabaya pada tanggal 3 Januari 2025 setelah menjalani persalinan pervaginam di Puskesmas. Bayi laki-laki dengan berat lahir 3.700 gram dilahirkan dalam kondisi hidup tanpa dilakukan episiotomi. Segera pasca persalinan ditemukan perdarahan aktif dari jalan lahir disertai nyeri hebat dari vagina hingga anus. Usia gestasi 38 minggu 4 hari mengklasifikasikan persalinan ini sebagai cukup bulan (aterm).

Ruptur perineum derajat IV pada kasus ini merupakan hasil konvergensi beberapa faktor risiko yang saling memperkuat. Berdasarkan klasifikasi Sultan, ruptur derajat IV didefinisikan sebagai robekan yang melibatkan sfingter ani eksternus, sfingter ani internus, dan mukosa rektum secara bersamaan. Diagnosis ini dikonfirmasi melalui pemeriksaan rektal dan temuan intraoperatif pada kasus ini (Schmidt & Fenner, 2024).

Berat lahir 3.700 gram merupakan faktor mekanis paling langsung yang berkontribusi terhadap robekan perineum berat pada kasus ini. Studi kohort ambispektif besar oleh Barca et al. (2021) terhadap 33.026 pasien membuktikan bahwa berat lahir ≥ 3.500 gram secara signifikan meningkatkan risiko robekan derajat III-IV (OR = 1,97; $p < 0,05$), dengan risiko meningkat lebih lanjut pada berat ≥ 4.000 gram (OR = 2,17). Temuan ini

menegaskan bahwa berat bayi 3.700 gram pada kasus ini berada dalam zona risiko tinggi. Hal ini dikuatkan oleh Tahawy et al. (2022) yang secara spesifik mengidentifikasi berat janin ≥ 3.700 gram sebagai faktor risiko independen untuk robekan derajat III-IV (3,2% vs. 1%; $p = 0,02$).

Persalinan kedua pasien disertai episiotomi dan penjahitan, yang meninggalkan jaringan parut fibrosis pada perineum dan mengurangi elastisitas jaringan secara lokal. Akibatnya, tekanan ekspulsi dari bayi yang lebih besar (3.700 gram versus 3.300 gram sebelumnya) membuat jaringan tersebut lebih rentan mengalami ruptur berat. Bergström et al. (2020) dalam studi prospektif POPRACT-cohort mengkonfirmasi bahwa riwayat trauma perineum sebelumnya merupakan faktor predisposisi pada persalinan berikutnya.

Keputusan untuk tidak melakukan episiotomi pada persalinan ini perlu dievaluasi secara kritis, mengingat episiotomi selektif tetap diindikasikan pada situasi berisiko tinggi seperti jaringan parut perineum dan bayi besar. Okeahialam et al. (2023) menyatakan bahwa episiotomi medio-lateral pada sudut $\sim 60^\circ$ terbukti secara signifikan mengurangi risiko OASI (*Obstetric Anal Sphincter Injury*). Mascarello et al. (2024) dalam review sembilan guideline nasional juga mengkonfirmasi bahwa episiotomi selektif berbasis risiko merupakan intervensi pencegahan yang krusial. Tanpa episiotomi pada perineum dengan bayi 3.700 gram, seluruh tekanan ekspulsi ditanggung oleh jaringan yang telah berkurang elastisitasnya sehingga robekan meluas hingga derajat IV.

Persalinan di Puskesmas tanpa tenaga spesialis obstetri dan ginekologi membatasi penilaian risiko ruptur secara komprehensif intrapartum dan kemampuan perbaikan ruptur derajat IV secara definitif. Guideline DGGG/OEGGG/SGGG (2023) menekankan bahwa perbaikan perineum harus dilakukan di ruang operasi oleh tenaga terlatih — kondisi yang umumnya tidak tersedia di fasilitas primer. Dendini

et al. (2024) membuktikan bahwa minimnya pengalaman tenaga kesehatan menjadi prediktor independen komplikasi perineum berat. Hal ini menjelaskan mengapa pasien akhirnya harus dirujuk dalam kondisi perdarahan aktif.

Hasil inspeksi vulva/vagina menunjukkan vulnus laceratum regio perineum berukuran 5×1,5 cm dengan perdarahan aktif. Pemeriksaan *rectal touche* mengkonfirmasi ruptur total sfingter ani eksternus dan internus hingga mengenai mukosa rektum, sesuai derajat IV menurut klasifikasi Sultan. Pemeriksaan rektal rutin pasca persalinan direkomendasikan luas karena meningkatkan akurasi deteksi ruptur perineum. Bueno-Murillo et al. (2024) menegaskan bahwa keterlambatan diagnosis pada cedera rektal obstetri dikaitkan dengan klinik yang jauh lebih buruk. Schmidt & Fenner (2024) melaporkan bahwa pemeriksaan klinis oleh tenaga kompeten memiliki akurasi setara ultrasonografi endoanal. Pasien menjalani operasi emergensi rekonstruksi perineum pada malam yang sama dengan antibiotik profilaksis dan desinfeksi povidon iodine. Tatalaksana pascaoperasi meliputi cairan intravena, antibiotik, analgetik, antiemetik, serta pencahar oral selama 7 hari. Terdapat beberapa catatan penting terkait kesesuaian dengan guideline internasional terkini, khususnya pada pilihan material jahitan dan durasi pencahar.

Perbaikan menggunakan benang Plain Catgut 2-0 tidak sesuai rekomendasi internasional. Mascarello et al. (2024) melaporkan konsensus bahwa perbaikan mukosa anorektal seharusnya menggunakan polyglactin 3-0, sementara plain catgut memiliki resorpsi terlalu cepat (7-10 hari) dibanding kebutuhan penyembuhan mukosa rektal (4-6 minggu). Guideline DGGG/OEGGG/SGGG (2023) merekomendasikan benang absorpsi lambat ukuran 2/0 untuk sfingter dan polyglactin 3/0 untuk mukosa anorektal. Teknik penjahitan sfingter juga tidak terdokumentasi secara eksplisit, Mascarello et al. (2024) mewajibkan

pencatatan lengkap struktur, metode, dan material jahitan pada setiap kasus OASI.

Pemberian pencahar selama 7 hari berada di bawah rekomendasi RCOG Green-top Guideline No. 29 yang menganjurkan laksatif osmotik selama 10-14 hari. Durasi yang lebih pendek meningkatkan risiko konstipasi dini dan tekanan intraluminal rektum berlebih. Tekanan ini dapat mengganggu koaptasi jahitan mukosa rektal sebelum penyembuhan tercapai (Schmidt & Fenner, 2024).

Pada hari ke-12 pasca operasi, pasien mengeluhkan inkontinensia alvi dengan tidak adanya kontraksi sfingter ani pada pemeriksaan *rectal touche*. Pada hari ke-19, ditemukan defek mukosa vagina 2 cm yang berkomunikasi dengan mukosa anus, mengkonfirmasi terbentuknya fistula rektovagina (FRV). Diagnosis ini sesuai klasifikasi Maeda sebagai FRV tipe sederhana: lokasi rendah, ukuran kecil, etiologi trauma obstetri. Terbentuknya FRV pada kasus ini dapat dijelaskan melalui empat mekanisme patofisiologis utama. Pertama, cedera rektal transmural berat menciptakan kerusakan struktural luas pada dinding rektum bagian bawah. Suzuki (2024) melaporkan bahwa dari 61 kasus ruptur derajat IV, sebanyak 5 kasus (8,2%) berkembang menjadi FRV dalam 2-3 minggu akibat perbaikan mukosa anorektal yang tidak sempurna. Bila perbaikan primer gagal mencapai penutupan anatomi hermetis, celah mikroskopik yang tersisa menjadi titik awal saluran fistula.

Kedua, infeksi luka pasca operasi akibat kontaminasi feces dapat merusak pembentukan kolagen dan melemahkan daya ikat jahitan. Cassandra et al. (2024) melaporkan bahwa sekitar 20% wanita dengan OASI mengalami infeksi luka dalam 6 minggu post partum, yang langsung meningkatkan risiko FRV. Ohara et al. (2021) mendokumentasikan kasus fistula rektoperineum yang diawali infeksi luka operasi (SSI), menegaskan SSI sebagai prekursor utama pembentukan fistula. Ketiga, dehisensi jahitan dapat terjadi akibat Plain Catgut

yang resorpsinya cepat sebelum penyembuhan mukosa rektal tercapai. Schmidt & Fenner (2024) melaporkan angka dehisensi luka sebesar 35% pada kasus OASI, sebagian besar berkaitan dengan kegagalan teknik atau material jahitan. Dehisensi yang terjadi sebelum epitelisasi mukosa rektal lengkap secara langsung membuka saluran komunikasi antara rektum dan vagina.

Keempat, tekanan intraluminal rektum dari peristaltis dan defekasi pasca operasi melawan proses penyembuhan luka. Bueno-Murillo et al. (2024) menegaskan bahwa tekanan mekanis feses selama pemulihan awal meningkatkan risiko infeksi, dehisensi, dan FRV pada cedera rektal obstetri. Durasi pencahar yang kurang adekuat pada kasus ini (7 hari vs. rekomendasi 10–14 hari) berpotensi memperburuk mekanisme tersebut. RCOG Green-top Guideline No. 29 merekomendasikan polyglactin 3-0 untuk mukosa anorektal dan polyglactin 2-0 atau PDS 3-0 untuk sfingter, dengan laksatif osmotik 10–14 hari. Follow-up pertama dianjurkan pada 6–12 minggu pasca operasi oleh klinisi berkompeten. Pada kasus ini, antibiotik profilaksis sudah terpenuhi, namun pilihan benang dan durasi pencahar belum sepenuhnya sesuai.

Guideline DGGG/OEGGG/SGGG (2023) menekankan bahwa SC elektif harus ditawarkan pada perempuan dengan riwayat ruptur derajat III/IV pada persalinan berikutnya, terutama bila ada gejala inkontinensia atau dugaan makrosomia. Panduan ini juga menegaskan teknik "*hands-on*" selama kala dua serta dokumentasi lengkap prosedur operasi. Mascarello et al. (2024) dalam review sembilan guideline nasional mengkonfirmasi konsensus global: klasifikasi Sultan sebagai standar universal, polyglactin 3-0 sebagai bahan jahitan pilihan, teknik overlap atau end-to-end untuk EAS dengan hasil setara, dan antibiotik perioperatif wajib. Kasus ini memenuhi beberapa rekomendasi seperti antibiotik dan rekonstruksi berlapis, namun belum optimal pada material jahitan dan durasi pencahar.

Pada April 2025, tonus sfingter ani ditemukan normal dengan defek

mukosa vagina 0,5 cm yang masih berhubungan dengan rektum. Rekonstruksi ulang dilakukan pada 21 April 2025 dengan persiapan pre-operatif komprehensif. Waktu intervensi ini sesuai rekomendasi Schmidt & Fenner (2024) yang menganjurkan penundaan perbaikan FRV minimal 3 bulan pasca-operasi primer. Santoso et al. (2021) mendokumentasikan kasus serupa yang berhasil ditatalaksana, menegaskan pentingnya identifikasi anatomis dan teknik bedah yang tepat.

Pada follow-up 30 April 2025, pasien tidak memiliki keluhan fungsional maupun struktural dan luka tampak baik tanpa tanda infeksi atau fistula aktif. Luaran ini mencerminkan kapabilitas klinis yang memadai di fasilitas rujukan. Namun, perjalanan klinis yang panjang dari ruptur primer hingga rekonstruksi ulang menegaskan pentingnya pencegahan sejak fase persalinan di fasilitas primer. Ruptur perineum derajat IV merupakan hasil akumulasi faktor risiko yang dapat diidentifikasi sejak fase antenatal, meliputi berat janin, riwayat episiotomi, dan kondisi jaringan perineum. FRV sebagai komplikasi menggarisbawahi bahwa kualitas perbaikan primer secara langsung menentukan luaran jangka panjang. Kasus ini menekankan kebutuhan peningkatan kompetensi penolong persalinan di fasilitas primer serta ketersediaan jalur rujukan yang cepat untuk kasus ruptur berat (Okeahialam et al., 2023; Mascarello et al., 2024).

KESIMPULAN

Kasus ini melaporkan seorang perempuan usia 24 tahun dengan ruptur perineum derajat IV dengan komplikasi fistula rektovagina setelah menjalani persalinan per vaginam. Diagnosis ditegakkan melalui anamnesis, pemeriksaan ginekologi, dan rektal yang komprehensif. Penatalaksanaan dilakukan melalui tindakan pembedahan rekonstruksi perineum secara bertahap, diikuti dengan pemantauan pascaoperasi yang ketat untuk menilai perkembangan luka dan mendeteksi komplikasi lebih lanjut.

Ruptur perineum, khususnya derajat III dan IV, merupakan bentuk cedera obstetrik yang serius dengan risiko komplikasi jangka panjang seperti disfungsi dasar panggul, inkontinensia fekal, dan fistula rektovagina. Manifestasi klinis utama berupa perdarahan pervaginam yang masif, nyeri hebat, serta defek anatomis yang melibatkan sfingter ani dan mukosa rektum. Diagnosis yang akurat bergantung pada evaluasi klinis menyeluruh, termasuk inspeksi perineum dan pemeriksaan rektal, yang terbukti meningkatkan deteksi cedera sfingter secara signifikan.

Penanganan ruptur perineum derajat berat memerlukan intervensi bedah segera, penggunaan teknik jahitan yang sesuai, serta pemberian antibiotik profilaksis. Monitoring postoperatif berperan penting dalam mendeteksi komplikasi seperti fistula dan menentukan keberhasilan terapi. Oleh karena itu, pemeriksaan rektal secara rutin pascapersalinan per vaginam perlu menjadi bagian dari standar evaluasi klinis untuk mencegah keterlambatan diagnosis dan terapi. Kegiatan edukasi mengenai perawatan luka, kontrol berkala, serta tindak lanjut multidisipliner juga menjadi aspek penting dalam meningkatkan luaran klinis pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Andriani, L. S., Suryani, L., & Eva Santi, H. (2023). The relationship of episiotomy to perineal tears in labor women. *International Journal of Public Health Excellence (IJPHE)*, 3(1), 80–85. <https://doi.org/10.55299/ijphe.v3i1.412>.
- Barca, J. A., Bravo, C., Pintado-Recarte, M. P., Cueto-Hernández, I., Ruiz-Labarta, J., Cuñarro, Y., Buján, J., Alvarez-Mon, M., Ortega, M. A., & De León-Luis, J. A. (2021). Risk factors in third and fourth degree perineal tears in women in a tertiary centre: An observational ambispective cohort study. *Journal of Personalized Medicine*, 11(8), 685. <https://doi.org/10.3390/jpm11080685>
- Bergström, C., Persson, M., Moberg, J., & Lindqvist, M. (2020). Risk factors for perineal and vaginal tears in primiparous women – the prospective POPRACT-cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20, 749. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03447-0>
- Bueno-Murillo, A., [et al.]. (2024). Obstetric rectal buttonhole tear: Case series, literature review, and management recommendations. *PMC/International Journal*. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12661959/>
- Cassandra N. Ramar, [et al.]. (2024). Perineal lacerations. In *StatPearls [Internet]*. National Library of Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559068/> (Updated August 11, 2024)
- Cunningham, G., Leveno, K. J., Dashe, J. S., Hoffman, B., Spong, C. Y., & Casey, B. M. (2017). Maternal anatomy and physiology. In *Williams Obstetrics* (26th ed., pp. 12–29, 549). McGraw-Hill Education.
- DeLancey, J. O. L. (2016). Urogenital system. In S. Standring (Ed.), *Gray's Anatomy: The anatomical basis of clinical practice* (41st ed., pp. 1234–1250). Elsevier.
- Dendini, [et al.]. (2024). Retrospective case-control study of extended birth perineal tears and risk factors. *Cureus*, 16(3), e57132. <https://doi.org/10.7759/cureus.57132>
- Guideline DGGG/OEGGG/SGGG. (2023). Management of third and fourth-degree perineal tears after vaginal birth (S2k-Level, AWMF Registry No. 015/079, December 2020). *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 307, 1291–1304. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10155200/>
- Hardiyanti, R., Islamy, N., & Sayuti, M. (2022). Ruptur perineum grade 3A post trauma: Laporan kasus.

- Jurnal Ilmu Medis Indonesia*, 2(1), 11–24.
<https://doi.org/10.35912/jimi.v2i1.742>.
- Hasanah, N., Rostianingsih, D., & Lumban Siantar, R. (2024). Hubungan berat badan lahir bayi dengan kejadian ruptur perineum pada ibu bersalin normal di Puskesmas Pejuang. *Malahayati Nursing Journal*, 6(11), 4541–4550.
<https://doi.org/10.33024/mnj.v6i11.14261>.
- Hukubun, Y., Budiono, D. I., & Kurniawati, E. M. (2021). The relationship between age, parity, and birth weight with the degree of perineal rupture in RSUD Jayapura. *Indonesian Midwifery and Health Sciences Journal*, 5(1), 103–115.
- Jayanti, K., Pujiati, Ambariani, & Damayanti, R. (2023). Jumlah paritas serta hubungannya terhadap kejadian ruptura perineum pada saat persalinan fisiologis. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 2(7).
- Kau, M., Harismayanti, H., & Retni, A. (2023). Analisis faktor risiko kejadian ruptur perineum pada ibu inpartu kala II di RSIA Sitti Khadidjah Kota Gorontalo. *Termometer: Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan dan Kedokteran*, 1(2), 73–79.
<https://doi.org/10.55606/termometer.v1i2.1292>.
- Maeda, K., Wada, N., & Shida, A. (2023). Treatment of rectovaginal fistula. *Journal of the Anus, Rectum and Colon*, 7(2), 52–62.
<https://doi.org/10.23922/jarc.2023-007>.
- Mar'atussaliha, N., Nurdalifah, N., Nata, S. A., & Hibridayanti. (2024). Gambaran faktor-faktor penyebab ruptur perineum pada persalinan normal di RSUD Batara Siang Kab. Pangkep tahun 2023. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*, 19, 2302–2531.
- Mascarello, K. C., [et al.]. (2024). Clinical practices in the management and follow-up of obstetric anal sphincter injuries: A comprehensive review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 301, 98–106.
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2024.00536>
- Misrina, & Silvia. (2022). The relationship of parity and newborn birth weight with perineal rupture in mothers in normal maternity. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 8(1), 2615–109.
- Muchtar, A. S., Handayani, T., & Novianti, I. (2023). Manajemen asuhan kebidanan intrapartum Ny "E" dengan ruptur perineum tingkat II. *Jurnal Midwifery*, 5(2), 149–158.
<https://doi.org/10.24252/jmw.v5i2.40169>.
- Nurhayati, D., Lail, N. H., & Aulya, Y. (2023). Analisis faktor-faktor kejadian ruptur perineum pada ibu bersalin di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Sobang. *Malahayati Nursing Journal*, 5(6), 1876–1892.
<https://doi.org/10.33024/mnj.v5i6.9651>.
- Ohara, Y., Enomoto, T., Owada, Y., Hisakura, K., Akashi, Y., Ogawa, K., Doi, M., Takahashi, K., Shimomura, O., Furuya, K., Kim, J., Hashimoto, S., Ohara, R., Obata-Yasuoka, M., Hamada, H., & Oda, T. (2021). Rectoperineal fistula presented 5 months after repair of severe obstetric perineal laceration: A case report. *Frontiers in Surgery*, 8, 637719.
<https://doi.org/10.3389/fsurg.2021.637719>
- Okeahialam, N. A., Taithongchai, A., Thakar, R., & Sultan, A. H. (2023). The prevention of perineal trauma during vaginal birth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 228(5), 561–574.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.06.021>
- Rahmawati, M. A. (2023). Pengaruh berat badan bayi baru lahir dengan kejadian ruptur perineum pada persalinan normal di TPMB Eni

- Musfirotun. *Indonesian Journal of Health Development*, 5(1), 17–23.
- Ramar, C. N., Vadakekut, E. S., & Grimes, W. R. (2025). Perineal lacerations. *StatPearls*. <http://europepmc.org/books/NBK559068>.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). (2015). The management of third- and fourth-degree perineal tears. Green-top Guideline No. 29. RCOG Press. <https://www.rcog.org.uk/media/5jeb5hzu/gtg-29.pdf>
- Santoso, B. I., Tunggadewi, S. A., & Sari, Y. M. (2021). Rectovaginal fistulae in post repair chronic perineal rupture. *Indonesian Journal of Obstetrics and Gynecology*, 9(4), 255–260. <https://doi.org/10.32771/inajog.v9i4.1562>
- Sari, N., Amdadi, Z. A., & Hidayati. (2022). Pengaruh senam hamil dengan kejadian ruptur perineum. *Jurnal Inovasi Penelitian*, 2(11), 3787–3794.
- Schmidt, P. C., & Fenner, D. E. (2024). Repair of episiotomy and obstetrical perineal lacerations. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 230(3), S1005–S1013. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.07.005>.
- Solekah, U., Mariyam, M., & Rahayu, N. (2021). Faktor-faktor yang berhubungan dengan tindakan episiotomi. *Journal of Midwifery and Nursing Studies*, 1(1), 1–10.
- Suzuki, S. (2024). Risk factors for intrapartum anorectal mucosal lacerations and rectovaginal fistula: A retrospective comparative study. *JMA Journal*, 7(2), 269–273. <https://doi.org/10.31662/jmaj.2023-0131>
- Tahawy, M., [et al.]. (2022). Vacuum-assisted delivery complication rates based on ultrasound-estimated fetal weight. *Journal of Clinical Medicine*, 11(7), 1843. <https://doi.org/10.3390/jcm11071843>
- Tahir, S., Hasnah, A., & Masykuriah. (2022). Pengaruh umur dan paritas terhadap kejadian ruptur perineum spontan. *Journal of Pharmaceutical and Health Research*, 3(3), 59–64. <https://doi.org/10.47065/jharma.v3i3.3049>.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). *Clinical Management Guidelines for Obstetrician – Gynecologists Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery*. 132(165), 87–102.
- Tuma, F., McKeown, D. G., & Al-Wahab, Z. (2023). Rectovaginal fistula. *NIH*, 18(1), 69–78. <https://doi.org/10.1053/j.scrs.2006.12.011>.
- Ulya, Y., Herlina, S. M., & Yunika, R. P. (2024). Identification of perineal rupture characteristics. *Jurnal Kebidanan Malahayati*, 10(11), 1105–1110. DOI 10.33024, <http://ejournalmalahayati.ac.id/index.php/kebidanan>
- Yulinda, D., & Utami, N. (2023). Kegsel mengurangi risiko ruptur perineum pada persalinan. *Jurnal Promotif Preventif*, 6(1), 75–80. <https://doi.org/10.47650/jpp.v6i1.695>.