



Kembar Siam (*Dicephalus Parapagus Dibrachius*)

Primadella Fegita, Roza Sri Yanti

*Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas/
RSUP Dr. M. Djamil, Padang*

Abstrak

Pendahuluan: Kembar siam merupakan salah satu bentuk kecacatan kongenital yang cukup menyita perhatian dunia medis. Sekitar 75 % dari kembar siam adalah wanita dan 70% dari kembar siam itu berdempet di dada (*thorachophagus*) atau abdomen (*omphalophagus*). Kembar siam dapat dibagi menjadi 2 kategori besar, yaitu kembar siam simetris dan kembar siam asimetris. Semakin lama pemisahan secara embriologi berlangsung, semakin rumit kembar siam yang akan terjadi.

Laporan Kasus: Seorang pasien wanita, umur 31 tahun, masuk KR Kebidanan RSUP M.Djamil Padang tanggal 28 Agustus 2017 jam 11.00 WIB kiriman poliklinik Fetomaternal dengan diagnosis G4P3A0H3 gravid 31-32 minggu + Conjoined Twins (*Dicephalus Parapagus Dibrachius*) + Polihidramnion.

Kesimpulan: Kehamilan multifetus merupakan kehamilan resiko tinggi karena akan meningkatkan morbiditas dan mortalitas maternal dan perinatal. Pada kasus kehamilan multifetus dengan kembar siam/conjoined twins, penatalaksanaan multidisiplin dengan melibatkan departemen-departemen yang terkait perlu dilakukan untuk prognosis yang lebih baik bagi ibu dan janin.

Kata Kunci: Kembar siam, Multifetus

Korespondensi: Primadella Fegita
Email: pdellafegita@yahoo.co.id

Conjoined Twins (*Dicephalus Parapagus Dibrachius*)

Primadella Fegita, Roza Sri Yanti

*Department of Obstetrics and Gynecologic, Faculty of Medicine Andalas University/
Dr. M. Djamil General Hospital, Padang, Indonesia*

Abstract

Introduction : Conjoined twin is a form of congenital anomaly that take the attention of the medical world. Approximately 75% of conjoined twins are women and 70% are attached to the chest (*thorachophagus*) or abdomen (*omphalophagus*). Conjoined twins can be divided into 2 categories, which are symmetrical twins and asymmetric twins. The longer the embryological separation takes place, the more complicated the twin attachments that will occur.

Case Presentation: A 31-year-old female patient was referred from Fetomaternal Polyclinic to M. Djamil Hospital Padang ward on August 28, 2017 at 11.00 with a diagnosis of G4P3A0H3 31- 32 weeks gravid + Conjoined Twins (*Dicephalus Parapagus Dibrachius*) + Polyhydramnios.

Conclusions: Multifetus pregnancy is considered high-risk because it increases maternal and perinatal morbidity and mortality. In conjoined twins cases, multidisciplinary approach needs to be done for a better prognosis for the mother and baby.

Keywords: Conjoined twins, Multifetus

Pendahuluan

Kehamilan multifetus dapat didefinisikan sebagai suatu kehamilan dimana terdapat dua atau lebih embrio/janin sekaligus.² Kehamilan multifetus sebagai suatu kehamilan risiko tinggi berkontribusi terhadap 12% dari semua kematian perinatal. Angka kematian janin meningkat empat kali lipat, angka kematian neonatus meningkat enam kali lipat.³ Wanita dengan kehamilan kembar memerlukan pengawasan dan perhatian khusus untuk hasil yang baik bagi ibu dan janin.² Terdapat peningkatan morbiditas dan mortalitas yang nyata pada kehamilan dengan janin lebih dari satu (*multifetus*). Oleh karena itu, tidak berlebihan mengelompokkan kehamilan kembar (*multifetus*) sebagai kehamilan dengan komplikasi.^{3,4,5}

Angka kejadian dari kehamilan kembar dibandingkan kehamilan tunggal, kira-kira sesuai dengan hukum Hellin yang menyatakan bahwa, gemelli 1: 89, triplet 1: 892, untuk kuadrupelet 1: 893, dan seterusnya. Secara internasional, angka kejadian kembar monozygot adalah sekitar 4 per 1000 kelahiran. Pada kembar dizigot berva-

riasi antara 3 - 4 per 1000 kelahiran.⁶ Sedangkan di Indonesia, didapatkan diantara 16.288 persalinan, terdapat 197 persalinan gemelli dan 6 persalinan triplet.²

Terdapat 2 jenis kehamilan kembar, yaitu kehamilan kembar monozygot dan kehamilan kembar dizigot.^{2,3,8} Bangsa, hereditas, umur, dan paritas hanya mempunyai pengaruh terhadap kehamilan kembar yang berasal dari 2 telur. Obat-obatan dan hormon gonadotropin yang dipergunakan untuk menimbulkan ovulasi juga dilaporkan menyebabkan kehamilan dizigotik. Faktor-faktor ini menyebabkan matangnya 2 atau lebih folikel de Graaf.

Pada kembar monozygot, jenis kembar yang akan terbentuk ditentukan oleh waktu terjadinya pembelahan zigot. Terjadinya pembelahan pada 72 jam setelah fertilisasi atau pada hari ke-4 atau pada hari ke-8 akan menentukan jenis kembar yang akan terbentuk, apakah akan terbentuk kembar DiDi (*Diamnion Dikorion*), DiMo (*Diamnion Monokorion*) atau MoMo (*Monoamnion Monokorion*).^{1,2}

Bila pembelahan embrio terjadi setelah discus embrionik telah terbentuk, yaitu sekitar 13 hari

setelah pembuahan, maka pembelahan embrio tidak lengkap dan menghasilkan kembar siam yang digolongkan sesuai dengan lokasi anatomi dari perdempetannya (bagian tubuh yang dimiliki bersama).^{3,4} Diagnosis kembar siam pada pertengahan kehamilan dapat dideteksi dengan USG. Persalinan kembar siam pervaginam mungkin terjadi, karena penyatuan tersebut seringkali bersifat lentur, kendati distosia umum terdapat. Namun demikian, jika janin sudah matur, persalinan pervaginam akan menimbulkan trauma sehingga bedah sesar menjadi pilihan untuk persalinannya.³



Laporan Kasus

Seorang pasien wanita, umur 31 tahun, masuk KR Kebidanan RSUP M.Djamil Padang tanggal 28 Agustus 2017 jam 11.00 WIB kiriman poliklinik Fetomaternal dengan diagnosis G4P3A0H3 gravid 31-32 minggu + conjoined twins (*Dicephalus Parapagus Dibrachius*) + Polihidramnion. Berdasarkan pemeriksaan fisik didapatkan kesan TFU besar dari usia kehamilan. Dari pemeriksaan USG didapatkan kesan gravid 31-32 minggu dengan conjoined twins, dicephalus, parapagus, dibrachius, suspek ASD, polihidramnion. Pada pasien ini direncanakan amnioreduksi. Pada tanggal 29 Agustus 2017 pukul 13.00 dilakukan tindakan amnioreduksi di Poliklinik Fetomaternal, berhasil dikeluarkan cairan amnion sebanyak 1000 cc. Pada tanggal 3 September 2017 dilakukan pemeriksaan MRI pada pasien ini dan didapatkan hasil penyatuan janin pada torak. Pada tanggal 5 September 2017 pasien mengalami kontraksi yang kuat sehingga diputuskan melakukan terminasi secara bedah sesar pada pasien ini.

Pembahasan

Seorang pasien wanita 31 tahun, masuk KR Kebidanan RSUP M.Djamil Padang tanggal 28 Agustus 2017 jam 11.00 WIB kiriman poliklinik Fetomaternal dengan diagnosis G4P3A0H3 gravid 31-32 minggu + conjoined twins (*Dicephalus Parapagus Dibrachius*) + Polihidramnion.

Dari pemeriksaan fisik dan penunjang pada pasien ini didapatkan kesan pasien mengandung anak kembar siam dimana ditemukan 2 kepala dengan 1 badan dan semua organ dalam serta ekstremitas yang ditemukan hanya untuk 1 orang. Kelainan-kelainan lain yang ditemukan dan memperburuk prognosis pada pasien ini adalah pada janin yang dikandungnya ditemukan kelainan organ jantung yaitu tidak adanya septum yang membatasi atrium jantung janin, sehingga akan sangat dibutuhkan penanganan yang komprehensif dari sejawat di bidang kardiologi anak untuk tatalaksana selanjutnya bagi pasien ini.

Pada pasien ini juga ditemukan adanya polihidramnion, yang juga memperberat keadaan ibu saat mengandung janin, tindakan amnioreduksi sudah dilakukan oleh bidang obstetri dan ginekologi, hal ini bertujuan untuk mengurangi tekanan abdomen pada ibu. Hal-hal yang harus diwaspadai salah satunya adalah kontraksi dan tanda persalinan yang dapat terjadi karena tekanan abdomen yang tinggi, sehingga pemberian tokolitik serta tirah baring sangat dianjurkan untuk pasien ini.

Pasien ini direncanakan untuk bedah sesar dengan persiapan operasi meliputi penanga-

nan komprehensif dan fungsional untuk kelainan anatominya. Rencana tindakan bedah sesar yang dipersiapkan bagian Obstetri & Ginekologi akan dilakukan pada usia kehamilan se-aterm mungkin agar organ pernapasan janin sudah matang dan mengurangi resiko terjadinya RDS.

Tindakan terminasi pada kasus ini akan melibatkan tim multidisiplin yang berpengalaman. Bagian Obstetri & Ginekologi akan melibatkan dan meminta bantuan dari sejawat bagian Bedah Anak dan Perinatologi sehingga dapat diberikan penanganan yang maksimal untuk kelainan anatomi janin pada kasus ini. Detail penilaian praoperasi sangat penting untuk menentukan pendekatan bedah terbaik, metode rekonstruksi, dan prognosis bayi. Pentingnya pembicaraan mengenai kasus ini dengan bidang lain dikarenakan pemisahan darurat telah menghasilkan angka kematian 70%, jauh lebih tinggi dibandingkan dengan 20% untuk prosedur elektif.

Kesimpulan

Kehamilan multifetus merupakan kehamilan resiko tinggi karena akan meningkatkan morbiditas dan mortalitas maternal dan perinatal. Diagnosa dini kehamilan multifetus perlu dilakukan untuk meminimalkan resiko komplikasi yang mungkin timbul. Pada kasus kehamilan multifetus dengan kembar siam/conjoined twins, penatalaksanaan multidisiplin dengan melibatkan departemen-departemen yang terkait perlu dilakukan untuk prognosis yang lebih baik bagi ibu dan janin.

Daftar Pustaka

1. Saiffudin A.B, Kehamilan Ganda: Buku acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal, edisi kedua, 2001, JNPKKR-POGI-Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta, 2002..
2. Hanafiah M.J, Kehamilan Kembar : Ilmu Kebidanan, edisi ketiga, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta, 1999.
3. Cunningham, F.G,et al, Multifetal Pregnancy : William Obstetric , 21nd edition, The Mc Graw- Hill Companies, New York, 2001
4. James R.S, Arnold L.M, Kehamilan Ganda : Esensial Obstetri dan Ginekologi, edisi 2, Alih bahasa Nugroho E, Hipokrates, Jakarta 2001.
5. Burke.L,MD : Penatalaksanaan Intrapartum Pada Kehamilan Ganda, Seri Skema dan Penatalaksanaan Obstetri, edisi kedua, Alih bahasa Kusuma W, Binarupa Aksara, Jakarta 1998.
6. William N.S, Kehamilan Ganda : Danforth Obstetri dan Ginekologi, Alih bahasa Chalik TMA, Widya Medika, Jakarta, 2002.
7. Zach Terence, Multiple Births, eMedicine Specialities, Obstetric & Gynecology, November 5, 2001.
8. Pernoll ML & Benson RC, Multiple Pregnancy : Cur-

- rent Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment, eighth edition, By Appleton & Lange, Boston 1994.
9. Sadler TW, Embriologi Kedokteran Langman, edisi Ke-7, alih bahasa Suryono, EGC, Jakarta 2000.
10. Campbell S, Lees C. Multiple Gestation. Obstetrics by Ten Teachers.17th edition. Ajanta Offset and Packaging Ltd. New Delhi.2001.
11. Charles R.W, Multiple Pregnancy :Dewhurst's Textbook of Obstetrics and Gynaecology for Postgraduates, fifth edition, Blackwell Science Ltd, Australia 1995.
12. Arias.F,Multifetal Gestation,Practical Guide To High Risk Pregnancy And Delivery,2nd edition, Mosby Year Book inc, St Louis, 1993.
13. Syamsuri K, Kehamilan Kembar :Ilmu Kedokteran Fetomaternal, edisi pertama, Himpunan Kedokteran Fetomaternal Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia, Surabaya 2004.
14. Simpson JL : Prenatal Diagnosis of Genetic Disorders, Maternal Fetal Medicine third edition, 1994.
15. Spinnato J.A, Sonographic and Doppler Assessment: Multiple Pregnancy and Delivery, Mosby Year Book, St Louis,1996.
16. Alistair W.F, Multiple Pregnancy : Obstetrics Illustrated, fifth edition 1997, Great Britain by The Bath Press, London 1997.
17. Listya S, Persalinan Sungsang : Ilmu bedah Kebidanan edisi kedua, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta 2000.
18. Angsar MD, Versi : Ilmu Bedah Kebidanan, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta, 2000.
19. Michelle E.R, Types of Conjoined Twins,<http://www.conjoinedtwinsint.com>.
20. Campbell S, Lees C, Multifetal Gestation : Obstetrics by Ten Teacher. 17 th edition. Ajanta Offset and Packaging Ltd. New Delhi,2001.1993.
21. McHugh K., Kiely E. M., Spitz L. Imaging of conjoined twins. Pediatric Radiology. 2006;36(9):899-910.

