



**MANAJEMEN PERSALINAN PERABDOMINAL PADA GAMELLI  
DI RS BAYANGKHARA PADANG**

***Management Of Perabdominal Childbirth In Gamelli At Bayangkhara Hospital  
Padang***

**Primadella Fegita**

**Universitas Baiturrahmah**

**Email: primadella@staff.unbrah.ac.id**

***Abstract***

*A twin pregnancy or multiple pregnancy is a pregnancy with two or more fetuses. Multiple pregnancies can be multiple pregnancies or gemelli (2 fetuses), triplet (3 fetuses), quarrulet (4 fetuses), quintuplet (5 fetuses) and so on. Multiple pregnancies occur if two or more ova are released and fertilized (dizygotic) or if one fertilized ovum divides early to form two embryos (monozygotic). A twin pregnancy is one pregnancy with two or more fetuses. The increase in the number of twin births is mainly due to the increasing use of assisted reproductive techniques, including in vitro fertilization (IVF). Pregnancy and childbirth carry risks for the fetus. The danger to the mother is not so great, but women with multiple pregnancies require special supervision and attention when a satisfactory outcome is desired for both mother and fetus. The more the number of fetuses conceived by the mother, the higher the risk that will be borne by the mother. Therefore, the authors would like to present a case regarding the management of perabdominam delivery in pregnancies of patients G1P0A0H0 preterm gravid 33-34 weeks + PEB.*

***Keywords:*** twin pregnancy, PEB

***Abstrak***

*Kehamilan kembar atau kehamilan multiple adalah kehamilan dengan dua janin atau lebih. Kehamilan multiple dapat berupa kehamilan ganda atau gemelli (2 janin), triplet (3 janin), kuadruplet (4 janin), quintuplet (5 janin) dan seterusnya. Kehamilan multiple terjadi jika dua atau lebih ovum dilepaskan dan dibuahi (dizigotik) atau jika satu ovum yang dibuahi membelah secara dini hingga membentuk dua embrio (monozigotik). Kehamilan kembar ialah satu kehamilan dengan dua janin atau lebih. Insiden kelahiran bayi kembar telah meningkat dalam 30 tahun terakhir . Pada tahun 2009 , terdapat 16 wanita per 1000 melahirkan, terjadi peingkatan dibandingkan pada tahun 1980 yaitu 10 per 1.000 insiden. Peningkatan jumlah kelahiran bayi kembar terutama karena meningkatnya penggunaan teknik reproduksi dibantu, termasuk fertilisasi in vitro (IVF). Kehamilan dan persalinan membawa risiko bagi janin. Bahaya bagi ibu tidak sebegitu besar, tetapi wanita dengan kehamilan kembar memerlukan pengawasan dan perhatian khusus bila diinginkan hasil yang memuaskan bagi ibu dan janin. Semakin banyak jumlah janin yang dikandung ibu, semakin tinggi resiko yang akan ditanggung ibu. Oleh karena itu, penulis menyajikan sebuah kasus mengenai manajemen persalinan perabdominam pada kehamilan gemeli pasien G1P0A0H0 gravid preterm 33-34 minggu + PEB + pprom.*

***Kata Kunci:*** kehamilan kembar, PEB, pprom

**PENDAHULUAN**

Kehamilan kembar atau kehamilan multiple adalah suatu kehamilan dengan

dua janin atau lebih. Kehamilan multiple dapat berupa kehamilan ganda atau gemelli (2 janin), triplet (3 janin), kuadruplet (4 janin), quintuplet (5 janin) dan seterusnya. Kehamilan multiple terjadi jika dua atau lebih ovum dilepaskan dan dibuahi (dizigotik) atau jika satu ovum yang dibuahi membelah secara dini hingga membentuk dua embrio (monozigotik).<sup>1,2</sup> Kehamilan kembar adalah suatu kehamilan dengan dua janin atau lebih. Kembar dizigotik memiliki dua amnion (diamniotik) dan dua plasenta (dikorionik). Pada kembar monozigot dapat terbentuk satu plasenta (monokorionik), satu amnion (monoamniotik) atau bahkan satu organ fetal (kembar siam).<sup>3</sup>

Saat ini 3% dari kehamilan adalah kehamilan kembar dan sebagian besarnya adalah gemelli. Angka kejadian kembar monozigot di seluruh dunia relatif konstan yaitu 4 dari 1000 kehamilan. Kehamilan kembar dizigot berhubungan dengan ovulasi multipel dan angka kejadiannya bervariasi sesuai ras dan dipengaruhi oleh usia ibu dan paritasnya. Angka kembar dizigot tertinggi terdapat di negara – negara Afrika yaitu 10 – 40 per 1000 kehamilan, diikuti oleh Kaukasia sebesar 7 – 10 per 1000 kehamilan, dan terendah di Asia sebanyak 3 per 1000 kehamilan.<sup>5,6,7</sup>

## METODE

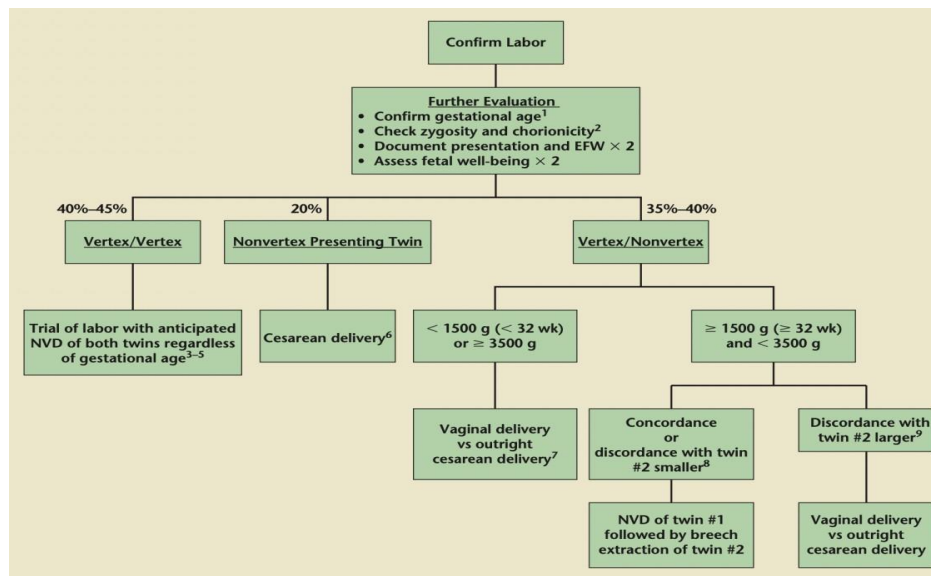
Metode persalinan yang direncanakan sebaiknya mempertimbangkan letak dan presentasi setiap fetus. Persalinan pervaginam seharusnya dijadikan sebagai tujuan pada metode persalinan kembar (*gemelli*) bila tidak ditemukan kontraindikasi yang spesifik. Pemeriksaan letak dan presentasi setiap janin seharusnya telah ditentukan sebelum masa persalinan dengan USG sebagai pilihan utama bila tersedia di fasilitas kesehatan. *American Congress of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) menyarankan bahwa dokter kandungan secara individu merekomendasikan rute terbaik untuk pasien mereka: "Rute persalinan untuk anak kembar harus berdasarkan pertimbangan posisi janin, kemudahan pemantauan detak jantung janin dan status ibu dan janin.

## INDIKASI SEKSIO SESAREA PADA GEMELI

Keputusan untuk melakukan persalinan sesar elektif harus mempertimbangkan hasil neonatus dan maternal terbaik, untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas neonatal, komplikasi maternal dan menjaga masa depan reproduksi wanita. Risiko terbesar dalam persalinan pervaginam adalah pada kembar kedua, karena komplikasi dapat terjadi setelah kelahiran kembar pertama, termasuk solusio plasenta, prolaps tali pusat, dan interval persalinan yang lama.<sup>14</sup>

Indikasi persalinan sesar untuk kehamilan kembar

Korionisitas	Kembar monoamniotik monokorionik
Gestasional usia (minggu)	< 32
Presentasi	Kembar pertama di presentasi nonvertex
Diperkirakan berat (g) janin	< 1.500
	Perbedaan berat > 25%



## KASUS

Pada kasus ini, pasien ♀ 24 tahun diagnosa saat masuk adalah G1P0A0H0 gravid preterm 33-34 minggu + PEB dalam regimen MgSO4 dosis *maintanance* dari luar + PPRM dengan Janin Hidup Gemelli letak lintang kepala kanan dorso inferior-letak sungsang. Pemeriksaan fisik pada tanda vital pasien, didapatkan kesadaran komposmentis, tekanan darah 170/100, nadi 110 kali/menit, nafas 24 x/menit, SpO2 100%, jumlah urin 200 cc dan indeks massa tubuh *normoweight*. Pada periksaan obstetri ditemukan perut membuncit tampak besar dari usia kehamilan preterm, striae gravidarum (+), linea mediana hiperpigmentasi (+), sikatrik (-) dengan TFU: 28 cm, His: (-), DJJ I: 130-136 x/menit, DJJ II : 128-135x/menit. Pada genitalia V/U tenang, PPV (-) dan VT pembukaan (-), porsio posterior, kaku, effacement 0 %, selaput ketuban dan bagian terbawah janin sulit dinilai. Pada pemeriksaan penunjang dilakukan USG saat tiba di PONEK didapatkan kesan preterm 33-34 minggu sesuai biometri, Janin hidup gemelli intra uterin, letak lintang kepala kanan dorso inferior - letak sungsang. Pemeriksaan laboratorium urin Protein +2. Pasien juga dilakukan pemeriksaan CTG pada bayi 1 dan bayi 2 dengan kesan kategori 1 pada bayi 1 dan 2. Dari serangkaian anamnesis dan pemeriksaan yang dilakukan, penegakan diagnosis pada pasien tersebut sudah tepat, yaitu: G1P0A0H0 gravid preterm 33-34 minggu + PEB dalam regimen MgSO4 dosis *maintanance* .Janin hidup gemelli letak lintang kepala kanan dorso inferior-letak sungsang. Pada kasus ini kriteria yang mendukung ke arah pre-eklampsia berat (PEB) yaitu: Pemeriksaan fisik, vital sign TD: 191/101 mmHg dan Pemeriksaan laboratorium proteinuria +2. Faktor resiko terjadinya PEB pasien ini adalah kehamilan ganda (gemelli) dan usia ibu >35 tahun. Diperkirakan bahwa kehamilan gemelli memiliki kontribusi untuk terjadinya pre-eklampsia berat. Dalam penatalaksanaan pasien ini, dilakukan perbaikan keadaan umum (stabilisasi) dengan *primary survey* yaitu pemantauan ketat *pada Airway, Breathing, dan Circulation*.

Dilakukan juga tatalaksana PEB dengan pemberian MgSO4. Antihipertensi yang diberikan pada pasien ini adalah Nicardipin drip IV, Metildopa 500 mg PO dan Adalat Oros 1 x 30 mg. Antibiotik diberikan untuk mencegah infeksi dan

profilaksis sebelum dilakukannya persalinan perabdominam. Setelah stabilisasi pasien direncanakan persalinan perabdominal. Pengobatan definitif preeklamsia adalah terminasi kehamilan, sambil mengontrol tekanan darah dan pencegahan kejang. Obat pilihan pencegahan kejang adalah MgSO<sub>4</sub>, yang bekerja sebagai stabilisasi neurons di korteks serebri, selain itu menghambat pelepasan asetilkolin dan menurunkan rangsangan membran otot.<sup>17</sup> Antihipertensi yang diberikan pada pasien ini adalah Metildopa dan Nifedipin (Adalat Oros) yang merupakan *Calcium Channel Blocker* yang mempunyai efek vasodilatasi arteriol kuat.<sup>17</sup> Setelah stabilisasi pasien selesai dilakukan SCTPP Lahir 2 bayi dengan berat masing-masing 1635 gram dan 1730 gram, APGAR Score 7/9 dan 8/9, dengan 2 buah placenta lahir lengkap beserta perdarahan 200 cc. Setelah tindakan, ibu dan bayi dalam perawatan. Terminasi kehamilan pada pasien ini dilakukan atas pertimbangan kehamilan mendekati aterm, preeklamsia berat dan ppprom. Metode persalinan yang paling tepat untuk kasus ini adalah persalinan perabdominam. Selain itu seksio sesarea diharuskan pada pasien dikarenakan kehamilan gemelli dan PEB.

Persalinan perabdominam pada gemelli kasus ini sudah tepat. Atas indikasi posisi janin, kondisi ibu, menjadikan persalinan SC mutlak dilakukan pada pasien ini. Diketahui janin hidup gemelli dengan letak lintang kepala kanan dorso inferior dan letak sungsang. Hal ini tidak memungkinkan dilakukan persalinan pervaginam. Ketika kembar pertama non-cephalic, cara persalinan yang paling aman adalah operasi sesar. Sebuah percobaan multisenter secara acak, *The Breech Trial*, menunjukkan bahwa kelahiran sesar terencana secara signifikan menurunkan angka kematian perinatal dan morbiditas serius neonatal, jika dibandingkan dengan persalinan pervaginam terencana pada kehamilan dengan kembar non-cephalic.

## **KESIMPULAN**

Kehamilan kembar atau kehamilan multiple adalah suatu kehamilan dengan dua janin atau lebih. Kembar dizigotik memiliki dua amnion (diamniotik) dan dua plasenta (dikorionik). Pada kembar monozigot dapat terbentuk satu plasenta (monokorionik), satu amnion (monoamniotik) atau bahkan satu organ fetal (kembar siam). Waktu persalinan pada kehamilan kembar adalah sekitar 38 minggu untuk pasangan dikorionik, 36 minggu untuk monokorionik, dan 32 minggu untuk monoamniotik. Ketika kedua janin dalam presentasi kepala saat persalinan, rute vagina lebih diutamakan. Kembar pertama dalam presentasi non-cephalic, operasi caesar adalah pilihan terbaik. Ketika kembar pertama dalam presentasi kepala dan yang kedua non-sefalik, operasi caesar diindikasikan jika berat janin kurang dari 1.500 gram. Namun, persalinan pervaginam dimungkinkan jika berat janin diatas itu. Keputusan untuk melakukan persalinan sesar harus mempertimbangkan hasil neonatus dan maternal terbaik, untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas neonatal, komplikasi maternal dan menjaga masa depan reproduksi wanita. Teknik dan prosedur persalinan perabdominam pada gemelli hampir sama dengan janin tunggal, yaitu dengan langkah-langkah laparatomi, insisi miometrium, kelahiran bayi pertama, kelahiran bayi kedua, pencegahan perdarahan, penutupan jaringan lapis demi lapis. Namun, beberapa trik atau metode biasa dilakukan pada SC gemelli terutama dalam insisi uterus berbentuk U dan sayatan miometrium yang lebih panjang akan sangat membantu

ekstraksi persalinan kembar.

#### DAFTAR PUSTAKA

1. Masitoh, S., Delmaifanis, *Hamil Ganda Penyebab Bermakna Berat Bayi Lahir Rendah*. Jurnal Ilmu dan Teknologi Kesehatan, Vol. 1, No. 2. Jakarta. 2014
2. Triana, A. *Pengaruh Penyakit Penyerta Kehamilan dan Kehamilan Ganda dengan Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau*. Jurnal Kesehatan Komunitas, Vol. 2, No. 5. Riau. 2014
3. Lubis, M.P., *Kehamilan Kembar (Gemeli)*. Jurnal Universitas Sumatera Utara. Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara. Medan. 2010
4. Rodiani., Legowo. *Multigravida Hamil 36 Minggu dengan Gemelli dan Peripartum Kardiomiopati*. Vol. 4, No. 1. Fakultas Kedokteran Universitas Lampung. Lampung. 2017
5. Danudjo, T. *PEB dan Gemeli Pada Wanita Multigravida Hamil Preterm*. Fakultas Kedokteran Universitas Negeri Surakarta. Surakarta. 2012
6. Ayres A, Johnson TRB. Management of Multiple Pregnancy: Labor and Delivery. *Obstetric and Gynecological Survey*. 2005;60(8):550-54.
7. Carroll MA, Yeomans ER. Vaginal Delivery of Twins. *Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2006;49(1):154-66.
8. Cruikshank DP. Intrapartum Management of Twin Gestations. *Obstetrics & Gynaecology*. 2007;109(5):1167-76.
9. Cunningham, Leveno et al. 23rd edition Williams Obstetric. Mc Graw-Hill Companies. United States. 2010.
10. Bonney, Elizabeth, et al. 2013. Twin Pregnancy. *Review Obstetric, Gynaecology and Reproductive medicine* 23:6 by Elsevier
11. Kemenkes. 2013. Kehamilan Ganda dalam Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan
12. Shinji Tanigaki et al, Caesarean Section of Multifetal Pregnancy. *Precision Surgery in Obstetrics and Gynecology, Surg J* 2020;6(suppl S2):S92–S97.
13. Barrett J, Aztalos E, Willan A, et al. The twin birth study: a multicenter RCT of planned cesarean section (CS) and planned vaginal birth (VB) for twin pregnancies 320 to 386/7 weeks. *Am J Obstet Gynecol* 2013;208(1, Suppl):S4–S5
14. Hofmeyr GJ, Barrett JF, Crowther CA. Planned caesarean section for women with a twin pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;(12):CD006553
15. Hogle KL, Hutton EK, McBrien KA, Barrett JF, Hannah ME. Cesarean delivery for twins: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188(01):220–227

