

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. LANDASAN TEORI

1. BBLR

a. Definisi BBLR

WHO mendefinisikan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) sebagai berat badan lahir yang kurang dari 2500 gram (WHO, 2014). Menurut Umbon dan Adrian (2013) dalam Mustya (2017), BBLR adalah bayi yang dilahirkan memiliki berat badan kurang dari 2500 gram tanpa memandang masa gestasi. Jadi, BBLR adalah bayi yang dilahirkan memiliki berat badan kurang dari 2500 gram tanpa memandang masa gestasi.

b. Klasifikasi BBLR

Klasifikasi BBLR berdasarkan karakteristik BBLR atau masa kehamilannya menurut Arief dan Kristiyanasari (2008) dalam Idayanti (2013) yaitu :

1. Pematuritas Murni

Prematuritas murni merupakan keadaan bayi dengan masa kehamilan yang kurang dari 37 minggu dan memiliki berat badan yang sesuai dengan berat badan bayi untuk masa kehamilan.

2. Dismaturitas

Dismaturitas adalah keadaan bayi lahir dengan berat badan kurang dari berat badan yang seharusnya untuk masa kehamilan. Dismaturitas biasanya terjadi karena bayi mengalami gangguan pertumbuhan saat berada di dalam kandungan.

Klasifikasi BBLR menurut berat badan menurut Proverawati dan Ismawati (2010) dalam Pratama (2015):

1. Bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram atau 1500 gram – 2500 gram disebut Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)
2. Bayi dengan berat lahir kurang dari 1500 gram disebut Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR)
3. Bayi dengan berat lahir kurang dari 1000 gram disebut Bayi Berat Lahir Ekstrim Rendah (BBLER)

c. Faktor penyebab

Terjadinya Berat Bayi Lahir Rendah dapat disebabkan oleh 3 faktor yaitu faktor ibu, faktor kehamilan, dan faktor janin.

1. Faktor ibu

- a) Ibu yang melahirkan belum cukup bulan

Menurut Silvia, Putri, & Gusnila (2015) ibu yang melahirkan belum cukup bulan, yaitu kurang dari 37 minggu akan beresiko melahirkan bayi dengan berat lahir rendah. Hal ini di karenakan belum optimalnya pertumbuhan janin pada

intrauterin. Pertumbuhan dan perkembangan janin di intrauterin membutuhkan waktu kurang lebih 38 minggu agar bayi siap dilahirkan dan dapat menyesuaikan diri dengan lingkungan sekitar. Menurut Manuba (2012) dalam Sholihah & Sumarmi (2015), bayi yang dilahirkan <37 minggu akan mengganggu sistem pembentukan lemak subkutan sehingga bayi akan memiliki resiko terlahir dengan berat badan <2500 gram.

b) Umur

Pada ibu yang berusia <20 tahun akan beresiko melahirkan BBLR di karenakan organ reproduksi belum siap untuk berhubungan seksual dan mengandung sedangkan usia ibu >35 tahun sudah terjadi perubahan pada jaringan alat-alat kandungan serta jalan lahir sudah tidak lentur lagi (Rahayu, Basit, & Silvia, 2015). Organ reproduksi yang belum matang secara sempurna menyebabkan suplai aliran darah ke serviks dan uterus menjadi berkurang. Berkurangnya suplai aliran darah mengakibatkan kurangnya nutrisi untuk janin yang sedang tumbuh dan berkembang. Kondisi ini mengarah pada bayi yang akan dilahirkan memiliki berat badan lahir yang kurang dari normal Ehiri (2009) dalam Sujiyanti (2018). Pada ibu yang terlalu muda resiko kehamilan timbul karena psikis dan fisik mereka belum matang. Secara psikis usia remaja belum siap

menjadi ibu sehingga kehamilannya tidak dipelihara dengan baik. Resiko fisik yang ditimbulkan dari kehamilan usia remaja adalah untuk menanggung beban kehamilan rahim remaja putri belum cukup matang menurut Soelaeman (2006) dalam Kusparlina (2016). Sedangkan menurut Prianita (2011) pada ibu hamil yang berusia >35 tahun akan terjadi penyulit dan pre-eklamsi pada masa kehamilan. Umur ideal untuk terjadi kehamilan dan melahirkan adalah 20-35 tahun, karena pada umur tersebut organ reproduksi ibu sudah bekerja secara maksimal serta siap untuk menerima kehamilan dan persalinan. Metabolism tubuh ibu juga baik sehingga regulasi energi di dalam tubuh ibu juga baik sehingga mampu memenuhi kebutuhan nutrisi ibu serta bayi karena asupan energi yang adekuat (Yulianti & Hargiono, 2016).

c) Jarak kehamilan

Jarak kelahiran ≤ 2 tahun menyumbang 14,3% melahirkan BBLR, sedangkan sebanyak 85,7% ibu yang memiliki jarak kehamilan ≥ 2 tahun akan melahirkan bayi yang tidak BBLR. Ibu memerlukan waktu 2 sampai 3 tahun untuk jarak kehamilan agar seorang ibu pulih dari persalinan sebelumnya serta pulih secara fisiologi dan dapat mempersiapkan untuk kehamilan berikutnya. Semakin pendeknya jarak kehamilan menyebabkan

resiko terjadinya komplikasi perdarahan saat hamil, kelahiran bayi prematur serta terjadinya anemia berat. Jarak kehamilan ≤ 2 tahun memiliki resiko 3,231 kali lipat lebih besar melahirkan BBLR dibandingkan dengan ibu yang mempunyai jarak kehamilan ≥ 2 tahun. Penelitian yang telah dilakukan didapatkan hasil bahwa sebanyak 42 responden yang memiliki jarak kehamilan resiko tinggi melahirkan bayi dengan berat lahir rendah, sedangkan 16 responden yang memiliki jarak kehamilan rendah tidak melahirkan bayi dengan berat lahir rendah (Nur, Arifuddin, & Novilia, 2016).

d) Anemia pada ibu

Prevalensi anemia pada ibu hamil secara global di seluruh dunia sebesar 41,8%. Di Asia, diperkirakan sebesar 48,2%, Afrika 57,1%, Amerika 24,1%, dan Eropa 25,1%. Di Indonesia, prevalensi anemia pada ibu hamil sebesar 70%. Pada ibu hamil anemia dihubungkan dengan peningkatan kelahiran Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR). Pada ibu hamil anemia disebabkan karena kurangnya zat besi dalam makanan yang dikonsumsi yang sering disebut dengan anemia defisiensi besi. Dampak dari anemia defisiensi besi pada ibu akan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin/bayi saat kehamilan maupun setelahnya. Pada janin yang sedang tumbuh suplai zat gizi bergantung pada

jumlah darah ibu yang mengalir ke plasenta serta zat makanan yang diangkutnya sehingga akan meningkatkan resiko BBLR (Suhartati, Hestiyana, & Rahmawaty, 2017). Penelitian yang dilakukan oleh Sholihah, ddk (2014) dalam Sholihah & Sumarmi (2015) di Suku Tengger terdapat budaya tabu makanan. Budaya tabu makanan tersebut akan berdampak pada asupan zat gizi pada ibu hamil terdapat beberapa jenis buah, sayur, dan lauk yang dianggap tabu untuk dikonsumsi saat hamil. jika tabu makanan dilakukan secara ketat maka akan berdampak pada zat gizi pada ibu yang sedang hamil.

2. Faktor kehamilan

a) Pre-eklamsi/eklamsia

Preeklamsia/eklamsia bertanggungjawab terhadap 30-50% kematian perinatal serta 30-40% kematian ibu. Kasus bayi kecil pada masa kehamilan serta kematian perinatal di seluruh dunia berhubungan dengan kejadian preeklamsi/eklamsia. Pada preeklamsia/eklamsia menyebabkan kelainan pada pembuluh darah plasenta. Kelainan pembuluh darah plasenta akan menyebabkan gangguan nutrisi janin serta hipoksia kronis sehingga sering terjadi gangguan pertumbuhan pada janin yang berakhir pada BBLR. Ibu yang mengalami preeklamsia/eklamsia selama kehamilan beresiko 4,164 kali

lipat melahirkan BBLR dibandingkan dengan ibu yang tidak mengalami preeklamsia/eklamsia (Wati, Hutajulu, & Mardhia, 2013).

b) Hamil ganda

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Masitoh, Syafrudin, & Delmaifanis (2014) bahwa rata-rata berat badan anak kembar lebih rendah daripada berat badan anak tunggal. Hal ini disebabkan karena bayi kembar sering mengalami persalinan kurang bulan serta dapat menyebabkan kematian di antara bayi kembar. Ibu yang hamil ganda memiliki resiko 22,8 kali lipat melahirkan bayi dengan BBLR dibandingkan dengan ibu yang melahirkan tunggal. Menurut pendapat Fadhul (2012) dalam Triana (2014) pada kehamilan kembar pertumbuhan janin rentan mengalami hambatan yang disebabkan karena penegangan uterus yang berlebih karena besarnya janin. Biasanya terdapat selisih berat badan pada janin kembar sebesar 50-100 gram. Pada janin kembar berat badan 1 janin rata-rata lebih ringan. Menurut Silvia, Putri, & Gusnila (2015) bahwa bayi kembar beresiko mengalami BBLR di karenakan bayi harus berbagi nutrisi untuk ke dua janin serta ruang untuk tumbuh dan berkembang bayi semakin kecil karena satu ruang digunakan untuk 2 janin.

c) Ketuban pecah dini

Ketuban pecah dini adalah proses keluarnya cairan jernih dari vagina saat usia kehamilan lebih dari 20 minggu dan sebelum proses persalinan berlangsung. Ketuban pecah dini dapat mempengaruhi kondisi janin. Bila ketuban pecah dini dan usia kehamilan belum cukup bulan maka akan berakibat pada kelahiran bayi yang prematur sehingga bayi yang dilahirkan beresiko BBLR (Indrasari, 2017). Menurut Manuba (2010) dalam Humaeroh (2014) bahwa KPD adalah komplikasi langsung yang terjadi pada kehamilan sehingga dapat mengganggu kesehatan ibu serta pertumbuhan pada janin kondisi tersebut dapat meningkatkan resiko BBLR. KPD dapat juga menyebabkan oligohidramnion sehingga menekan tali pusat sehingga janin akan mengalami asfiksia dan hipoksia serta membuat nutrisi ke janin menjadi berkurang.

d) Kelainan plasenta

Kelainan plasenta yaitu kelainan yang terjadi karena plasenta tidak berfungsi dengan baik sehingga menyebabkan sirkulasi oksigen di dalam plasenta terganggu. Seperti contohnya adalah lepasnya sebagian plasenta dari perlekatannya serta posisi tali pusat yang tidak sesuai dengan lokasi pembuluh darah yang ada di plasenta. Ibu dengan plasenta previa akan

memiliki resiko sebesar 2, 626 kali lipat melahirkan bayi dengan BBLR karena plasenta previa menyebabkan rangsangan koagulum darah pada servik sehingga akan terjadi hipoksia yang berdampak pada kejadian BBLR (Juniati, 2014). Perdarahan yang terjadi pada plasenta akan menyebabkan perdarahan yang cukup banyak sehingga akan mengganggu nutrisi dari ibu kepada janin serta sirkulasi O₂ serta CO₂ menurut Gary, dkk (2001) dalam Wibowo (2013).

d. Masalah pada BBLR

1. Hipotermi

Hipotermi adalah salah satu masalah yang dialami oleh BBLR. Hipotermi pada BBLR disebabkan karena lemak subkutan yang sangat tipis sehingga mudah dipengaruhi oleh suhu lingkungan (Silvia, Putri, & Gusnila, 2015). Hipotermi terjadi jika suhu tubuh di bawah 36,5⁰C. Pada BBLR rentan terjadi hipotermi karena pusat pengatur suhu di otak belum matang serta cadangan lemak di bawah kulit masih tipis (Arifah & Wahyuni, 2010)

2. Hiperbilirubinemia

Pada BBLR terjadinya hiperbilirubin disebabkan karena organ tubuh belum terbentuk secara sempurna, terutama fungsi hepar yang belum matang sehingga akan mengakibatkan kadar bilirubin akan meningkat (Imron & Metti, 2015) . Pada janin yang

bertugas mengeluarkan bilirubin pada darah dilakukan oleh plasenta bukan oleh hati. Saat bayi sudah lahir tugas dalam pengeluaran bilirubin dilakukan oleh hati dan memerlukan waktu beberapa minggu untuk penyesuaian. Hati akan bekerja keras untuk mengeluarkan bilirubin dari darah. Penelitian yang dilakukan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta didapatkan jumlah BBLR sebesar 31 dan terdapat 27 BBLR yang mengalami ikterus. BBLR lebih beresiko mengalami ikterus dibandingkan dengan bayi berat lahir normal di karenakan kematangan pada organ BBLR belum maksimal dibandingkan dengan bayi dengan berat lahir normal. Sehingga pengeluaran bilirubin oleh hati yang kematangannya belum maksimal menyebabkan penumpukan bilirubin pada permukaan kulit (Yaestin, 2017).

3. Gangguan pernafasan

Gangguan pernafasan yang sering terjadi pada BBLR adalah asfiksia. Asfiksia adalah gagal bernafas secara spontan dan teratur yang dialami oleh bayi baru lahir. BBLR diduga sebagai salah satu faktor yang meingkatkan resiko terjadinya asfiksia neonatorum. Pada BBLR pertumbuhan alat-alat dalam tubuhnya kurang sempurna terutama sistem pernafasan seperti pertumbuhan serta pengembangan paru yang belum sempurna, kurangnya surfaktan dan otot pernafasan yang masih lemah sehingga sangat peka

terhadap gangguan pada system pernafasan terutama asfiksia. Pada BBLR biasanya juga terjadi penurunan jumlah alveoli, lumen pernafasan yang kecil, jalan nafas sering mengalami kolaps serta obstruksi, otot-otot pernafasan lemah serta kapiler paru yang mudah rusak dan tidak matur sehingga sering terjadi asfiksia serta apnea (Agustini, 2014).

e. Ciri-ciri BBLR

Bayi memiliki berat badan lahir kurang dari 2500 gram, panjang badan bayi kurang dari 45 cm, lingkar kepala bayi kurang dari 33 cm, dan lingkar dada bayi kurang dari 30 cm. Bayi memiliki kepala yang lebih besar daripada badannya, rambut bayi masih tipis dan halus serta telinga bayi elastis. Putting susu bayi belum terbentuk serta dinding thorax bayi masih elastis. Kulit bayi masih tipis, transparan dan pembuluh darah bayi kelihatan. Bayi memiliki jaringan subkutan yang sedikit dan bayi memiliki lanugo banyak. Pernafasan bayi tidak teratur dan sering terjadi apnea. Reflek menelan dan menghisap belum sempurna. Testis pada bayi laki-laki tidak teraba, pada perempuan klitoris menonjol dan labia mayora tidak teraba (Pratiwi, 2015).

f. Penanganan BBLR

BBLR memiliki kebutuhan khusus yaitu kebutuhan untuk mempertahankan kehangatan pada tubuhnya. BBLR membutuhkan kehangatan untuk bertahan hidup (Lestari, Sufyanti, & Alit, 2013).

Inkubator adalah salah satu cara untuk perawatan BBLR. Tetapi karena jumlahnya terbatas sehingga satu inkubator dapat digunakan oleh beberapa bayi maka dapat meningkatkan resiko terjadinya infeksi nosokomial pada bayi. Perawatan inkubator juga memerlukan biaya yang tinggi sehingga perawatan inkubator kurang efisien untuk BBLR (Karlina, 2015). Pada tahun 1978, di Bogota Kolombia Rey dan Martizen menemukan metode yang dapat digunakan untuk memberikan kehangatan pada BBLR serta dapat meningkatkan kasih sayang antara ibu dengan bayi . Metode ini sangat murah dan efektif serta dapat menggantikan inkubator. Metode ini disebut dengan Perawatan metode kanguru (Sofiani & Asmara, 2013).

2. Perawatan Metode Kanguru

a. Definisi perawatan metode kanguru

Menurut Arora (2008) dalam Armi (2015) adalah perawatan bayi baru lahir dengan cara meletakkan bayi di antara kedua payudara ibu sehingga terjadi kontak langsung kulit bayi dengan kulit ibu. Menurut Astuti, Mutoharoh, & Priyanti (2015) perawatan metode kanguru adalah perawatan untuk bayi baru lahir dengan posisi seperti kanguru. Perawatan ini adalah perawatan dini dengan kontak langsung kulit ibu dengan kulit bayi. Perawatan metode kanguru ini akan menyediakan kondisi yang mirip dengan rahim ibu, sehingga dapat memberikan peluang pada bayi baru lahir untuk beradaptasi dengan

baik di dunia luar. Jadi, perawatan metode kanguru adalah perawatan pada bayi baru lahir dengan kontak langsung kulit ibu dengan kulit bayi. Perawatan ini dilakukan dengan cara meletakkan bayi di antara kedua payudara ibu dengan posisi seperti kangguru

b. Manfaat metode kanguru

1. Meningkatkan berat badan bayi

Menurut Setiawan (2009) dalam Astuti, Mutoharoh, & Priyanti (2015) keuntungan yang didapatkan dari metode kangguru adalah dapat meningkatkan berat badan bayi karena makanan yang masuk ke dalam tubuh bayi tidak digunakan untuk menghangatkan tubuh tetapi digunakan untuk meningkatkan berat badan bayi. Dengan menggunakan metode kanguru berat badan bayi dapat meningkat 50 gram/hari. Pada perawatan metode kanguru kenaikan berat badan terjadi karena bayi dalam keadaan rileks dan sehingga kegelisahan bayi berkurang dan bayi dapat tidur dengan lama (Silvia, Putri, & Gusnila, 2015).

2. Meningkatkan suhu tubuh pada bayi

Hipotermi adalah salah satu masalah yang dialami oleh BBLR. Untuk mengatasi hipotermi maka diperlukan metode praktis yaitu perawatan metode kanguru. Perawatan metode kanguru berdasarkan penelitian dari Begum, et al (2008) dalam Zakiah, Noor, & Setiawati (2014) ditemukan bahwa terjadi kenaikan suhu

tubuh sebesar $0,3^{\circ}\text{C}$ pada BBLR yang telah dilakukan PMK selama 1 jam. Prinsip dari metode kanguru adalah ibu diidentikkan sebagai kanguru yang bisa mendekap bayinya agar dapat mempertahankan suhu tubuh bayi yang optimal ($36,5\text{-}37,5^{\circ}\text{C}$). Kontak langsung antara kulit ibu dengan kulit bayi akan memberikan suhu yang optimal secara kontinyu. Sehingga perawatan metode kanguru ini dapat berfungsi untuk meningkatkan suhu tubuh BBLR secara optimal.

3. Menstabilkan frekuensi denyut jantung

Bradikardi cenderung dialami oleh bayi berat lahir rendah yang dapat menyebabkan bayi mengalami apnea. Pada perawatan metode kanguru posisi tegak dapat meningkatkan frekuensi denyut jantung pada bayi. Posisi pada perawatan metode kanguru juga memberikan efek yang positif, karena dalam posisi tersebut bayi bisa merasakan denyut jantung ibu, sehingga saat bayi mengalami bradikardi maka dapat menstimulasi agar jantung bayi kembali berdenyut mengikuti detak jantung ibu. Terdapat selisih frekuensi denyut jantung $7,15$ x/m sebelum dan sesudah dilakukannya perawatan metode kanguru. Perawatan metode kanguru bermanfaat untuk menurunkan terjadinya bradikardi, menstabilkan frekuensi denyut jantung serta menaikkan frekuensi denyut jantung

menurut Deswita (2010) dalam Nurcahyati, Girsang, & Wahyuni (2016).

4. Peningkatan keberhasilan pemberian ASI

ASI adalah nutrisi terbaik untuk tumbuh kembang bayi terutama bayi berat lahir rendah. ASI lebih efektif untuk meningkatkan berat badan BBLR karena ASI hanya membutuhkan waktu satu jam untuk membuat perut bayi kosong. Kandungan dari ASI adalah lemak sehat secara proporsional, mudah dicerna dan diserap karena mengandung enzim lipase menurut Roesli Utami (2001) dalam Azwar & Novadela (2012). Menurut Maryunani (2013) dalam Syaiful, Fatmawati, & Mukhlisotin (2018) bahwa pemberian ASI secara langsung dengan perawatan metode kanguru dapat dengan mudah diberikan. Perawatan metode kanguru membuat bayi selalu berada didekat payudara ibu, berada didekapan ibu, dan terjadi kontak langsung antara kulit ibu dengan kulit bayi sehingga saat bayi lapar bayi dapat menyusu setiap saat. Ibu juga dapat merasakan tanda-tanda bayi mulai lapar seperti adanya hisapan-hisapan kecil serta gerakan mencari puting susu ibu. Dengan perawatan metode kanguru ibu menjadi lebih tanggap jika bayi ingin menyusu dan bayi dapat lebih lama dan lebih sering menyusu.

c. Cara melakukan metode kanguru

Menurut Sofiani & Asmara (2013) langkah-langkah dalam perawatan metode kanguru adalah sebagai berikut :

1. Sebelum melakukan perawatan metode kanguru sebaiknya ibu mencuci tangan serta membersihkan daerah dada serta perut ibu menggunakan air hangat. Ibu juga dianjurkan untuk membuka BH.
2. Bayi bertelanjang dada hanya menggunakan popok, topi, kaos tangan, dan kaos kaki. Bayi diletakkan telungkup diantara kedua payudara ibu dengan posisi tegak. Tubuh bayi menempel dengan tubuh ibu agar terjadi kontak kulit dengan kulit .



Gambar 2.1 posisi dari tubuh bayi

3. Kepala, leher, dan badan bayi harus diatur dengan baik. Kepala bayi dimiringkan ke salah satu sisi, bertujuan agar jalan nafas tidak terganggu serta dan mempertahankan kontak mata bayi dengan ibu. Tangan dan kaki bayi posisi fleksi atau seperti katak



Gambar 2.2 posisi kepala serta leher bayi

4. Bayi diikat menggunakan kain ataupun selendang. Posisi kain atau selendang berada di bawah bokong bayi



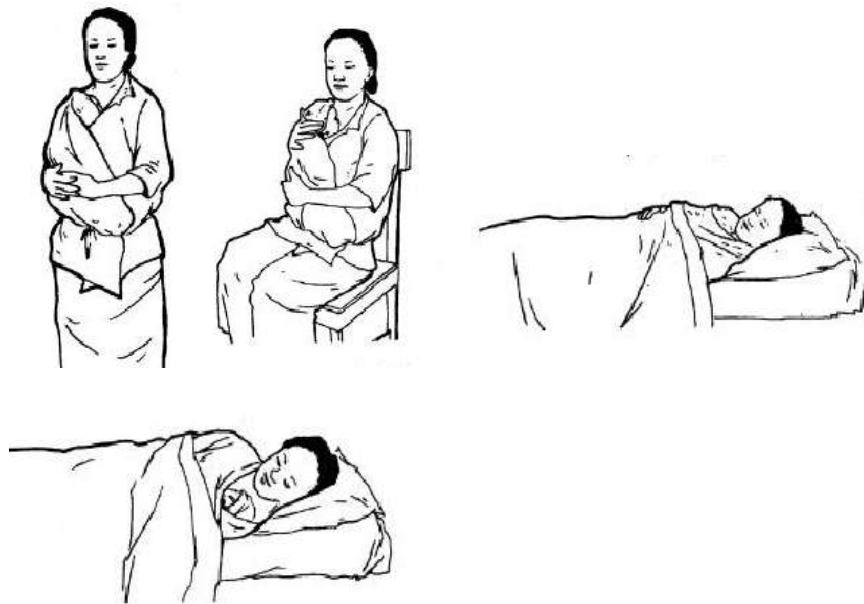
Gambar 2.3 bayi diikat menggunakan selendang dibawah bokong

5. Ibu menggunakan pakaian yang longgar, sehingga bayi berada 1 pakaian dengan ibu. Jika perlu beri selimut.



Gambar 2.4 ibu menggunakan pakaian yang longgar

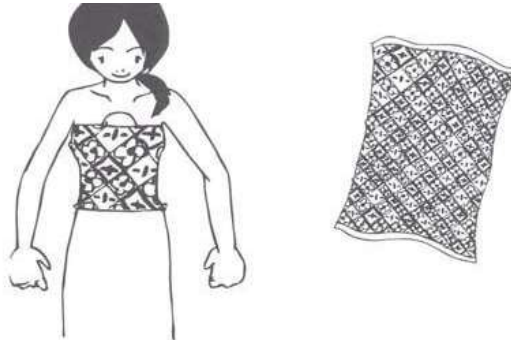
6. Saat melakukan metode kanguru posisi ibu bisa dengan berdiri, duduk, ataupun berbaring



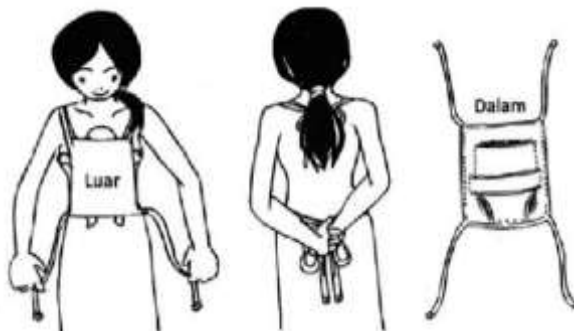
Gambar 2.5 posisi ibu dalam PMK

Peralatan dalam perawatan metode kanguru dapat berupa selendang ataupun kain panjang yang dapat digunakan untuk menyangga tubuh bayi yang berada di dada ibu. Terdapat gendongan khusus yang

digunakan dalam perawatan metode kanguru. Gendongan tersebut memiliki bentuk segi empat dengan tali disetiap sudut. Didalam gendongan tersebut terdapat celana kecil untuk menempatkan bayi.



Gambar 2.6 kain panjang untuk PMK



Gambar 2.7 gendongan PMK dengan celana kecil

d. Pelaksanaan metode kanguru

Perawatan metode kanguru dapat dimulai bila ibu dan bayi sudah cukup sehat. PMK dapat dilakukan secara langsung setelah pemotongan serta perawatan tali pusat pada bayi berat badan normal. PMK pada BBLR atau bayi prematur sebenarnya dapat dilakukan secara langsung jika bayi tidak terdapat masalah. Jika BBLR mengalami

komplikasi seperti asfiksia, gangguan minum, dan lain-lain maka PMK baiknya ditunda sampai kondisi bayi stabil (Margaretha, 2006).

Terdapat dua jenis perawatan metode kanguru menurut Maryunani (2013) dalam Mayasari (2015) :

1. PMK Intermiten:

PMK intermiten tidak diberikan sepanjang waktu, hanya dilakukan saat ibu mengunjungi bayinya saat berada dalam perawatan inkubator dan minimal dilakukan selama 1 jam. PMK intermiten bisa dimulai pada bayi yang sakit yang berada dalam tahap penyembuhan tetapi bayi masih memerlukan tindakan medis seperti infus dan tambahan oksigen. Biasanya PMK intermiten ini dilakukan di Unit Perawatan khusus (level II) serta intensif (level III)

2. PMK Kontinyu

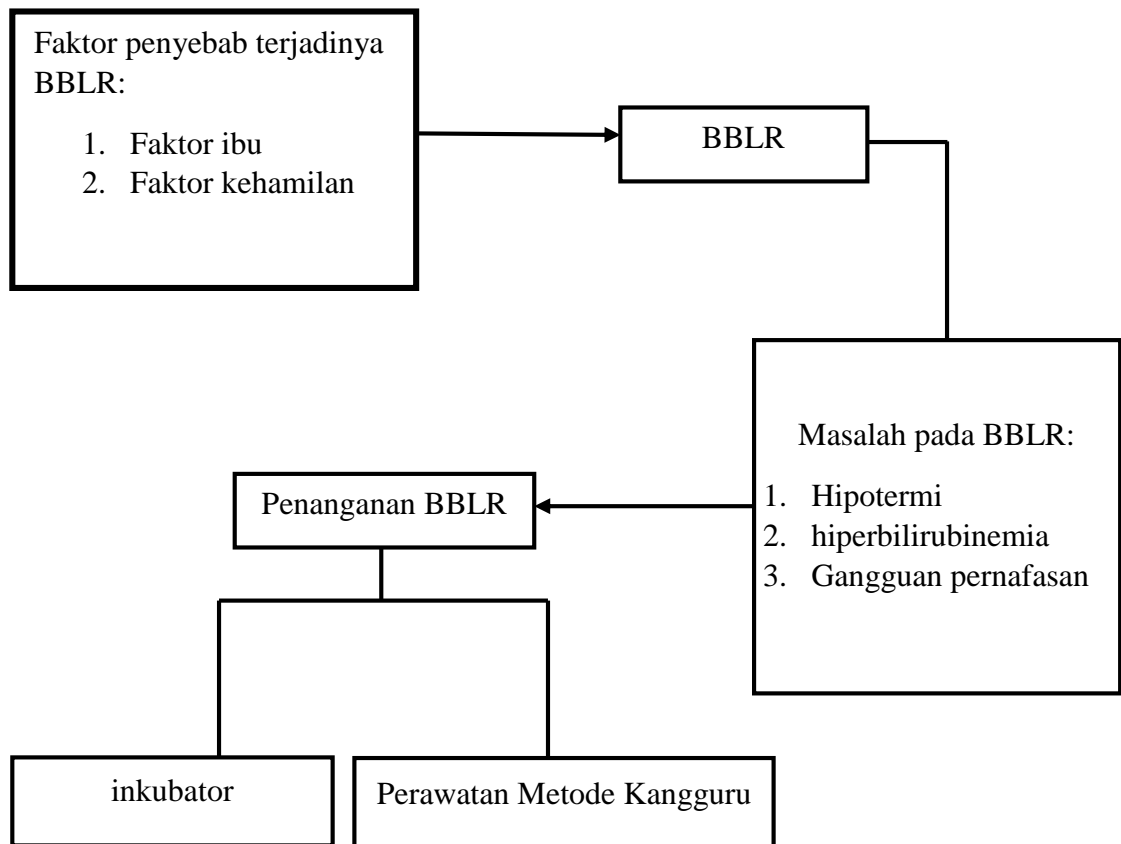
PMK kontinyu diberikan sepanjang waktu, PMK kontinyu diberikan apabila bayi dalam kondisi yang stabil yaitu bayi yang bernafas alami tanpa bantuan oksigen. Metode PMK kontinyu dapat dilakukan di rumah atau di unit rawat gabungan dan ruangan khusus untuk melakukan metode kangguru.

e. Dukungan dalam melaksanakan metode kanguru

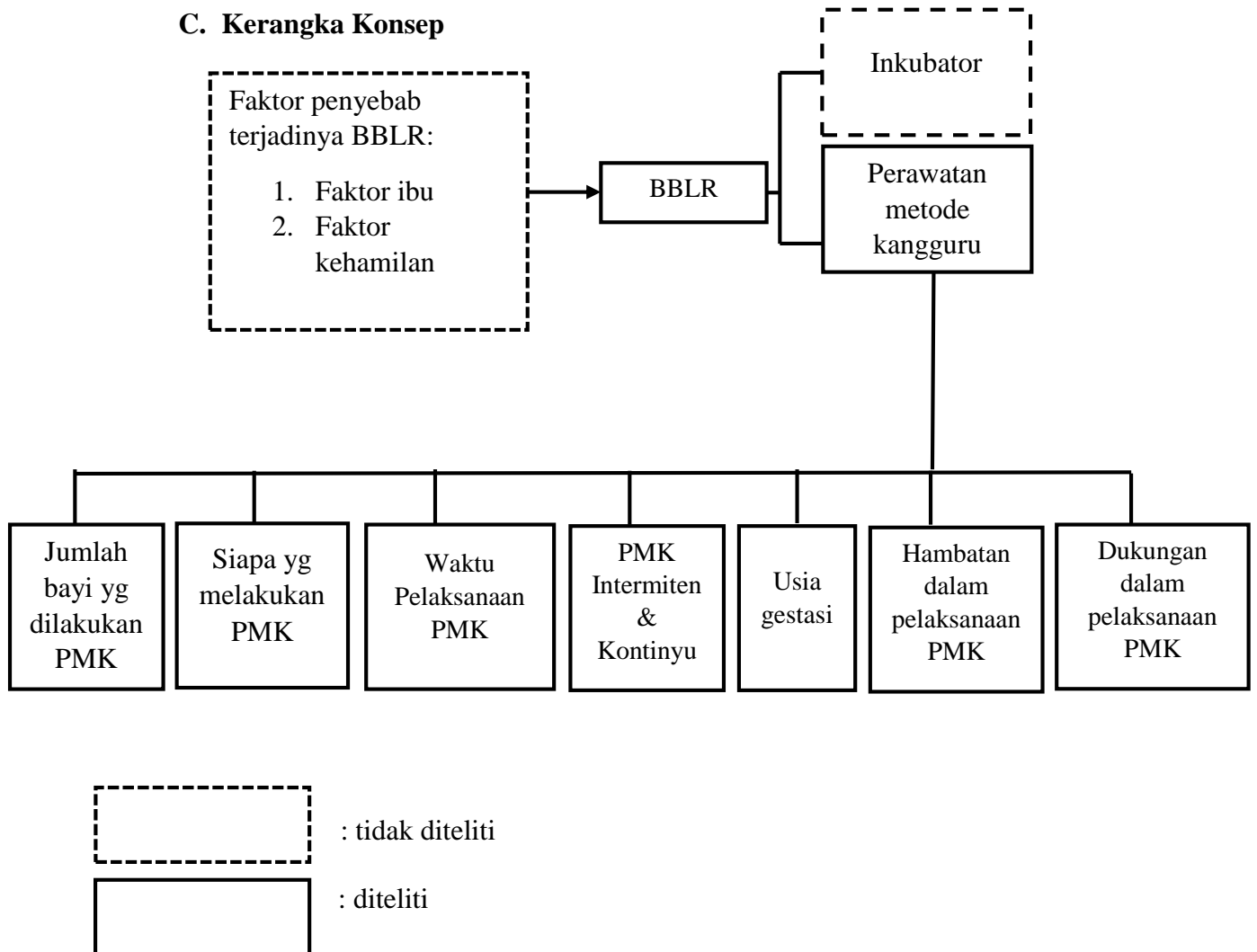
1. Dukungan dari fasilitas atau layanan kesehatan dapat berupa pemberian konseling atau pendidikan kesehatan mengenai PMK bagi ibu dengan bayi BBLR. Ibu beserta keluarga yang datang diberikan konseling mengenai PMK dan memberikan contoh mengenai perbedaan bayi yang diberikan PMK dengan bayi yang tidak diberikan PMK. Sehingga dapat memotivasi ibu dan keluarga untuk melakukan PMK (Lestari, Sufyanti, & Alit, 2013).
2. Dukungan dari suami. Ibu dengan BBLR membutuhkan dukungan suami selama perawatan metode kanguru, di karenakan suami adalah orang yang paling dekat dengan ibu. Bentuk dukungan yang diberikan bisa dengan bergantian dalam melakukan PMK. Keluarga juga dapat memberikan dukungan kepada ibu dengan BBLR. Bentuk dukungan yang dapat diberikan adalah dukungan secara moril seperti memberikan doa dan semangat (Wahyuni & Parendrawati, 2013)
3. Dukungan lain yang dapat diberikan adalah dukungan social. Dukungan social adalah dukungan yang didapatkan dari masyarakat sekitar maupun dari keluarga (Dahlan, 2017).

f. Hambatan pelaksanaan metode kanguru

1. Ibu merasa kesulitan dalam melakukan PMK di karenakan bayi tidak mau didekap dan merasa risih jika tidak menggunakan baju saat perawatan metode kanguru (Sofiani & Asmara, 2013).
2. Ibu merasa kerepotan saat melakukan perawatan metode kanguru pada bayi kembar (Wahyuni & Parendrawati, 2013)
3. Kurangnya informasi terkait pelaksanaan perawatan metode kanguru dari rumah sakit (Dahlan, 2017).
4. Faktor budaya dalam perawatan metode kanguru seperti perawatan BBLR dengan cara tradisional yaitu dengan botol yang diisi air panas bayi dipanggang menggunakan arang (Putri, 2010).
5. Sarana dan prasarana yang belum tersedia di ruang khusus KMC seperti belum adanya kursi maupun gorden (Dahlan, 2017).

B. Kerangka Teori**Gambar 2.8 kerangka Teori**

C. Kerangka Konsep



Gambar 2.9 kerangka konsep