

BAB I PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Dalam sistem kesehatan nasional (Depkes. RI., 1982) disebutkan bahwa angka kematian bayi pada tahun 1980 adalah sebesar 100/1000 kelahiran hidup, 50% dari kematian bayi terjadi pada umur dibawah satu bulan. Diharapkan pada tahun 2000 angka kematian bayi / perinatal menurun menjadi setinggi-tingginya 45/1000 kelahiran hidup. Untuk itu perlu dilakukan upaya-upaya kesehatan sedini mungkin bahkan sejak janin masih di dalam kandungan, selama proses persalinan dan segera setelah bayi lahir.

Orang yang paling dekat dengan bayi dan yang akan merawat bayi tersebut setiap harinya adalah ibunya. Karena itu bayi harus didekatkan kepada ibunya sedini mungkin untuk menciptakan hubungan fisik dan batin antara ibu dan bayinya serta memberikan kesempatan kepada ibu untuk belajar merawat bayinya, dan sedini mungkin memberikan apa yang menjadi hak bayi yaitu air susu ibu (Isa, 1985). Hal ini dapat dilakukan di rumah sakit dan pusat – pusat kesehatan lainnya dengan melaksanakan program rawat gabung. Dalam sistem rawat gabung, seorang ibu setelah melahirkan ditempatkan di satu ruang dengan bayinya sehingga ibu tersebut dapat merawat serta menyusui bayinya setiap saat.

Ditinjau dari sejarah perawatan neonatus, rawat gabung yang dianut sekarang adalah suatu ulangan sejarah (Cliffort, 1954, cit. Sukedi, 1985). Se

tempat khusus untuk perawatan bayi hampir sama sekali tidak ada dan pola rawat gabung merupakan satu-satunya cara untuk merawat bayi. Sejak tahun 1930-an, rasa keprihatinan dikalangan medis untuk mencegah timbulnya infeksi, telah menjadi pendorong utama terbentuknya tempat-tempat perawatan bayi yang “steril” dengan tanpa adanya keakraban pergaulan antara ibu dan anak.

Suatu aliran psiko-analisa, yang menitikberatkan harus adanya pendekatan awal antara ibu dan bayinya, mulai menampakkan persyaratan perawatan bayi. Pada waktu itu sebuah unit cara perawatan rawat gabung telah dirintis di rumah sakit Grace New Haven, Amerika (Sammeroff, 1984 *cit* Rahardjani, 1985). Pada tahun 1928 di Yokohama, Jepang karena terjadi wabah diare, maka rumah sakit angkatan bersenjata beralih ke sistem rawat gabung (Clifford, 1954 *cit* Hamzah, 1984). Pemerintah Indonesia pada tanggal 22 Juli 1977, telah mencanangkan program peningkatan penggunaan air susu ibu (ASI) dan sistem rawat gabung telah ditetapkan sebagai salah satu program jangka panjang kegiatan peningkatan penggunaan ASI (Suharyono, 1985).

Dengan demikian rawat gabung memungkinkan bayi memperoleh ASI seawal dan sesering mungkin. ASI terutama di dalam kolostrumnya, mengandung faktor-faktor anti infeksi seperti SIg A, laktoferin, lisosim, komplemen C3 dan beberapa unsur lainnya yang tidak terdapat di dalam susu formula, melindungi bayi dari bahaya infeksi terutama diare. Zat anti ini berkonsentrasi tinggi. Selain itu dengan seringnya ibu memberikan ASI akan meningkatkan daya tahan tubuh bayi terhadap serangan

Adanya daya tahan tubuh bayi terhadap serangan infeksi akan menurunkan morbiditas dan mortalitas bayi. Pada penelitian yang dilakukan oleh Suradi tahun 1983 di RSCM Jakarta mendapatkan perbedaan yang bermakna perihal morbiditas dan mortalitas antara bayi yang dirawat gabung dengan bayi yang dirawat pisah, mortalitas bayi yang dirawat pisah 0,05% dan rawat gabung 0,04%, sedangkan morbiditas rawat gabung 2,13% dan rawat pisah 17,9%. Juga terjadi penurunan yang dramatis episode diare dari 4,15% pada rawat pisah, menjadi 0,55% setelah sistem rawat gabung (Clavano, 1981; Soetjiningsih, 1986; Suradi, 1983).

Penurunan jumlah bayi yang terkena diare atau infeksi menyebabkan penurunan pemakaian cairan intravena dalam kamar bayi baru lahir. Pada penelitian yang dilakukan oleh Soetjiningsih tahun 1986 di rumah sakit Sanglah Denpasar, didapatkan perbedaan pemakaian cairan intravena antara bayi yang dirawat gabung dan bayi yang dirawat pisah, yaitu berkurang dari rata-rata 135,8 botol per bulan pada rawat pisah menjadi 74,1 botol per bulan pada rawat gabung.

Selain bayi terhindar dari bahaya diare dan infeksi, dengan sistem rawat gabung involusi rahim lebih cepat, mastitis dapat dihindari sehingga lama perawatan menjadi lebih pendek yang berarti penghematan, baik di pihak penderita maupun rumah sakit. Makin pendek lamanya perawatan, memungkinkan penggunaan tempat tidur untuk penderita yang lain sehingga daya tampung rumah sakit menjadi lebih banyak yang berarti peningkatan pelayanan terhadap masyarakat (Rahardjani, 1985).

Soetjiningsih (1986) mendapatkan lama perawatan rata-rata dari rata-rata 20 ± 14 hari

pada rawat pisah menjadi $1,8 \pm 0,8$ hari pada rawat gabung. Sedangkan Suradi pada tahun 1983 mendapatkan penurunan dari $4,7 \pm 2,6$ hari menjadi $2,5 \pm 1,5$ hari.

Manfaat lain dari rawat gabung adalah meningkatkan penggunaan ASI dan menurunkan pemakaian susu formula. Pada pengamatan di rumah sakit DR. Kariadi Semarang, didapatkan penurunan drastis pemakaian susu formula dalam satu tahun sebelum sistem rawat gabung, yakni dari 24.300 gram susu formula dalam satu tahun sebelum sistem rawat gabung menjadi 4180 gram setelah rawat gabung (Soedibjakti, 1986 *cit* Raharjani, 1985). Ini suatu penghematan anggaran pengeluaran rumah sakit, ditambah tidak perlunya pembelian botol susu, dot serta peralatan untuk memasaknya.

B. KEPENTINGAN PERMASALAHAN

Karya tulis ilmiah ini dapat dipakai sebagai bahan studi tentang manajemen rawat gabung dan juga sebagai pedoman/ bahan acuan tempat bersalin yaitu Rumah Sakit, Rumah Sakit Bersalin, Rumah Bersalin, Puskesmas dengan rawat inap dan Pondok Bersalin, yang menerapkan program rawat gabung.

C. TINJAUAN PUSTAKA

I. Definisi

Rawat gabung adalah suatu cara perawatan bayi baru lahir yang ditempatkan dalam suatu ruangan bersama-sama dengan ibu yang melahirkan.

2. Terminologi

Istilah rawat gabung merupakan terjemahan bahasa Inggris *rooming in*. Istilah *rooming in* untuk pertama kalinya digunakan oleh Gessel dan Ilg pada tahun 1943 (Sukadi, 1985), walaupun sistem rawat gabung telah ada jauh sebelumnya.

3. Jenis Rawat Gabung

Ada dua jenis rawat gabung (Depkes. RI., 1992) :

a. Rawat gabung Purna waktu (penuh)

Adalah cara perawatan dengan ibu dan bayi dirawat bersama secara terus menerus selama 24 jam, jenis ini merupakan perawatan yang ideal.

b. Rawat gabung Penggal Waktu (parsial)

Adalah cara perawatan dengan ibu dan bayi dirawat secara terpisah pada saat-saat tertentu.

Menurut Pokok-pokok Kebujaksanaan Peningkatan Penggunaan ASI (Dirjen PKM, 1991), kebijaksanaan rawat gabung yang diterapkan disemua sarana pelayanan kesehatan yaitu Rumah Sakit, Rumah Sakit Bersalin, Rumah Bersalin, Puskesmas dengan rawat inap dan Pondok Bersalin adalah rawat gabung purna waktu.

4. Tujuan Rawat Gabung

Menurut Hardjoprakoso (1983), rawat gabung mempunyai beberapa tujuan yaitu :

- a. Memberikan dukungan emosional. Setelah menunggu selama sembilan bulan dan setelah lelah dalam proses persalinan si ibu sangat senang bil mendengar bayinya menangis, memegang dan menciumnya serta

bayinya yang tidur di sampingnya. Hubungan kedua makhluk dalam hari-hari pertama ini sangat penting bagi kedua belah pihak.

- b. Menggalakan penggunaan ASI. ASI adalah makanan yang terbaik dan produksinya akan lebih cepat dan lebih banyak bila dirangsang sedini mungkin, dengan cara menetekkan bayi langsung setelah lahir dan selama mungkin.
- c. Memberikan pendidikan kesehatan. Kesempatan rawat gabung dapat dimanfaatkan untuk mengajarkan pada ibu tentang cara-cara menyusui, memandikan bayi, merawat tali pusat dan tak lupa memberi penerangan tentang KB.
- d. Mencegah infeksi silang. Pada beberapa tempat persalinan infeksi silang sulit dihindarkan. Dengan rawat gabung lebih mudah mencegah infeksi silang. Transfer antibiotik dari ibu ke bayinyapun akan terjadi lebih cepat sehingga bayi akan lebih tahan terhadap infeksi.

5. Pelaksanaan rawat gabung di Rumah Sakit

Rawat gabung dapat dilakukan sesuai dengan tujuan. Hal-hal yang perlu dilakukan adalah sebagai berikut (Depkes. RI, 1992) :

- a. Di unit rawat jalan kebidanan
 - 1) Memberikan komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) tentang manfaat ASI dan rawat gabung.
 - 2) Memberikan KIE perawatan payudara dan makanan ibu hamil
 - 3) Memberi KIE KB
 - 4) Mengetasi masalah pada payudara kalau perlu merujuk ibu ke klinik laktasi

b. Di ruang bersalin

- 1) Dalam jam pertama sesudah lahir, bayi segera di susukan kepada ibu untuk merangsang pengeluaran ASI
- 2) Ibu yang mendapat narkose umum, di susukan setelah ibu sadar.

c. Di ruang rawat gabung

- 1) Bayi diletakkan di dekat ibunya
- 2) Paramedis di ruang rawat gabung harus mengawasi agar bayi di susukan paling sedikit 8 kali dalam 24 jam. Setiap kali menyusukan, kedua payudara digunakan secara bergantian
- 3) Pada hari pertama bayi tidak boleh diberikan makanan awal (prelacteal feeding) hanya menyusu pada ibunya. Pada hari berikutnya kalau ASI belum keluar atau bayi rewel, boleh diberi minum dengan sendok
- 4) Memberi KIE tentang perawatan payudara, perawatan bayi dan tali pusat, makanan ibu menyusui, cara memandikan bayi, imunisasi dan penanggulangan diare.

d. Di klinik laktasi

- 1) Memantau kesehatan ibu nifas dan bayi.
- 2) Memberi KIE tentang gizi menyusui, mengatasi kesulitan menyusui

e. Peran dokter dalam rawat gabung

- 1) Menggariskan kebijaksanaan tentang tata tertib rawat gabung
- 2) Melaksanakan perawatan ibu dan anak
- 3) Memberikan penyuluhan kepada ibu tentang laktasi dan gizi ibu

f. Peran paramedik dalam rawat gabung

- 1) Mengajak ibu melakukan perawatan payudara, cara menyusui, merawat bayi, merawat tali pusat, dan memandikan bayi
- 2) Mengamati hal-hal yang tidak biasa dan melaporkan kepada petugas.

Menurut Suradi 1983, kriteria bayi yang diambil sebagai syarat untuk dirawat gabung di Rumah Sakit ialah :

- a. Nilai apgar >7
- b. Berat badan lahir antara 2500 - 4000 gram
- c. Masa kehamilan antara 37 - 42 minggu
- d. Lahir spontan letak kepala
- e. Tanpa infeksi intrapartum
- f. Ibu sehat

6. Manfaat sistem rawat gabung

Dalam membicarakan manfaat rawat gabung ini, sangat erat hubungannya dengan pemberian ASI, oleh karena tujuan rawat gabung ialah agar ibu dapat merawat dan menyusui bayinya dengan baik (Dehaene, 1983).

a. Psikologis

Beberapa penelitian mengatakan bahwa satu faktor pembentuk gangguan psikologis pada diri ibu dan anak adalah berdasarkan atas adanya rasa frustrasi para ibu yang berkeinginan kuat untuk berada bersama bayinya segera setelah bayi dilahirkan dan juga sebagai akibat adanya peraturan perawatan di rumah sakit yang demikian ketat (Sameroff, 1984 *cit* Rahardjani, 1985). Klans and Kennell (1977), mengemukakan adanya suatu periode kritis dimana didapati proses hubungan psikologis yang ideal antara ibu dan bayinya. Periode kritis ini kira-kira didalam 12 jam pertama setelah kelahiran. Sentuhan berbadaniah antara ibu dan bayinya pada periode tersebut tampaknya mempunyai pengaruh yang berkepanjangan sehingga timbul rasa keakraban atau ikatan batin yang erat yang merupakan stimulasi mental. Hal ini sangat penting artinya, mengingat kontak pandang antara ibu dan bayi belum dapat berfungsi sepenuhnya sampai bayi berusia satu bulan sedangkan tanggapan melalui senyum masih memerlukan waktu dua bulan lebih lama lagi.

Bagi ibu yang tidak dapat memberikan ASI-nya karena suatu hal ada kesempatan untuk mengadakan proses interaksi dengan bayinya, misalnya dengan mendekap si bayi yang telanjang pada dada ibu yang telanjang pula (Sameroff, 1984 *cit* Rahardjani, 1985). Periode kritis berlangsung sangat singkat namun sangat berharga sebagai interaksi antara ibu dan anak; merupakan stimulasi mental yang mutlak diperlukan untuk mencapai tumbuh kembang yang optimal baik dari aspek fisik fungsional emosional maupun psikososial. Anak harus n

kasih sayang yang tidak saja dari ibunya melainkan juga dari anggota keluarga atau orang lain disekitarnya (Trastotenojo, 1984).

Dengan sistem rawat gabung, terdapat peluang bagi keluarga untuk ikut serta di dalam perawatan bayi serta periode kritis dapat dimanfaatkan oleh ibu dan bayi. Bayi-bayi yang dirawat bersama dengan ibunya (rawat gabung), cenderung kurang menangis, hal ini menciptakan suasana tenang dipihak ibu, oleh karena itu dengan segera dapat mengetahui bayi siapa yang menangis, tidak selalu harus was-was mengenai bayi siapa yang menangis seperti pada rawat pisah (Lawrence, 1990).

Keberhasilan menyusui atau produksi ASI sangat tergantung dari ketenangan atau keadaan emosi ibu, seperti diketahui bahwa reflek let down bersifat psikosomatis. Faktor kejiwaan merupakan faktor kedua dari kesulitan menyusui setelah faktor kelainan puting susu. Dengan pemberian ASI setiap kali bayi membutuhkan, akan memberikan kepuasan kepada ibu bahwa ia dapat memenuhi kebutuhan gizi bayinya. Ketenangan di bangsal kebidanan oleh karena bayi selalu dalam keadaan tidur atau menetek, akan menciptakan suasana kerja yang baik bagi paramedis dan para dokter (Sumarno dkk, 1984).

Menurut Ibrahim (1980), manfaat rawat gabung ditinjau dari aspek psikologis adalah sebagai berikut :

1) Bayi akan menerima rasa keibuan lebih besar daripada di rawat di ruangan bayi.

Di dalam satu ruangan, bayi akan mendapatkan rasa hangat dan sentuhan ibunya lebih sering. Hal ini diperlukan anak / bayi sebagai rasa kasih sayang yang penting untuk menimbulkan rasa aman bagi bayi

- 2) Ibu akan merasa gembira karena dapat melihat anaknya sewaktu-waktu dan dapat memperkembangkan naluri keibuanya lebih cepat.
- 3) Membentuk temperamen yang baik pada bayi karena bayi tidak perlu cepat marah, atau menangis lama karena lapar atau kurang perhatian, sebab sewaktu-waktu ibu dapat menolong dan memperhatikannya.
- 4) Waktu kunjungan kedua orang tua yaitu ayah dan ibu akan lebih gembira karena merasa dapat bertemu dalam satu kesatuan keluarga.
- 5) Menimbulkan kepuasan baik bagi ibu maupun bayi dan hubungan antara mereka dapat selalu dijalin.

Penelitian di RSUP DR. Sardjito mendapatkan hasil bahwa ibu-ibu pasca persalinan (postpartum) yang dirawat dengan sistem rawat gabung tingkat kepuasannya lebih tinggi daripada ibu-ibu yang dirawat dengan sistem-sistem rawat pisah dan perbedaannya sangat bermakna ($p < 0,01$) (Sarjanaa, 1991).

b. Ekonomi

Kecenderungan penurunan pemakaian ASI di negara sedang berkembang akan memungkinkan terjadinya kerugian besar di bidang sosial dan ekonomi negara. Hal ini disebabkan karena harus tersedianya biaya yang lebih besar untuk impor bahan susu formula, kebutuhan bagi pelayanan kesehatan, meningkatnya kesuburan dan kerugian yang tidak terhingga yang diakibatkan oleh masalah perkembangan intelektual dan psikososial anak (Dehaene, 1985).

Rohde (1982), telah meneliti nilai ekonomi ASI di Indonesia. Produksi keseluruhan ASI di Indonesia dengan kondisi 20% penduduk berada di perkotaan pada tahun 1980 ialah 1168 juta liter atau secara kasar 15 kali lebih besar dari produksi susu yang dihasilkan oleh seluruh pabrik susu di Indonesia. Sedangkan nilai perkiraan ASI di Indonesia mencapai sekitar Rp.500 juta, satu angka yang menempati 10% dari nilai ekspor tahun 1978 atau 3,5% dari anggaran belanja nasional tahun 1980/1981 dan 1,5% dari GNP. Nilai ekonomi ASI ini meliputi biaya untuk layanan kesehatan karena diare yang diakibatkan pemakaian susu botol sebesar US \$ 40 juta dan biaya untuk penurunan kesuburan (kontrasepsi) sebesar US \$ 80 juta bagi ibu yang tidak menyusui.

Peningkatan jangka waktu penyapihan berarti kehilangan sekitar US \$ 200 juta atau lebih setiap tahunnya untuk mengimport susu formula (Rohde, 1985). Pada penelitian Soedibjakti dan Trastotenojo (1986) tentang rawat gabung dipandang dari sudut ekonomi, didapatkan hasil sebagai berikut :

1) Pengelolaan.

Dengan adanya rawat gabung, maka hari perawatan ibu dan bayi menjadi lebih pendek, biaya perawatan menjadi lebih ringan, bed turn over lebih besar sehingga daya tampung rumah sakit bertambah.

2) Susu formula.

Pemberian susu formula kadaluarsa

3) Ruang.

Penghematan ruangan karena ibu dan bayinya ditempatkan dalam satu ruangan. Dapat juga dikatakan perluasan ruangan, karena kamar-kamar bayi yang kosong dapat digunakan untuk keperluan lain.

4) Waktu.

Waktu untuk mengelola bayi oleh perawat menjadi lebih sedikit karena bayi sudah dirawat oleh ibunya sendiri. Waktu yang berlebih ini dapat digunakan untuk keperluan lain, misalnya untuk mengikuti penataran, rapat staf perawatan dan lain-lain. Jadi dengan demikian waktu untuk pengawasan, wawancara, dan pendidikan bertambah.

5) Tenaga

Perluasan tenaga teknik medik. Dengan adanya sistem rawat gabung, maka hanya membutuhkan tenaga perawat yang lebih sedikit. Tenaga yang berlebihan dapat disalurkan ke tempat lain atau bahkan ke lain bagian dari rumah sakit.

Sebagai salah satu contoh negara lain adalah Jose Fabella Memorial Hospital di Filipina dimana pelayanan rawat gabung telah menghemat US \$ 100.000 setiap tahunnya (Depkes. RI., 1992).

c. Fisik

Ada mekanisme spesifik dalam ASI yang meningkatkan spesifik dalam ASI yang meningkatkan kemampuan imunologis bayi yang lebih dalam ASI

Kolostrum terutama kaya akan imunoglobulin, laktoferin, makrofag, sel T, sel B, lisosim, komplemen C3 dan beberapa unsur lain (Soysa, 1981).

Penurunan episode diare setelah sistem rawat gabung telah banyak dilaporkan. Di Filipina, penurunan episode diare dilaporkan menunjukkan suatu penurunan sebanyak 93,85 % (Clavano, 1981). Demikian juga di RSCM Jakarta, terjadi penurunan episode diare (Suradi, 1983). Sedangkan penelitian di RSU Sanglah Denpasar pada tahun 1985 mengenai manfaat rawat gabung, didapatkan penurunan kejadian diare pada bayi-bayi berat lahir rendah dari 6,22% menjadi 2,58%, dan pada bayi-bayi normal didapat penurunan dari 3,84% menjadi 0,28% (Soetjiningsih, 1986).

Bayi-bayi yang mendapat ASI jarang menderita sariawan (oral thrush). Penelitian di Filipina dari bayi yang menderita sariawan, didapati 94,2% minum susu botol; 12,9% minum susu botol dan asli dan 2,9% minum ASI saja (Clavano, 1983). Di RSCM Jakarta di ruang khusus perawatan bayi didapati 12% bayi yang menderita sariawan, sedangkan pada perawatan bergabung 1% (Suradi, 1983).

Bahaya aspirasi jauh lebih sedikit pada bayi-bayi yang minum ASI karena ASI tidak bersifat iritatif dan siap untuk dicerna (Lawrence, 1980). Reflek oksitosin pada proses menyusui akan berefek mempercepat involusi rahim sehingga pendarahan ibu cepat berhenti dan ibu cepat sehat kembali (Rahardjani, 1985).

Sistem rawat gabung memungkinkan bayi untuk menetek seawal mungkin, sesering mungkin sehingga payudara selalu dapat dikosongkan.

rasa nyeri bahkan menimbulkan penyakit. Bayi akan mendapat kolostrum dan lestari mendapat ASI sehingga menambah daya tahan tubuh terhadap suasana lingkungan yang tidak sehat (Rahardjani, 1985). Sedangkan menurut Ibrahim (1980), manfaat rawat gabung ditinjau dari aspek fisik adalah :

- 1) Menyusui anak agar mudah dilakukan dan mudah berhasil. Karena anak berada disamping ibunya, maka ibu akan tahu betul waktu menyusui dan waktu anaknya lapar.
- 2) Bahaya infeksi silang dari bayi-bayi lain dapat dikurangi karena bayi terpisah dari bayi yang lain, karena bayi berada satu kamar dengan ibunya. Selain dari itu infeksi silang ini dapat dikurangi karena alat-alat untuk merawat bayi terpaksa ada, dimana dalam rencana rawat gabung ini tiap kamar harus tersedai alat-alat khusus untuk merawat. Selain alat-alat juga kontak antara perawat atau bidan dengan bayi akan berkurang, dengan demikian infeksi silang dapat dikurangi.

Resiko infeksi neonatal lebih jarang di ruangan ibu dibandingkan dengan diruangan bayi yang tertutup, dimana suatu epidemi yang luas dapat terjadi. Dengan mempertahankan kontak antara ibu dengan bayi yang terjadi segera setelah bayi lahir, membantu kolonisasi mikroorganisme (kuman) ibu di kulit dan saluran cerna bayi yang biasanya tidak patogen dan untuk itu ibu mempunyai antibodi dalam ASI-nya. Jadi, bayi sekaligus terpapar dan terlindung dari kuman penyakit sehingga terbentuk kekebalan aktif pada kehidupan selanjutnya. Sebaliknya, bayi yang dirawat di ruang bayi cenderung mendapatkan kuman penyakit yang berasal dari

Sakit. Mikroorganisme tersebut biasanya lebih patogen dan kadang-kadang kebal terhadap antibiotik. Untuk mikroorganisme ini ASI tidak mempunyai zat antibodi khusus. Hal ini dapat menjelaskan mengapa dalam lingkungan seperti ini mudah sekali terjadi epidemi penyakit kulit, saluran nafas dan saluran cerna (Kusumaningrum, 1990).

d. Pendidikan

Menurut Ibrahim (1980), manfaat rawat gabung ditinjau dari aspek pendidikan adalah sebagai berikut :

- 1) Bagi ibu-ibu yang belum berpengalaman dengan adanya rawat gabung ini dapat mempelajari bayinya, menambah pengetahuan dan pengalaman dalam merawat bayinya di rumah nanti.
- 2) Dengan mengamati tingkah laku anaknya, ia akan mengetahui hal-hal yang perlu mendapat pertolongan, misalnya bila warna muka anaknya pucat, pernafasan dangkal dan tidak teratur, buang air encer, berwarna hijau dan sebagainya.
- 3) Pertanyaan-pertanyaan yang ingin diketahui jawabannya dapat ditanyakan dengan bebas kepada perawat atau bidan, atau olehnya sendiri berdasarkan pengalaman yang telah didapat.
- 4) Rawat gabung mempunyai situasi kehidupan yang nyata, yaitu seperti di rumahnya sendiri dan mempunyai lingkungan dengan orang-orang lain yang baik.