

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Konsep Tumbuh Kembang Anak**

##### **1. Definisi Anak**

Anak merupakan individu yang berada dalam satu rentang perubahan perkembangan yang dimulai dari bayi hingga remaja. Masa anak merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan yang dimulai dari bayi (0-1 tahun) usia bermain/oddler (1-2,5 tahun), pra sekolah (2,5-5), usia sekolah (5-11 tahun) hingga remaja (11-18 tahun). Rentang ini berada antara anak satu dengan yang lain mengingat latar belakang anak berbeda. Pada anak terdapat rentang perubahan pertumbuhan dan perkembangan yaitu rentang cepat dan lambat (Soetjiningsih, 2018).

Menurut UU No.39 thn 1999 ttg HAM Pasal 1 angka 5 “Anak adalah setiap manusia yang berusia di bawah 18 (delapan belas) tahun dan belum menikah, termasuk anak yang masih dalam kandungan apabila hal tersebut adalah demi kepentingannya.

Sedangkan menurut penulis anak adalah seorang individu yang masih dalam masa perkembangan dan pertumbuhan, seorang yang belum memiliki kematangan secara fisik dan psikologis.

##### **2. Tumbuh Kembang Anak.**

Tumbuh kembang merupakan manifestasi yang kompleks dari perubahan morfologi, biokimia, dan fisiologi yang terjadi sejak konsepsi sampai maturitas/ dewasa. Banyak orang menggunakan istilah “tumbuh” dan “kembang” secara sendiri-sendiri atau bahkan

ditukar-tukar. Istilah tumbuh kembang sebenarnya mencakup 2 peristiwa yang sifatnya berbeda, tetapi saling berkaitan dan sulit dipisahkan, yaitu pertumbuhan dan perkembangan. Sementara itu, pengertian mengenai pertumbuhan dan perkembangan per definisi yaitu, pertumbuhan adalah perubahan yang bersifat kuantitatif, yaitu bertambahnya jumlah, ukuran, dimensi pada tingkat sel, maupun individu. Sedangkan perkembangan adalah perubahan yang bersifat kuantitatif dan kualitatif. Perkembangan adalah bertambahnya kemampuan, struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks, dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan/maturitas (Wiratama, 2018).

### **3. Kebutuhan Dasar Anak.**

#### **a. Kebutuhan fisik-biomedis (ASUH)**

Kebutuhan fisik-biomedik meliputi pangan (kebutuhan terpenting), perawatan kesehatan dasar (antara lain imunisasi, pemberian ASI, penimbangan bayi/anak yang teratur, pengobatan kalau sakit), papan/pemukiman yang layak, kebersihan perorangan, sanitasi lingkungan, sandang kebugaran jasmani, rekreasi, dan lain-lain.

#### **b. Kebutuhan emosi/kasih sayang (ASIH)**

Pada tahun pertama kehidupan, hubungan yang penuh kasih sayang, erat, mesra dan selaras antara ibu/pengasuh dan anak merupakan syarat mutlak untuk menjamin tumbuh kembang yang optimal, baik fisik, mental, maupun psikososial. Peran dan kehadiran ibu/pengasuh sedini dan selangggeng mungkin akan

menjalin rasa aman bagi bayi. Hubungan ini diwujudkan dengan kontak fisik (kulit/tatap mata) dan psikis sedini mungkin. Peran ayah dalam memberikan kasih sayang dan menjaga keharmonisan keluarga juga merupakan media yang bagus untuk tumbuh kembang anak.

c. **Kebutuhan akan stimulasi mental (ASAH)**

Stimulasi mental merupakan cikal bakal untuk proses belajar (pendidikan dan pelatihan) pada anak, stimulasi mental (ASAH) ini merangsang perkembangan mental psikososial: kecerdasan, keterampilan, kemandirian, kreativitas, agama, kepribadian, moral-etika, produktivitas dan sebagainya.

(Wiratama, 2018).

**B. Konsep Asma**

**1. Definisi**

Asma adalah gangguan inflamasi kronik saluran nafas yang melibatkan banyak sel dan elemennya dengan gejala klasik Asma ada tiga yaitu mengi, batuk, dan sensasi nafas tak normal atau dispnea (Plottel, 2016).

Asma adalah suatu keadaan dimana saluran nafas mengalami penyempitan karena hiperaktivitas terhadap rangsangan tertentu, yang menyebabkan peradangan; penyempitan ini bersifat berulang namun reversible, dan diantar episode penyempitan bronkus tersebut terhadap keadaan ventilasi yang lebih normal (Sylvia A. price) dalam (Nurarif, 2015).

Sedangkan menurut peneliti asma bronkhial adalah jenis penyakit saluran pernapasan yang ditandai dengan peradangan dan penyempitan saluran napas yang menimbulkan sesak atau sulit bernapas, selain sulit bernapas penderita asma juga bisa mengalami gejala lain seperti nyeri dada, batuk-batuk, dan mengi.

## 2. Klasifikasi Asma

Berat ringannya asma ditentukan oleh berbagai faktor, antara lain gambaran klinik sebelum pengobatan (gejala, eksaserbasi, gejala malam hari, pemberian obat inhalasi B-2 agonis dan uji faal paru) serta obat-obat yang digunakan untuk mengontrol Asma (jenis obat, kombinasi obat dan frekuensi pemakaian obat). Tidak ada suatu pemeriksaan tunggal yang dapat menentukan berat ringannya suatu penyakit. Dengan adanya pemeriksaan klinis termasuk uji faal paru dapat menentukan klasifikasi menurut berat ringannya Asma yang sangat penting dalam penatalaksanaan (Nurarif, 2015).

Klasifikasi derajat Asma berdasarkan gambaran klinis secara umum

Tabel 2.1

Klasifikasi derajat Asma berdasarkan gambaran klinis

Derajat Asma	Gejala	Gejala malam	Faal paru
Intermitten	Bulanan		APE>80%
	1) Gejala<1x/minggu. 2) Tanpa gejala diluar serangan. 3) Serangan singkat.	<2 kali sebulan	4) VEP >80% nilai prediksi APE>80% nilai terbaik. 5) Variabiliti APE<20%
Persisten ringan	Mingguan		APE>80%
	6) Gejala>1x/minggu tetapi<1x/hari. 7) Serangan dapat mengganggu aktifitas dan tidur	>2x sebulan	- VEP>80% nilai prediksi APE>80% nilai terbaik. - Variabiliti

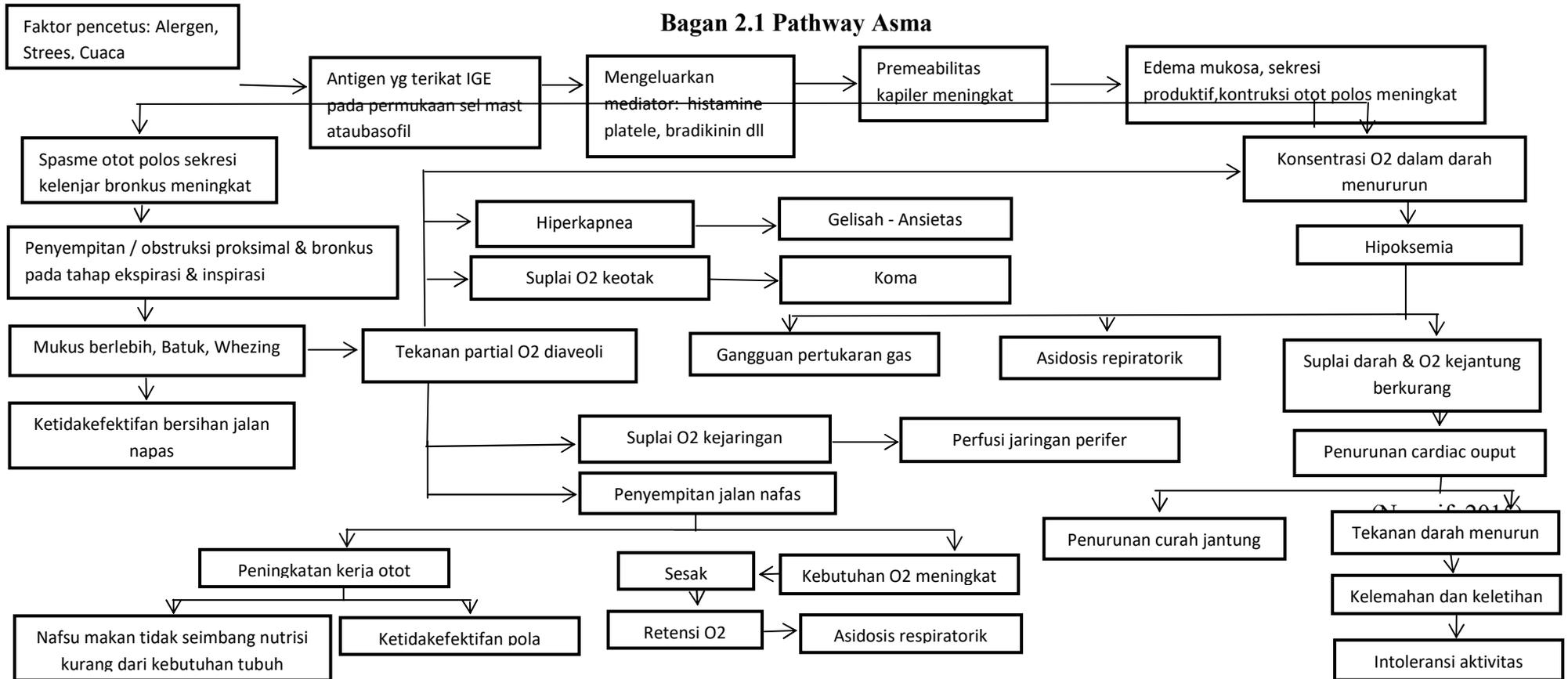
(Nurarif, 2015)

### **3. Etiologi**

Asma diklasifikasikan atas asma saat tanpa serangan dan asma saat serangan (akut). Menurut berbagai penelitian patologi dan etiologi belum diketahui dengan pasti penyebabnya, akan tetapi hanya menunjukkan dasar gejala Asma yaitu inflamasi dan respons saluran napas yang berlebihan ditandai dengan adanya kalor (panas karena vasodilatasi), tumor (esudasi plasma dan edema), dolor (rasa sakit karena rangsangan sensori), dan function laesa (fungsi yang terganggu). Dan rangg harus disertai dengan infiltrasi sel-sel radang.(Sudoyo Aru dkk) dalam (Nurarif, 2015).

#### 4. Pathway

**Bagan 2.1 Pathway Asma**



## 5. Manifestasi klinis

Tanda dan gejala Asma bervariasi sesuai dengan derajat bronkospasme. Klasifikasi keparahan eksaserbasi asma (Plottel, 2016)

Tabel 2.2  
Tanda dan gejala Asma bervariasi sesuai dengan derajat bronkospasme

Gejala	Ringan	Sedang	Berat	Gagal nafas yang mungkin terjadi
Dispnea	Sakit beraktivitas	Sakit berbicara	Pada saat istirahat	Saat istirahat
Bicara	Dalam kalimat	Dalam frasa	Dalam kata-kata	Diam
<b>Tanda</b>				
Posisi tubuh	Mampu berbaring	Lebih suka duduk	Tidak mampu berbaring	Tidak mampu berbaring
Frekuensi pernafasan	Meningkat	Meningkat	Sering kali >30/menit	>30/menit
Penggunaan obat bantu pernafasan	Biasanya tidak ada	Umumnya ada	Biasanya ada	Gerakan torakoabdominal paradoksial
Suara nafas	Mengi sedang pada pertengahan sampai akhir ekspirasi	Mengi keras selama ekspirasi	Mengi keras saat inspirasi dan ekspirasi	Gerakan udara sedikit tanpa mengi
Frek jantung (kali/menit)	<100	100-120	>120	Bradikardi reaktif
Pulsus paradoksus(mm Hg)	<10	10-25	Sering >25	Sering kali tidak ada
Setatus mental	Mungkin agitasi	Biasanya agitasi	Biasanya agitasi	Bingung atau mengantuk
<b>Pengkajian fungsional</b>				
PEF (% yang diprediksi atau terbaik secara personal)	>80	50-80	<50\respons terhadap terapi berlangsung <2 jam	<50
Sao2 (% udara ruangan)	>95	91-95	<91	<91
Pao2 (mm Hg, udara ruangan)	Normal	>60	<60	<60

(Plottel, 2016)

## 6. Penatalaksanaan

Tujuan utama penatalaksanaan Asma adalah meningkatkan dan mempertahankan kualitas hidup agar penderita Asma dapat hidup normal tanpa hambatan dalam melakukan aktifitas sehari-hari. Program penatalaksanaan Asma menurut IDI (2017) meliputi 7 komponen, yaitu:

### a. Edukasi

Edukasi yang baik akan menurunkan morbiditi dan mortaliti. Edukasi tidak hanya ditujukan untuk penderita dan keluarga tetapi juga pihak lain yang membutuhkan seperti pemegang keputusan, pembuat perencanaan bidang kesehatan/Asma, profesi kesehatan.

### b. Menilai dan monitor berat Asma secara berkala

Penilaian klinis berkala antara 1-6 bulan dan monitoring Asma oleh penderita sendiri mutlak dilakukan pada penatalaksanaan Asma. Hal tersebut disebabkan berbagai faktor antara lain:

- 1) Gejala dan berat Asma berubah, sehingga membutuhkan perubahan terapi
- 2) Paparan pencetus menyebabkan penderita mengalami perubahan pada Asmanya
- 3) Daya ingat (memori) dan motivasi penderita yang perlu direview, sehingga membantu penanganan Asma terutama Asma mandiri

### c. Identifikasi dan mengendalikan faktor pencetus

### d. Merencanakan dan memberikan pengobatan jangka panjang

Penatalaksanaan Asma bertujuan untuk mengontrol penyakit, disebut sebagai Asma terkontrol.

- e. Menetapkan pengobatan pada serangan akut
- f. Kontrol secara teratur

Pada pelaksanaan jangka panjang terdapat 2 hal yang penting diperhatikan oleh dokter yaitu:

- 1) Tindak lanjut (follow-up) teratur
- 2) Rujuk ke ahli paru untuk konsultasi atau penanganan lanjut bila diperlukan

- g. Pola hidup sehat

- 1) Meningkatkan kebugaran fisis

Olahraga menghasilkan kebugaran fisis secara umum. Walaupun terdapat salah satu bentuk Asma yang timbul serangan sesudah exercise (exercise-induced asthma/EIA), akan tetapi tidak berarti penderita EIA dilarang melakukan olah raga. Senam Asma Indonesia (SAI) adalah salah satu bentuk olahraga yang dianjurkan karena melatih dan menguatkan otot-otot pernafasan khususnya, selain manfaat lain pada olahraga umumnya.

- 2) Berhenti atau tidak pernah merokok
- 3) Lingkungan kerja

Kenali lingkungan kerja yang berpotensi dapat menimbulkan Asma

## **C. Konsep Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian Keperawatan yang dapat dilakukan pada anak yang mengalami Asma Menurut Kusuma (2015), meliputi :

#### **a. Biodata**

Identitas pasien berisikan nama pasien, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, tanggal masuk sakit, rekam medis.

#### **b. Keluhan utama**

Keluhan utama yang timbul pada klien dengan Asma adalah dispnea (sampai bisa sehari-hari atau berbulan-bulan), batuk, dan mengi (pada beberapa kasus lebih banyak paroksimal).

#### **c. Riwayat Kesehatan Dahulu**

Terdapat data yang menyatakan adanya faktor prediposisi timbulnya penyakit ini, di antaranya adalah riwayat alergi dan riwayat penyakit saluran nafas bagian bawah (rhinitis, urtikaria, dan eskrim).

#### **d. Riwayat Kesehatan Keluarga**

Klien dengan Asma sering kali didapatkan adanya riwayat penyakit turunan, tetapi pada beberapa klien lainnya tidak ditemukan adanya penyakit yang sama pada anggota keluarganya.

#### **e. Pemeriksaan fisik**

- 1) Inspeksi : Pemeriksaan dada dimulai dari torak posterior, klien pada posisi duduk, Dada diobservasi, Tindakan dilakukan dari atas (apeks) sampai kebawah, Inspeksi torak posterior, meliputi warna

kulit dan kondisinya, skar, lesi, massa, dan gangguan tulang belakang, seperti kifosis, skoliosis, dan lordosis. Catat jumlah, irama, kedalaman pernapasan, dan kesimetrisan pergerakan dada.

2) Palpasi : Dilakukan untuk mengkaji kesimetrisan pergerakan dada dan mengobservasi abnormalitas, mengidentifikasi keadaan kulit, dan mengetahui vocal/ tactile premitus (vibrasi), Palpasi toraks untuk mengetahui abnormalitas yang terkaji saat inspeksi seperti : massa, lesi, bengkak, Vocal premitus, yaitu gerakan dinding dada yang dihasilkan ketika berbicara.

3) Perkusi

Suara perkusi normal :

- a) Resonan (sonor) : bergaung, nada rendah. Dihasilkan pada jaringan paru normal.
- b) Dullnes : bunyi yang pendek serta lemah, ditemukan diatas bagian jantung, mamae, dan hati
- c) Timpani : musical, bernada tinggi dihasilkan di atas perut yang berisi udara
- d) Hipersonan (hipersonor) : bergaung lebih rendah dibandingkan dengan resonan dan timbul pada bagian paru yang berisi darah.
- e) Flatness : sangat dullnes. Oleh karena itu, nadanya lebih tinggi. Dapat terdengar pada perkusi daerah hati, di mana areanya seluruhnya berisi jaringan.

#### 4) Auskultasi

- a) Merupakan pengkajian yang sangat bermakna, mencakup mendengarkan bunyi nafas normal, bunyi nafas tambahan (abnormal).
- b) Suara nafas abnormal dihasilkan dari getaran udara ketika melalui jalan nafas dari laring ke alveoli, dengan sifat bersih.
- c) Suara nafas normal meliputi bronkial, bronkovesikular dan vesikular.
- d) Suara nafas tambahan meliputi wheezing : perural friction rub, dan crackles.

### **2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang jelas mengenai status kesehatan atau masalah actual atau resiko dalam rangka mengidentifikasi dan menentukan intervensi keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan, atau mencegah masalah kesehatan klien yang ada pada tanggung jawabnya (SDKI, 2017)

- a. Pola nafas tidak efektif b.d patologis penyakit

### **3. Rencana Keperawatan**

Rencana Keperawatan adalah tahap ketiga dari proses keperawatan dimana pada tahap ini ada empat tahap yaitu menentukan prioritas masalah, menentukan tujuan, menentukan kriteria hasil, merupakan intervensi dan aktivitas perawatan (SIKI, 2017).

**Tabel 2.3**  
**Rencana tindakan keperawatan**

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Luaran SLKI</b>	<b>Intervensi Keperawatan SIKI</b>
Pola nafas tidak efektif	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Pola nafas tidak efektif mengalami perbaikan dengan Kriteria Hasil : a. Frekuensi nafas dalam rentang normal b. Irama pernafasan teratur c. Kedalaman inspirasi normal d. Tidak ada suara nafas tambahan e. Tidak ada retraksi dinding dada	<p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> <li>2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, weezing, ronkhi kering)</li> <li>3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)</li> </ol> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma cervical)</li> <li>5. Posisikan semi-Fowler atau Fowler</li> <li>6. Berikan minum hangat</li> <li>7. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu</li> <li>8. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</li> <li>9. Lakukan hiperoksigenasi sebelum</li> <li>10. Penghisapan endotrakeal</li> <li>11. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill</li> <li>12. Berikan oksigen, jika perlu</li> <li>13. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi</li> <li>14. Ajarkan dan instruksikan bagaimana agar biasakan melakukan batuk efektif</li> <li>15. Monitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas</li> <li>16. penggunaan otot bantu pernafasan dan retraksi otot</li> </ol> <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>17. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi.</li> <li>18. Ajarkan teknik batuk efektif</li> <li>19. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi posisi <i>semifowler</i></li> </ol> <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>20. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.</li> </ol>

(SIKI, 2017).

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana perawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri (independen) adalah aktivitas perawat yang didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan merupakan petunjuk atau perintah dari petugas kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang didasarkan hasil keputusan bersama, seperti dokter dan petugas kesehatan lain. Agar lebih jelas dan akurat dalam melakukan implementasi, diperlukan perencanaan keperawatan yang spesifik dan operasional (SIKI, 2017).

#### **5. Evaluasi**

Evaluasi merupakan kesehatan pasien dapat dilihat dari hasilnya. Tujuannya adalah untuk mengetahui sejauh mana tujuan perawatan dapat di capai dan memberikna umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang di berikan (SLKI, 2017).

### **D. Konsep Media Edukasi Booklet**

#### **1. Pengertian Media Pendidikan kesehatan**

Pendidikan kesehatan adalah suatu penerapan konsep pendidikan dalam bidang kesehatan. Dilihat dari segi pendidikan, pendidikan kesehatan adalah suatu pedagogic praktis atau praktis pendidikan. Oleh sebab itu, pendidikan kesehatan adalah pendidikan yang diaplikasikan pada bidan kesehatan (Notoatmodjo, 2014).

## **2. Tujuan Pendidikan Kesehatan**

Tujuan utama pendidikan kesehatan (Adventus et al., 2019) yaitu :

- a. Menetapkan masalah dan kebutuhan mereka sendiri.
- b. Memahami apa yang dapat mereka lakukan terhadap masalahnya, dengan sumber daya yang ada pada mereka ditambah dengan dukungan dari luar.
- c. Memutuskan kegiatan yang paling tepat guna untuk meningkatkan taraf hidup sehat dan kesejahteraan masyarakat

## **3. Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan**

Menurut Notoatmodjo (2014), ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi, antara lain dimensi sasaran pendidikan, dimensi tempat pelaksanaan atau aplikasinya dan dimensi tingkat pelayanan kesehatan. Dari dimensi sasarannya pendidikan kesehatan dapat dikelompokkan menjadi 3, yaitu:

1. Pendidikan kesehatan individual, dengan sasaran individu.
2. Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok.
3. Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat

## **4. Media Pendidikan Kesehatan**

Menurut Notoatmodjo (2014), ada beberapa bentuk media penyuluhan antara lain (Notoadmojo, 2014) :

- a. Berdasarkan stimulasi indra
  1. Alat bantu lihat (*visual aid*) yang berguna dalam membantu menstimulasi indra penglihatan

2. Alat bantu dengar (*audio aids*) yaitu alat yang dapat membantu untuk menstimulasi indra pendengar pada waktu penyampaian bahan pendidikan/pengajaran
  3. Alat bantu lihat-dengar (*audio visual aids*)
- b. Berdasarkan pembuatannya dan penggunaannya
1. Alat peraga atau media yang rumit, seperti film, film strip, slide, dan sebagainya yang memerlukan listrik dan proyektor
  2. Alat peraga sederhana, yang mudah dibuat sendiri dengan bahan – bahan setempat

## **5. Booklet Sebagai Media Pendidikan Kesehatan**

Booklet adalah suatu media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dalam bentuk tulisan dan gambar. Booklet sebagai saluran, alat bantu, sarana dan sumber daya pendukungnya untuk menyampaikan pesan harus menyesuaikan dengan isi materi yang akan disampaikan.

## **6. Manfaat Booklet**

Manfaat booklet sebagai media komunikasi pendidikan kesehatan adalah :

- a. Menimbulkan minat sasaran pendidikan.
- b. Membantu di dalam mengatasi banyak hambatan.
- c. Membantu sasaran pendidikan untuk belajar lebih banyak dan cepat.
- d. Merangsang sasaran pendidikan untuk meneruskan pesan-pesan yang diterima kepada orang lain.
- e. Mempermudah penyampaian bahasa pendidikan.
- f. Mempermudah penemuan informasi oleh sasaran pendidikan.

- g. Mendorong keinginan orang untuk mengetahui lalu mendalami dan akhirnya mendapatkan pengertian yang lebih baik.
- h. Membantu menegakkan pengertian yang diperoleh (Notoatmodjo, 2014).

## **7. Syarat Penyusunan Booklet**

Menurut Adventus, Jaya, and Mahendra (2019) dalam menyusun sebuah booklet sebagai bahan ajar, mencakup sebagai berikut :

- a. Judul diturunkan dari KD atau materi pokok sesuai dengan besar kecilnya materi.
- b. KD/materi pokok yang akan dicapai, diturunkan dari SI dan SKL.
- c. Penyajian kalimat disesuaikan dengan usia dan pengalaman membaca, sehingga informasi pendukung dijelaskan secara jelas, padat, dan menarik. Untuk peserta didik SMP di upayakan untuk membuat kalimat tidak terlalu panjang.
- d. Agar tidak terkesan monoton dalam penyajian booklet selain teks gambar-gambar juga sangat di butuhkan dalam penyampaian isinya.
- e. Gambar yang ditampilkan merupakan gambar yang mudah dipahami oleh peserta didik
- f. Isi disusun berdasarkan kebutuhan peserta didik.
- g. Booklet mudah dibawa kemana saja dan kapan saja.
- h. Memuat informasi yang lengkap, meskipun tidak rinci dan berurutan.

## **8. Kelebihan Booklet**

Booklet memiliki beberapa kelebihan yaitu:

- a. Dapat dipelajari setiap saat, karena disain berbentuk buku.
- b. Memuat informasi relatif lebih banyak dibandingkan dengan poster.

- c. Klien dapat menyesuaikan dari belajar mandiri.
- d. Pengguna dapat melihat isinya pada saat santai.
- e. Informasi dapat dibagi dengan keluarga dan teman.
- f. Mudah dibuat, diperbanyak dan diperbaiki serta mudah disesuaikan.
- g. Mengurangi kebutuhan mencatat.
- h. Dapat dibuat secara sederhana dengan biaya relatif murah.
- i. Awet
- j. Daya tampung lebih luas
- k. Dapat diarahkan pada segmen tertentu.

#### **E. Tinjauan Menurut Al-Islam Kemuhmadiyah**

Pahala memberi penghidupan dan merawat anak : Dari Abu Hurairah, Rasulullah SAW bersabda: “Satu dinar yang engkau keluarkan di jalan Allah, lalu satu dinar yang engkau keluarkan untuk memerdekakan seorang budak, lalu satu dinar yang engkau keluarkan untuk satu orang miskin, dibandingkan dengan satu dinar yang engkau nafkahkan untuk keluargamu maka pahalanya lebih besar (dari amalan kebaikan yang disebutkan tadi, pen)” (HR. Muslim).

Pahala bekerja keras untuk merawat anak dan keluarga : Dari Sa’ad bin Abi Waqqosh, Rasulullah SAW bersabda: “Sungguh tidaklah engkau menginfakkan nafkah (harta) dengan tujuan mengharap (melihat) wajah Allah (pada hari kiamat nanti) kecuali kamu akan mendapatkan ganjaran pahala (yang besar), bahkan untuk makanan yang kamu berikan kepada istrimu.” (HR. Bukhari)

Dalil merawat anak dan keluarga saat sakit : Imam Nawawi dalam kitabnya al-Majmû' menuturkan, para sahabatnya dan yang lainnya mengatakan bahwa orang yang sedang sakit disunahkan untuk bersabar. Ada banyak dalil dari Al-Qur'an dan hadits yang menuturkan tentang keutamaan bersabar.

Allah subhânahû wa ta'âlâ berfirman di dalam Surat Az-Zumar ayat 10: !

حَسَابٍ بِغَيْرِ أَجْرٍ هُمْ الصَّابِرُونَ يُوفَىٰ تَمَّا

Artinya: “Sesungguhnya orang-orang yang bersabar akan dipenuhi pahala mereka tanpa hitungan.” Sebuah hadits riwayat Imam Muslim menuturkan sabda Rasulullah shallallâhu ‘alaihi wa sallam:

وَرَقَهَا الشَّجْرَةُ تَحْطُّ كَمَا سَيِّئَاتِهِ، بِهِ اللَّهُ حَطَّ إِلَّا سِوَاهُ فَمَا مَرَضٍ، مِنْ أَدَىٰ يُصِيبُهُ مُسْلِمٍ مِنْ مَا

Artinya: “Tidaklah seorang muslim terkena suatu penyakit dan lainnya kecuali karenanya Allah menggugurkan kejelekan-kejelekannya sebagaimana sebuah pohon menggugurkan daunnya.” Imam Nawawi memberikan penjelasan bahwa di dalam hadits tersebut ada pelajaran bahwa kesalahan-kesalahan akan dilebur dengan berbagai penyakit di dunia meskipun hanya sedikit kesusahannya.