

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Dasar Risiko Prilaku Kekerasan

##### 1. Defisini Risiko Prilaku Kekerasan

Tujuan dari tindakan kekerasan adalah untuk menyebabkan kerusakan fisik dan psikologis pada orang lain. Perilaku agresif termasuk kekerasan, termasuk menyakiti atau menyakiti orang lain, termasuk benda atau hewan. agresivitas sebagai modus emosi dan pemikiran berbeda dari agresivitas sebagai modus tindakan. Menurut Muhith (2015), agresi merupakan reaksi terhadap sentimen kemarahan, kekecewaan, kebencian, atau ancaman yang menimbulkan kemarahan.

Kemarahan adalah sensasi atau emosi yang berkembang sebagai respons terhadap kecemasan yang meningkat dan dipandang sebagai bahaya. Menurut Dalami et al. (2014), kemarahan juga bisa menjadi reaksi atau ekspresi sentimen terhadap situasi yang tidak diinginkan seperti kekecewaan, ketidakpuasan, dan tidak mendapatkan apa yang diinginkan. Ketika ini terjadi, itu dapat mengarah pada perilaku kekerasan sebagai sarana perkelahian dan hukuman. Tujuan dari perilaku kekerasan atau agresif adalah untuk menyebabkan kerugian fisik atau psikologis pada orang lain (Muhith, 2015). Ketika seseorang bertindak kasar, mereka mengungkapkan kemarahannya dengan cara yang tidak pantas yang membahayakan orang lain, diri mereka sendiri, dan bahkan lingkungan (Prabowo, 2014). Orang yang terlibat dalam perilaku kekerasan

melakukannya dengan tujuan menyakiti atau melukai orang lain. Individu yang terlibat dalam aktivitas kekerasan melakukannya dengan maksud untuk menyebabkan kerugian atau cedera pada orang lain. Menurut Saragih et al. (2014), perilaku kekerasan ini dapat berupa tatapan mata marah, bahasa tegas, perilaku menuntut, dan aktivitas kekerasan itu sendiri. Perilaku kekerasan adalah kondisi kehilangan kendali atas tindakan seseorang dan diarahkan pada orang lain serta terhadap diri sendiri (yang mungkin berbentuk pengabaian diri atau melukai diri sendiri).

## 2. Etiologi

Proses terjadinya perilaku kekerasan disebabkan oleh dua faktor, faktor predisposisi dan faktor presipitasi (Keliat 2017).

### a. Faktor predisposisi.

#### 1) Faktor psikologis.

- a) Terdapat asumsi seseorang mengalami hambatan yang timbul dorongan agresif.
- b) Masa kecil yang kurang menyenangkan.
- c) Adanya kekerasan dalam keluarga, dan lingkungan
- d) Rasa frustrasi
- e) Teori psikonaltik, menjelaskan bahwa tidak terpenuhinya kepuasan yang menimbulkan membuat konsep diri yang rendah dan tidak berkembangnya ego. Kekerasan dan agresif ini dapat

meningkatkan citra diri serta memberikan arti dalam hidupnya dan memberikan kekuatan.

## 2) Faktor biologi

Berdasarkan teori biologi ada beberapa hal yang dapat mempengaruhi seseorang pada pasien perilaku kekerasan.

- a) Pengaruh Genetik, genetik pada umumnya dimiliki oleh narapidana (tindakan kriminal) dan perilaku agresif sangat erat kaitannya dengan genetik.
- b) Gangguan otak, pengaruh dari perilaku agresif dan tindakan kekerasan bisa terjadi pada sindrom otak organik berhubungan dengan berbagai gangguan serebral, trauma otak, penyakit epilepsy, ensefalitis dan tumor otak.
- c) Pengaruh Neurofisiologik, sistem neurologi mempunyai dampak dalam menghambat impuls agresif, dan dapat menyebabkan timbulnya respon agresif dan perilaku bermusuhan.

## b. Faktor prespitasi

Secara umum seseorang akan marah jika dirinya merasa terancam baik berupa injury secara fisik, psikis, atau ancaman konsep diri. Beberapa faktor pencetus perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

- 1) Klien : kelemahan fisik, kepuasan, ketidakberdayaan, kehidupan penuh dengan agresif dan masa lalu yang tidak menyenangkan.

- 2) Interaksi : penghinaan, kekerasan, kehilangan orang yang berarti, konflik, merasa terancam baik internal dari permasalahan diri klien sendiri maupun eksternal dari lingkungan.
- 3) Lingkungan : panas, padat dan bising yang membuat klien tidak bisa mengontrol pikirannya.

### 3. Tanda dan Gejala

Menurut Direja (2011), pasien dengan risiko perilaku kekerasan dapat dilihat tanda dan gejalanya yaitu:

#### a. Fisik

Mata melotot, pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengantup, Wajah merah dan tegang, serta postur tubuh kaku.

#### b. Verbal

Mengancam, mengumpat dengan kata-kata kasar, bicara dengan nada keras, kasar dan ketus.

#### c. Prilaku

Menyerang orang lain, melukai diri sendiri/orang lain, merusak lingkungan amuk/agresif.

#### d. Emosi

Tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, merasa terganggu, dendam, jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan dan menuntut.

e. Intelektual

Mendominasi cerewet, kasar, berdebat, meremehkan, dan jarang mengeluarkan kata-kata bernada sarkasme.

f. Spritual

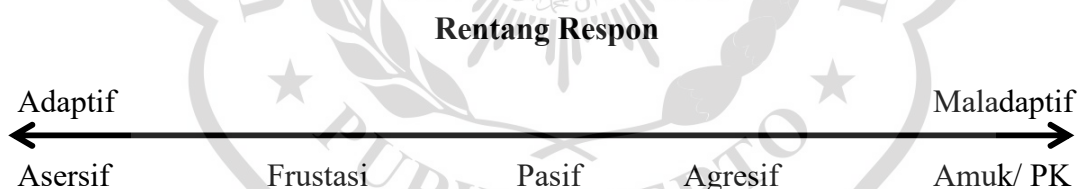
Merasa dirinya berkuasa, merasa dirinya benar, keragu-raguan tidak bermoral dan kreativitas terhambat.

g. Sosial

Menarik diri pengasingan, penolakan, ejekan dan sindrian.

4. Rentang respon

Prilaku atau respon kemarahan dapat berflutuatif dalam rentang adaptif sampai maladaptif. Rentang respon marah menurut (Fitria 2010). Dimana amuk dan agresif pada rentang maladaptif, seperti gambar berikut :



**Gambar 2.1 Rentang Respon Prilaku Kekerasan.**

Keterangan :

Asersif : kemarahan yang diungkapkan tanpamenyakiti orang lain.

Frustasi : Kegagalan mencapai tujuan karena tidak realitis/ terhambat

Pasif : Respon lanjutan dimana pasien tidak mampu mengungkapkan perasaanya.

Agresif : Prilaku destruktif tapi masih terkontrol.

Amuk : Prilaku destruktif dan tidak terkontrol.

## 5. Tahapan terjadinya Risiko Prilaku Kekerasan

**Table 2.1 Lima fase siklus agresif menurut Keliat (2009)**

<b>Fase</b>	<b>Definisi</b>	<b>Tanda, gejala dan prilaku</b>
Pemicu	Peristiwa terjadi atau keadaan di lingkungan memunculkan respon klien yang sering kali dalam bentuk kemarahan atau permusuhan.	Gelisah, ansietas, iritabilitas, mondar-mandir, otot tegang RR cepat berkeringat, suara keras dan marah.
Eskalasi	Responklien memperlihatkan peningkatan prilaku yang mengindikasikan pergerakan menuju kehilangan kendali.	Wajahpucat/kemerahan, berteriak, bersumpah, agitasi, mengancam menuntut mengepakan tangan, gestur mengancam menunjukan sikap bermusuhan, kehilangan kemampun untuk menyelesaikan masalah atau berpikir jernih.
Krisis	Periode krisis emosional dan fisik ketika klien kehilangan kendali.	Kehilangan kendali fisik dan emosional, melemparkan benda, menendang, memukul, meludah, mengigit, mencakar tidak mampu berkomunikasi dengan jelas.
Pemulihan	Klien memperoleh kembali kendali fisik dan emosional	Merendahkan suara, ketegangan otot berkurang, komunikasi lebih jelas dan rasional, relaksasi fisik.
Pascakrisis	Klien berusaha memperbaiki hubungan dengan orang lain dan kembali ke tingkat sebelum insiden agresi dan kembali seperti semula	Menyesal, meminta maaf, menangis, prilaku menarik diri.

## 6. Penatalaksanaan medis

Menurut Eko Prabowo (2014) penatalaksanaan pada klien dengan perilaku kekerasan adalah sebagai berikut:

### a. Terapi Farmakologi

Pasien yang menunjukkan perilaku agresif memerlukan perawatan dan terapi yang tepat. Mengenai penggunaan obat neuroleptik, seperti Chlorpromazine HCL, yang bermanfaat untuk mengelola psikomotorik, obat ini memiliki tingkat efektif yang tinggi. Dengan tidak adanya obat antipsikotik seperti neuroleptik, dosis efektif yang rendah dapat digunakan, seperti trifluoperazine estelasine. Meskipun bukan antipsikotik, obat penenang dan neuroleptik memiliki sifat menenangkan, menenangkan, dan anti-agitasi.

b. Terapi Okupasi

Terapi yang sering diterjemahkan sebagai terapi okupasi ini tidak mengharuskan Anda diberi pekerjaan untuk melakukan aktivitas dan mendapatkan kembali kemampuan Anda untuk berkomunikasi. Sebagai gantinya, Anda dapat melakukan aktivitas apapun, termasuk membaca koran dan bermain catur, sebagai bagian dari terapi ini. Setelah seleksi dan pemilihan rencana kegiatan, tahap pertama yang harus diselesaikan oleh petugas rehabilitasi adalah terapi ini.

c. Peran serta keluarga

Sistem pendukung utama untuk setiap kondisi pasien yang menawarkan pengobatan langsung adalah keluarga mereka. Keluarga dengan keterampilan pemecahan masalah akan mampu menghentikan perilaku maladaptif sebelum terjadi, menghentikan perilaku maladaptif yang terjadi, dan mengembalikan perilaku maladaptif menjadi perilaku

adaptif sehingga kondisi kesehatan pasien dapat ditingkatkan semaksimal mungkin.

d. Terapi somatik

Menurut Depkes RI (2000) Terapi somatik adalah terapi yang diberikan kepada pasien gangguan jiwa dengan tujuan mengubah perilaku maladaptif menjadi perilaku adaptif dengan melakukan tindakan yang ditunjukkan pada kondisi fisik pasien, namun sasaran terapi adalah perilaku pasien.

e. Terapi kejang listrik (ECT)

Perawatan yang dikenal sebagai terapi elektrokonvulsif (ECT) menggunakan elektroda yang ditempatkan di pelipis pasien untuk memberikan arus listrik untuk menghasilkan kejang pada pasien. Awalnya, pengobatan skizofrenia ini melibatkan 20 sampai 30 sesi terapi, yang sering diselesaikan dua kali seminggu.

7. Pohon Masalah

Prilaku kekerasan



Risiko prilaku kekerasan (core problem)



Harga diri rendah (causa)

### **Gambar 2.2 Pohon Masalah ( Yusuf, Fitryasari & Nihayati, 2015).**

Pohon masalah diatas terdapat dua gangguan konsep diri: Harga diri rendah serta risiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan yang dapat menyebabkan prilaku kekerasan.

#### **B. Konsep Asuhan Keperawatan Risiko Prilaku Kekerasan**

Fase awal proses pengungkapan dan komponen kuncinya adalah penilaian. Pengumpulan data yang akurat dan metodis akan membantu dalam menentukan status kesehatan klien, pola defensif, kekuatan, dan persyaratan serta dalam mengembangkan formasi diagnostik. Untuk mendeteksi masalah, memenuhi persyaratan kesehatan, dan menyertakan klien dalam kesejahteraan mental, sosial, dan lingkungan mereka, penilaian adalah ide mendasar di balik proses keterlibatan (Prabowo, 2014).

Menurut Keliat (2010), data subyektif klien seperti mengancam, memaki, atau mengungkapkan pembalasan dan kekesalan harus diteliti pada pasien dengan perilaku kekerasan. Klien menuduh dan mengajukan tuntutan hukum. Menurut data objektif, klien menunjukkan indikasi seperti kepala tangan, lengan terkepal, wajah merah dan tegang, postur tubuh kaku, suara keras, dan mata melotot dengan pandangan sekilas (Handayani et al. 2017). Oleh karena itu, pengumpulan data, analisis data, dan diagnosis merupakan bagian dari evaluasi. Mendapatkan data yang diperlukan, umumnya yang dikembangkan formulir pengkajian dan petunjuk teknis pengkajian agar memudahkan dalam pengkajian adalah sebagai berikut:

1. Identitas klien

Mayoritas perilaku kekerasan dilakukan oleh laki-laki, yang biasanya berusia antara 30 dan 50 tahun dan memiliki latar belakang pendidikan rata-rata lulusan SD.

2. Keluhan utama

Perawat menanyakan pada keluarga/pasien hal yang menyebabkan klien dan keluarga datang ke rumah sakit, apa saja yang telah dilakukan keluarga untuk mengatasi masalah ini dan perkembangan apa yang sudah di capai.

3. Faktor predisposisi

Perawat menanyakan kepada keluarga apakah klien pernah mengalami gangguan jiwa, melakukan atau mengalami kekerasan fisik atau seksual, ditolak oleh orang lain, atau pernah menjadi korban kekerasan keluarga sebelum melakukan pemeriksaan psikologis, biologis, dan sosiokultural.

4. Aspek fisik/biologis

Hasil pengukuran tanda-tanda vital (TD, suhu, respirasi, BB, TB) dan keluhan fisik yang pasien alami.

5. Aspek Spritual

- a. Genogram yang menggambarkan tiga generasi
- b. Konsep diri
- c. Hubungan sosial dengan orang lain yang terdekat dalam kehidupan, kelompok, yang diikuti dalam masyarakat.

d. Spritual mengenai nilai keyakinan dan kegiatan ibadah.

6. Spritual mental

Perawat menilai pasien rapi atau tidak, amati pembicaraan pasien, aktivitas motorik pasien, interaksi selama wawancara, persepsi, proses pikir, isi pikir, tingkat kesadaran, memori dan tingkat konsentrasi.

7. Diagnosa keperawatan

Menurut (Yusuf, A Fitriyari, Nihayati, 2015).

- a. Risiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan berhubungan dengan perilaku kekerasan.
- b. Perilaku kekerasan berhubungan dengan harga diri rendah.

8. Rencana Keperawatan

a. SP 1 :

- 1) Membina hubungan saling percaya (BHSP).
- 2) Mendiskusikan dengan pasien tentang penyebab marah dan tanda gejala yang dirasakan saat marah, latihan cara mengontrol tarik nafas dalam.

b. SP 2 :

Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan dengan obat (bantu pasien meminum obat dengan prinsip lima benar (benar nama, pasien, obat, waktu, dan dosis obat).

c. SP 3 :

Latihan cara mengontrol marah pasien dengan fisik ( yaitu dengan memukul bangsal dan teknik nafas dalam).

d. SP 4 :

Membantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara sosial /verbal. Latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal dan susun jadwal latihan mengungkapkan kemarahan secara verbal.

e. SP 5 :

Bantu pasien latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara spritual ( diskusikan hasil latihan mengendalikan perilaku kekerasan secara secara fisik sosial/verbal, latihan beribadah dan berdoa serta memasukan jadwal latihan ibadah/berdoa). Awaludin 2016.

9. Implementasi

Tahap implementasi adalah ketika perawat mempraktikkannya melalui intervensi keperawatan untuk membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditentukan sebelumnya. Kemampuan berkomunikasi yang efektif, kemampuan menumbuhkan rasa saling percaya dan saling membantu, kemampuan melakukan teknik, kemampuan psikomotorik, kemampuan melakukan observasi sistemik, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi, dan kemampuan evaluasi merupakan keterampilan yang harus dimiliki perawat di tahap implementasi (Anggit, 2021).

10. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan prosedur yang berkesinambungan untuk melihat bagaimana respon pasien terhadap metode pertolongan. Teknik SOAP digunakan untuk melakukan evaluasi sebagai berikut:

S: Reaksi individu pasien terhadap tindakan kebaikan yang dilakukan

O: Reaksi pasien yang tidak bias terhadap intervensi.

A: Menganalisis subjektivitas data dan tujuan untuk melihat apakah masih ada isu, apakah muncul masalah baru, atau ada data yang bertentangan

T: Berdasarkan temuan pemeriksaan reaksi pasien, tindak lanjut. Jika masalah tidak diubah, rencana tindak lanjut dapat dilanjutkan atau disesuaikan (jika masalah tetap ada setelah semua tindakan terapeutik dilakukan dan hasilnya tidak memuaskan) (Anggit, 2021).

**Tabel 2.2 Evaluasi kemampuan sebelum dan sesudah terapi spritual berdo'a dan membaca al-quran.**

No	Aspek Penilaian Kemampuan Klien	Penilaian			
		Sebelum		Sesudah	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	Pasien mampu mengenal masalah risiko perilaku kekerasan				
2	Pasien mampu melakukan kegiatan spritual dengan baik				
3	Pasien mampu mempratekan cara membaca Al-quran dan berdo'a dengan benar.				
4	Pasien dapat mempratekan yang di ajarkan perawat secara mandiri.				
5	Pasien patuh dalam pemberian obat.				

**Tabel 2.3 Evaluasi dan tanda risiko perilaku kekerasan gejala Tn F sebelum dan sesudah dilakukan terapi spritual.**

No	Aspek penilaian Tanda dan Gejala Klien	Penilaian			
		Sebelum		Sesudah	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	Klien mengetahui penyebab dirinya marah dan cara mengontrol marah				
2	Klien mengetahui cara mengontrol marah Fisik (tarik nafas dalam dan pukul bantal)				
3	Klien dapat mengontrol marah secara verbal, sperti menolak dengan baik.				
4	Klien dapat mengontrol marah dengan spritual sperti latihan sholat dan berdo'a serta				

---

membaca al-quran.

5 Klien patuh dalam pemberian obat.

---

### **C. Konsep Asuhan Keperawatan Risiko Prilaku Kekerasan**

#### **1. Definisi terapi spritual**

Jenis pengobatan yang paling berhasil adalah terapi spritual karena membantu pasien menerima diri mereka apa adanya, meredakan emosi mereka, membawa kedamaian, membantu mereka lebih dekat dengan Allah SWT, dan membantu mereka melihat penyakit mereka sebagai ujian dari Allah SWT. Spiritualitas adalah cara berpikir yang berkaitan dengan Yang Maha Kuasa. Dengan kata lain, keyakinan spritual seseorang dapat membantu mereka menjaga keharmonisan—baik dengan diri mereka sendiri maupun dengan orang lain. Kebutuhan spritual dapat terpenuhi jika seseorang dapat menumbuhkan rasa syukur, kejujuran, dan kesabaran (Yusuf, 2016 dalam Triyani, Dwidiyanti & Suerai, 2019). Keyakinan spritual berdampak pada perilaku di semua tingkat perawatan dan kesehatan.

Ini menunjukkan bagaimana spiritualitas dapat meningkatkan efek menguntungkan pada kesejahteraan dan memainkan peran penting dalam memperpanjang hidup pasien dan membantu rehabilitasi mereka. Dengan meningkatkan kualitas hidup dari sudut pandang psikologis, manfaat spritual bagi penderita gangguan jiwa dapat mengurangi penyebab dan gejalanya (Sari, 2014). Kualitas hidup pasien dapat dipengaruhi oleh intervensi pemenuhan spritual yang diberikan kepada pasien skizofrenia

dengan memberi mereka kesempatan untuk berdoa dan berdoa, intervensi doa, khususnya dengan melakukan sholat sambil juga memperagakan sholat dan melarang sholat setelah selesai sholat (Aryanu & Mamnu'ah, 2014).

Dari hasil pengambilan data di RSUD BANYUMAS Berdasarkan hasil survey pendahuluan yang diambil dari Instalasi Jiwa RSUD Banyumas diperoleh data penderita gangguan jiwa pada tahun 2015 sebanyak 2050 orang yang meliputi 4 ruang yaitu dengan rincian yang masih hidup sebanyak 2039 orang, sedangkan yang meninggal 11 orang. Adapun diagnosa yang paling dominan pada pasien gangguan jiwa di Instalasi Jiwa RSUD Banyumas yaitu skizofrenia. Dengan itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang terapi spritual pada penderita risiko prilaku kekerasan di RSUD Banyumas, karena merasa menarik untuk dilakukan peneliti ingin mengetahui bagaimana dampak dari terapi spritual ini pada penderita risiko prilaku kekerasan.

## 2. Tujuan pemberian terapi spritual

Terapi spritual ini memiliki kecenderungan untuk menyentuh sisi spiritualitas manusia, mengaktifkan titik Tuhan (titik Tuhan atau titik spritual manusia), dan membawa pasien kembali ke kesadaran akan asal-usulnya, tujuan penciptaan manusia, tugas-tugas yang harus dilakukan. manusia harus melaksanakan di dunia, dan beberapa hal yang pantas untuk dilakukan. Hal-hal yang tidak cocok untuk manusia ada di dunia dan

mengembalikan umat manusia ke kemurniannya. Pasien akan didorong oleh semua ini untuk meningkatkan terapi spiritualnya (Rohman, 2009).

3. Langkah-langkah pemberian terapi spritual.
  - a. Strategi Pelaksanaan (SP 1). Bina hubungan saling percaya (BHSP).
  - b. Strategi Pelaksanaan (SP 2). Melatih klien mengontrol prilaku kekerasan dengan cara minum obat.
  - c. Strategi Pelaksanaan (SP 3). Melatih klien mengontrol prilaku kekerasan dengan cara spritual.

#### 3) Wudhu

Mengintruksikan pasien untuk mempraktekan wudhu dengan benar seperti

- a) Mencuci kedua telapak tangan.
- b) Berkumur 3x
- c) Membersihkan hidung ( 3x)
- d) Membasuh muka ( 3x)
- e) Membasuh kedua tangan sampai siku (3x)
- f) Membasuh kepala dari ubun ubun ke belakang ( 3x)
- g) Membasuh kedua telinga ( 3x)
- h) Mencuci kedua kaki ( 3x).

#### 4) Sholat

Mengintrusikan dan mendampingi pasien mempratekan sholat dengan langkah-langkah :

- a) Niat sholat

- b) Berdiri tegak
  - c) Takbiratul ikram
  - d) Membaca al-fatihah
  - e) Membaca surat pendek
  - f) Ru'ku
  - g) Bangun dari ru'ku dan i'tidal
  - h) Sujud
  - i) Tasyahud akhir.
- 5) Berdzikir
- Mengintrusikan pasien untuk berdzikir dengan cara :
- a) Mengucapkan istigfar sebanyak 3 x atau lebih
  - b) Mengucapkan subhanallah sebanyak 3 kali atau lebih
  - c) Mengucapkan alhamdulillah sebanyak 3 kali atau lebih
  - d) Mengucapkan allahuakbar sebanyak 3 kali atau lebih
- 6) Membaca ayat suci al-quran
- a) Menginstrusikan pasien untuk duduk rileks
  - b) Mengintrusikan pasien untuk membaca ayat suci al-quran yang pasien bisa.

#### 4. Aspek Spritual.

Ekspresi kemarahan individu dipengaruhi oleh keyakinan, nilai, dan moralitas mereka. Interaksi antara manusia dan lingkungan dipengaruhi oleh beberapa faktor. Ini bertentangan dengan konvensi yang diterima dan dapat menyebabkan kebencian, yang dapat ditunjukkan melalui amoralitas

dan perasaan tidak bersalah yang palsu. orang yang beriman kepada Tuhan Yang Maha Esa.

5. Hadist HR. Dzikir.

Ar Ra'ad ayat 28

Dalam ayat ini, Allah SWT mengingatkan hambaNya untuk jangan pernah menjauh dariNya dalam menjalani kehidupan. Kesulitan yang sedang dialami jangan sampai mengakibatkan manusia jauh dari Allah SWT.

الْقُلُوبُ تَطْمَئِنُّ بِاللَّهِ بِذِكْرِهِ أَلَا ۗ اللَّهُ بِذِكْرِ قُلُوبِهِمْ وَتَطْمَئِنُّ آمَنُوا الَّذِينَ

Arab latin: Allazina amanu wa tatma 'innu qulubuhum bizikrillah, ala bizikrillahi tatma 'innul-qulub

Artinya: "(Yaitu) orang-orang yang beriman dan hati mereka menjadi tenteram dengan mengingat Allah. Ingatlah, hanya dengan mengingati Allah-lah hati menjadi tenteram.

6. Keutamaan membaca al-quran

Al-quran berada pada derajat tinggi di sisi Allah menurut dalil Umar bin Khattab meriwayatkan bahwa Nabi Saw bersabda “ Sesungguhnya Allah mengangkat derajat suatu kaum dan merendhkannya dengan kitab ini. (Al-quran )” (HR.Muslim 2009).

Keutamaan Al-quran sangat banyak berdasarkan Al-Quran. Selain yang ditulis di atas, keutamaan membaca Al-quran lainnya sangat banyak.