

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A.TELAAH PUSTAKA**

##### **1. Kejang Demam**

###### **a. Pengertian**

Kejang demam telah didefinisikan sebagai kejang yang berhubungan dengan demam juga yang disebabkan oleh infeksi atau peradangan di luar pusat sistem saraf (SSP), pada anak-anak yang dinyatakan normal secara neurologis '(National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2013).Kejang demam dikarenakan adanya meningitis dan ensefalitis, tetapi ini tidak boleh diberi label sebagai kejang demam menurut konvensi (NICE, 2013).

Kejang demam adalah alasan umum yang merujuk kesehatan pada profesional kesehatan. Pada tahun 2016–2017, Inggris menyaksikan 11.760 jiwa mengalami rawat inap terkait dengan penyakit kejang demam (Sekunder Analisis Perawatan, NHS Digital, komunikasi pribadi). Ini yang terjadi pada kejang yang mendadak yang tidak terduga pada anak-anak, atau hanya rasa takut pada salah satunya, bisa membuat kedua orang tua stress

dan profesional kesehatan; hal itu dapat menyebabkan upaya yang berlebihan untuk menurunkan suhu tubuh anak dan mengakibatkan 'demam fobia' (Banks et al, 2013).

#### **b. Epidemiologi**

Kejang demam adalah yang paling sering ditemui kejang masa kanak-kanak: kebanyakan terjadi di antara usia 6 bulan sampai dengan 6 tahun, dengan insiden puncak pada anak-anak berusia 18 bulan (Paul dan Eaton, 2013). Sekitar 6–15% terjadi setelah usia 4 tahun, awitan setelah usia 5 tahun tidak biasa, dan kejang demam pertama harus didiagnosis dengan hati-hati pada anak-anak berusia di atas 5 tahun (Paul dan Chinthapalli, 2013). Sekitar 9–35%.

Meskipun kejang demam diketahui mempengaruhi semua kelompok etnis insiden bervariasi. Insiden kumulatif kejang demam diperkirakan menjadi antara 2–5% pada anak-anak dari Amerika Serikat dan Barat Eropa, antara 6–9% di Jepang dan sekitar 10% pada anak-anak dari etnis India. Insiden tertinggi tercatat pada 14% di antara anak-anak dari populasi Chamorro di Guam di Pasifik Barat (Waruiru dan Appleton, 2004).

Penyebab kejang demam biasanya sekunder akibat kejadian demam. Ini terkait dengan infeksi virus atau bakteri yang

berasal dari kranial ekstra: jenis yang paling umum adalah infeksi virus saluran pernapasan bagian atas dan infeksi umum pada masa kanak-kanak karena herpes dan virus lainnya; mereka juga termasuk bakteri infeksi saluran pernapasan atas dan bawah, dan gastroenteritis (Paul dan Eaton, 2013).

Penting bagi para profesional kesehatan tetap waspada terhadap kelompok anak berisiko tinggi yang lebih banyak cenderung mengembangkan kejang demam baik dari peningkatan paparan atau peningkatan kerentanan terhadap infeksi (Kotak 1).

**Tabel 2. 1 Faktor resiko kejang demam**

Kotak 1. Faktor risiko kejang demam
■ Keterlambatan perkembangan
■ Keluar dari unit neonatal setelah 28 hari
■ Kehadiran penitipan anak
■ Riwayat keluarga kejang demam
■ Kakak kandung yang menderita infeksi
■ Kekurangan zat besi dan seng

Source: Graves et al, 2011

### **c. Patofisiologi**

Demam merupakan respon fisiologis normal terhadap infeksi atau proses inflamasi. Ini memiliki peran yang bermanfaat dalam pertempuran infeksi dan menyediakan mekanisme pertahanan alami (Banks dkk, 2013). Penyebab pasti dari kejang demam masih belum diketahui; hal menyebabkan dianggap

multifaktorial dan kemungkinan besar karena kompleks interaksi antara faktor lingkungan dan genetik. Dalam beberapa anak-anak, sitokin tingkat tinggi dilepaskan selama demam yang sementara dapat menyebabkan aktivitas listrik abnormal di otak, memicu kejadian kejang demam (Waruiru dan Appleton, 2004; Paul dan Chinthapalli, 2013).

Cara tepat pewarisan genetik tidak diketahui, dan pewarisan poligenik adalah mekanisme yang paling mungkin (Lux, 2010). Sifat kerentanan kejang demam telah diidentifikasi sebagai pola pewarisan autosom dominan dalam jumlah kecil jumlah keluarga; reseptor terkait juga terlihat parah epilepsi mioklonik bayi, yang awalnya muncul dengan gejala demam berkepanjangan dan kejang berikutnya yang dipicu oleh demam (Mewasingh, 2014).

#### **d. Klasifikasi**

Kejang demam terjadi bersamaan dengan demam 38°C atau lebih tinggi, terlihat pada anak usia 6 bulan sampai 5 tahun, dengan penyebab yang diketahui seperti infeksi intrakranial atau kelainan metabolik dan tidak ada riwayat kejang afebris. pada laki-laki lebih tinggi daripada perempuan dengan rasio dilaporkan 1,2 sampai 1,4: 1.2 Kejang demam sederhana didefinisikan

sebagai kejang demam sederhana berlangsung kurang dari 15 menit, digeneralisasikan dan tidak berulang dalam waktu 24 jam, dan terdiri dari aktivitas tonik dan klonik umum tanpa komponen fokus. Kejang demam kompleks berlangsung lebih dari 15 menit, bersifat fokus atau berulang dalam 24 jam, dan dikaitkan dengan kelainan neurologis postiktal (Rahime Renda, MD, Deniz Yüksel, Y.K. Yavuz Gürer, 2017)

Kejang demam dapat bermanifestasi sebagai tonik-klonik (tonik: otot menjadi tegang dan badan terasa kaku; klonik: otot berkontraksi dan rileks cepat menyebabkan kejang), kejang tonik atau atonik (sehingga kehilangan tonus otot dengan tubuh menjadi terkulai) (Paul et al, 2012). Demam dapat terjadi kapan saja: sebelum, selama, atau kadang-kadang setelah kejang (Kool et al, 2013). Kejang demam biasanya dibagi menjadi sederhana dan kompleks.

**Tabel 2. 2 Perbedaan kejang demam sederhana dan kompleks**

Perbedaan antara kejang demam sederhana dan kompleks		
Ciri-cirinya	Kejang demam sederhana	Kejang demam kompleks
Durasi	Durasi Pendek (kurang dari 15 menit)	Lebih lama (lebih dari 15 menit)
Frekuensi	Frekuensi Sekitar 70% dari semua kejang demam	Frekuensi sekitar 30% dari semua kejang demam

Focal fitur	Umumnya kejang tonik-klonik	Tidak ada fitur focus kejang fokal dengan atau tanpa generalisasi sekunder mungkin diamati
Kekambuhannya	Tidak ada kekambuhan dalam 24 jam	Dapat muncul dengan kekambuhan dengan kejadian kejang selama 24 jam untuk yang pertama. Setiap kejadian yang mungkin, baik dengan durasi pendek yaitu 15 menit atau kurang
Postiktal gerakan	Tidak ada patologi postiktal atau residu kelemahan	Paresis Todd mungkin ada periode paresis dari anggota tubuh yang terkena

Source: Paul et al, 2012

Kemungkinan infeksi sistem saraf pusat (SSP) pada anak demam dengan kejang harus dipertimbangkan, karena itu juga bisa menjadi satu-satunya presentasi meningitis bakterial (Kneen dan Appleton, 2005). Insiden meningitis bakterial telah berkurang secara substansial sejak diperkenalkannya vaksin untuk Haemophilus influenzae tipe b, Neisseria meningitidis dan Streptococcus pneumoniae. Tinjauan sistematis yang mencakup 14 studi yang melibatkan 4.583 anak menyimpulkan bahwa ada 0,2% risiko rata-rata meningitis bakterial pada mereka yang

tampak jelas kejang demam sederhana pertama dan risiko 0,6% pada anak-anak dengan kejang demam kompleks (Najaf-Zadeh dkk, 2013).

Penilaian klinis, riwayat rinci (termasuk imunisasi sejarah), kesadaran akan fitur bendera merah (tabel 2.3) dan menyeluruh pemeriksaan klinis semuanya dapat membantu menyingkirkan penyebab serius (mis bakteri meningitis, ensefalitis, dll.) Juga penting untuk pertimbangkan diagnosis banding lainnya (Tabel 2.4)

**Tabel 2. 3 infeksi sistem saraf pusat**

Yang menunjukkan infeksi sistem saraf pusat
■ Riwayat iritabilitas, penurunan makan, atau kelesuan
■ Kejang demam yang kompleks
■ Tanda-tanda fisik meningitis atau ensefalitis (leher kaku, ubun-ubun menonjol, fotofobia, tanda neurologis fokal)
■ Mengantuk dengan respons terbatas terhadap isyarat sosial (berlangsung lebih dari 1 jam)
■ Defisit neurologis yang berkepanjangan atau perubahan kesadaran postiktal (lebih dari 1 jam) setelah kejadian kejang berhenti
■ Serapan imunisasi yang tidak lengkap pada anak-anak (usia kurang dari 12 bulan), tanda-tanda klasik meningitis mungkin tidak ada, dan penilaian oleh dokter anak diperlukan

Source: Najaf-Zadeh et al, 2013

**Tabel 2. 4 Diagnosis banding untuk kejang demam**

Diagnosis banding untuk kejang demam
■ Delirium atau kekakuan
■ Penyakit vaskulitis, dan kondisi reumatologis lainnya
■ Infeksi sistem saraf pusat, mis. meningitis, ensefalitis
■ Gejala pertama epilepsi (sindrom Dravet, yang sering dimulai dengan demam berulang seperti kejang)
■ Kejang refleks anoksik
■ Menahan napas
■ Kondisi infeksius lainnya

Source: National Institute for Health and Care Excellence, 2013; Paul et al, 2013

**e. Manajemen Kejadian Kejang Demam**

Anak-anak harus segera dievaluasi setelah kejadian kejang demam. Pada presentasi awal, seorang anak mungkin membutuhkan stabilisasi darurat menggunakan ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Eksposur). Anak-anak dengan kejang demam biasanya dibawa untuk konsultasi setelah kejangnya sembuh dan sangat penting untuk melakukan penilaian menyeluruh untuk mengidentifikasi sumber infeksi (Hampers dan Spina, 2011). Setiap anak seharusnya dirujuk untuk penilaian perawatan sekunder setelah kejadian kejang demam pertama mereka untuk mengecualikan kemungkinan perbedaan lainnya



**Tabel 2. 5 Variasi suhu anak dengan lokasi pengukuran**

S Variasi suhu anak dengan lokasi pengukuran	
Metode pengukuran	Kisaran suhu normal (° C)
Rektal	36.6–38.0
Telinga	35.8-38.0
Mulut	35.5-37.5
Aksila	36.5-37.5

source: Canadian Paediatric Society, 2015

Pada bayi berusia kurang dari 1 tahun menjadi lebih perhatian pada kejadian kejang demam (Lux, 2010). situasi di mana pendapat spesialis pediatrik harus dilihat.

**Tabel 2. 6 Mencari opini spesialis**

Mencari opini spesialis
■ Kejang demam pertama
■ Kejang demam yang rumit
■ Penyebab demam tetap tidak teridentifikasi atau tidak dapat dijelaskan oleh patologi yang ditimbulkan
■ Memiliki tingkat kesadaran yang menurun sebelum kejang (merekam Glasgow Coma Scale pediatrik atau skor AVPU (Alert, Voice, Pain, Unresponsive) disarankan, karena ini adalah pengukuran obyektif)
■ Perilaku abnormal atau mengantuk setelah kejang, dengan pemulihan yang lambat (jika keadaan neurologis atau mental normal tidak tercapai dalam 1 jam)
■ Tanda atau gejala meningitis (lekas marah, fotofobia, sakit kepala, leher kaku)
■ Gambaran septikemia dan anak yang tidak sehat

Source: Patel et al, 2015

#### **f. Pemeriksaan Penunjang**

Anak-anak yang terkena kejang demam sederhana dan dengan sumber yang jelas infeksi yang teridentifikasi mungkin tidak memerlukan penyelidikan apapun. Namun, pemeriksaan dasar (termasuk glukosa darah, hitung darah lengkap, elektrolit, protein C-reaktif, kultur darah dan dipstik urin dan budaya) dapat dipertimbangkan pada anak-anak yang berada di usia ekstrem untuk mengembangkan kejadian kejang demam pertama atau dimana sumber infeksi belum teridentifikasi. Spesialis investigasi seperti EEG, CT / MRI scan otak harus dicadangkan untuk kejadian kejang demam yang kompleks dengan fitur fokus, di mana kekambuhan sering terjadi atau pada anak-anak di mana epilepsi atau berkembang neurodisabilitas dicurigai. Fungsi lumbal seharusnya dipertimbangkan jika dicurigai meningitis dan dilakukan saat anak tersebut secara klinis stabil dan tidak ada tanda-tanda intrakranial yang meningkat tekanan (Paul dan Chinthapalli 2013; Printz dkk, 2016).

#### **g. Penatalaksanaan**

Dalam kebanyakan kasus kejang demam, penyitaan akan dihentikan sebelumnya untuk presentasi di fasilitas

kesehatan. Ketika kejang demam pertama memiliki terjadi, observasi selama beberapa jam mungkin tepat (tidak harus sebagai pasien rawat inap). Sedikit anak-anak masih kejang saat presentasi akan membutuhkan stabilisasi menggunakan pendekatan ABCDE dan mungkin perlu pemberian yang sesuai antikonvulsan seperti benzodiazepin sesuai stadium lanjut protokol dukungan hidup pediatrik (APLS) (Samuels dan Wieteska, 2016).

Staf di semua spesialisasi akan sering mengalami suatu elemen panik saat menangani kejang demam pada anak-anak, konsekuensi dari yang seringkali bisa menjadi manajemen yang terlalu agresif dan / atau berbahaya dengan antipiretik atau tindakan lain untuk menurunkan demam. Penggunaan benzodiazepin penting untuk menghentikan kejang yang berkepanjangan; Sebuah efek samping yang umum dari obat-obatan ini adalah sedasi berat dan depresi pernafasan bahkan ketika dosis yang tepat digunakan.

Setelah anak distabilkan, manajemen yang tepat pun patologi khusus yang telah diidentifikasi diperlukan (misalnya cairan dan antipiretik untuk gastroenteritis, antibiotik untuk pneumonia, Infeksi saluran kemih atau tonsilitis). Jika episode lebih lanjut dari kejang demam terjadi selama rawat inap yang

sama, ini harus dikelola dengan obat antikonvulsan yang sesuai dan penunjang lainnya peduli. Kriteria untuk mempertimbangkan masuk serupa dengan setiap anak yang demam atau yang didiagnosis kejang demam kompleks telah dibuat. (Kim et al, 2014).

## **2. Konsep Suhu Tubuh**

### **a. Pengertian**

Suhu tubuh adalah perbedaan antara jumlah panas yang dihasilkan oleh tubuh dan jumlah panas yang hilang ke lingkungan (Potter & Perry, 2005). Kontrol suhu dikendalikan oleh keseimbangan antara pembangkitan panas dan kehilangan panas (Guyton dan Hall, 2007).. Tubuh akan terus menghasilkan panas sebagai produk metabolisme. Panas akan keluar dari tubuh melalui proses radiasi, instrumen, konveksi, dan area (Kzier, 2010).

Suhu diukur dengan termometer, panas dan dingin. Ada dua jenis suhu tubuh manusia: suhu inti dan suhu kulit. Suhu tubuh inti adalah suhu internal tubuh dan tetap konstan pada  $\pm 1^\circ \text{F}$  ( $\pm 0,6^\circ \text{C}$ ) setiap hari, kecuali ada demam. Suhu kulit berbeda dari suhu tubuh, tetapi naik dan turun sesuai dengan suhu lingkungan. Ketika tubuh menghasilkan terlalu banyak

panas, suhu kulit meningkat. Sebaliknya, ketika tubuh kehilangan panas secara signifikan, suhu kulit turun (Guyton & Hall, 2012).

Nilai suhu tubuh bervariasi tergantung pada tempat pengukuran. Termografi ditujukan untuk mendapatkan nilai suhu jaringan tubuh. Area utama pengukuran suhu tubuh adalah rektum, gendang telinga, arteri temporal, arteri pulmonalis, kerongkongan, dan kandung kemih. Suhu permukaan diukur pada kulit, rongga mulut dan pit (Potter dan Perry, 2009). Ada dua jenis suhu tubuh:

1. Suhu inti

Suhu jaringan dalam seperti tengkorak, dada, rongga perut, dan rongga panggul.

2. Suhu permukaan kulit, jaringan subkutan, dan lemak

Suhu ini berfluktuasi tergantung pada lingkungan. Suhu mulut normal pada manusia adalah 37°C, tetapi studi pendahuluan terhadap remaja normal menemukan suhu rata-rata pagi hari 36,7°C dan standar deviasi 0,2°C. Oleh karena itu, diperkirakan 95% dewasa muda memiliki suhu mulut 36,3 hingga 37,1 °C di pagi hari. Secara umum, anggota badan lebih dingin daripada bagian tubuh lainnya. Suhu rektal dijaga ketat pada 37 °C, suhu rektal

mencerminkan suhu inti tubuh, dan tidak terpengaruh oleh perubahan suhu lingkungan. Dalam kondisi normal, suhu rongga mulut 0,5 C lebih rendah dari suhu tempat kerja (Ganong, 1998).

Mereplikasi kehilangan panas normal (Potter dan Perry, 2005) dengan replikasi, transformasi, konveksi dan penguapan adalah perpindahan panas dari permukaan satu objek di mana kedua objek tidak lagi bersentuhan dengan permukaan yang lain. Perpindahan panas adalah perpindahan panas dari satu benda ke benda lain melalui kontak langsung. Praktik keperawatan dengan onchimjil dapat meningkatkan kehilangan panas. Konveksi adalah difusi panas oleh pergerakan udara. Kipas angin listrik meningkatkan kehilangan panas karena konveksi. Penguapan kehilangan sekitar 0,6 kalori panas per gram air yang diuapkan selama penguapan dengan mentransfer energi panas yang mengubah cairan menjadi gas (Guyton, 1991).

#### **b. Sistem Pengaturan Suhu Tubuh**

Sistem pengaturan suhu tubuh terdiri dari tiga bagian: reseptor pada kulit dan bagian tubuh lainnya, integrator hipotalamus, dan sistem efektor yang mengatur produksi dan

kehilangan panas. Reseptor sensorik biasanya ditemukan pada kulit. Manfaat kompres panas tidak sebatas menurunkan suhu tubuh. Beberapa di antaranya sangat hangat, nyaman dan menenangkan klien (Asmadi, 2006, ). Sinyal hangat yang ditransmisikan oleh darah ini ke hipotalamus merangsang area tampilan dan memancarkan sinyal dari sistem efektor. Sinyal ini meningkatkan suhu tubuh melalui dua mekanisme: pelebaran pembuluh darah perifer dan berkeringat (Potter & Perry, 2005).

### **c. Suhu Tubuh Normal**

Suhu tubuh normal adalah 35,8°C hingga 37,5°C, meningkat menjadi 35,5°C pada pagi hari dan 37,7°C pada malam hari. Pengukuran suhu rektal juga lebih tinggi 0,5-1°C dari suhu lingkungan dan suhu lingkungan 0,5°C lebih tinggi dari suhu kapak (Sherwood, 2014).

Setiap orang mengalami perubahan suhu tubuh setiap 24 jam, dengan toleransi normal 36-37°C (WF Ganong, 1998). Mengukur suhu tubuh antara 37,5 ° C dan 38,3 ° C disebut demam dan hipertermia antara 38,3 ° C dan 40 ° C (Chris Brooker, 2008).

#### **d. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Suhu Tubuh**

Beberapa faktor mempengaruhi suhu tubuh. Yaitu, laju metabolisme basal semua sel somatik, laju metabolisme sekunder yang disebabkan oleh aktivitas otot seperti kontraksi otot yang disebabkan oleh tremor, dan hormon pertumbuhan metabolik sekunder yang diinduksi oleh hormon tiroksin. Selain itu, aktivitas kimia hormon (testosteron menjadi epinefrin), norepinefrin, sel, terutama sel itu sendiri, meningkat dengan meningkatnya suhu tubuh, mengakibatkan aksi simpatomimetik sel metabolisme sekunder, laju metabolisme berkurang dengan proses lebih lanjut dari pencernaan makanan, penyerapan dan metabolisme. Ini meningkat lebih lanjut. (Efek termogenik makanan) membutuhkan penyimpanan (Guyton & Hall, 2012).

Sebagian besar panas tubuh dihasilkan selama latihan oleh organ dalam, terutama hati, otak, jantung, dan otot rangka. Panas ini ditransfer dari organ dan jaringan yang lebih dalam ke kulit, di mana ia dilepaskan ke udara dan sekitarnya (Guyton & Hall, 2012). Oleh karena itu, laju kehilangan panas hampir seluruhnya ditentukan oleh dua faktor. Yaitu, dari mana panas itu berasal: seberapa cepat ia dapat berpindah dari jantung



tubuh ke kulit, dan seberapa cepat panas dipindahkan dari kulit ke kulit. Lingkungan (Guyton dan Hall, 2012).

#### **e. Pengukuran Suhu Tubuh**

Untuk pengukuran suhu tubuh yang dapat digunakan. Ada banyak jenis alat pengukur suhu tubuh, antara lain termometer air raksa, termometer digital, dan termometer strip (Nusi et al., 2013).

### **3. Konsep Anak**

#### **a. Pengertian Anak**

Menurut Lesmana (2012), anak pada umumnya adalah mereka yang lahir dari perkawinan antara seorang wanita dan seorang pria. Meski lajang, mereka tetap disebut anak-anak. Menurut Kosnan (2005), anak-anak menempuh perjalanan hidupnya karena mudah terpengaruh oleh lingkungannya dan masih muda dalam usia dan semangat. Sugiri dalam Gultom (2010) menyatakan bahwa seorang anak tetaplah seorang anak selama tubuhnya terus tumbuh dan berkembang, dan baru menjadi dewasa ketika proses tumbuh kembangnya selesai. Ini adalah awal dari kedewasaan (wanita 18 tahun; pria 21 tahun).

## **b. Tahap Pertumbuhan dan Perkembangan**

Menurut Hurlock dalam Masganti (2015), ada lima tahap perkembangan yang dialami pada masa anak-anak. Pertama, periode prenatal yaitu periode konsepsi sampai akhir. kedua, periode bayi mulai dari kelahiran sampai minggu kedua. Ketiga, akhir minggu kedua masa kelahiran sampai akhir tahun kedua. Keempat, awal masa kanak-kanak dua sampai enam tahun. Kelima, akhir masa kanak-kanak, enam, sepuluh atau 12 tahun. Menurut Harfigurst dalam Ircham dkk (2008), fase perkembangan anak-anak (late childhood) berlangsung pada usia enam sampai 12 tahun.

Menurut Montessori pada Masganti (2015), perkembangan anak didasarkan pada kepekaannya terhadap lingkungan. Umur manusia diperpanjang dari 0 hingga 6 tahun. Pada usia 0-3, anak-anak menunjukkan tanda-tanda keterbelakangan mental yang mempengaruhi kesulitan mengakses orang dewasa. Anak-anak usia ini tertata dengan baik. Misalnya, jika seorang anak dapat melihat apa yang diletakkan di atas meja, anak tersebut akan menangis atau meletakkan kembali barang-barangnya pada tempatnya. Apakah itu jika anak melihat sesuatu, mereka harus memperhatikannya sedetail mungkin, seperti memegangnya,

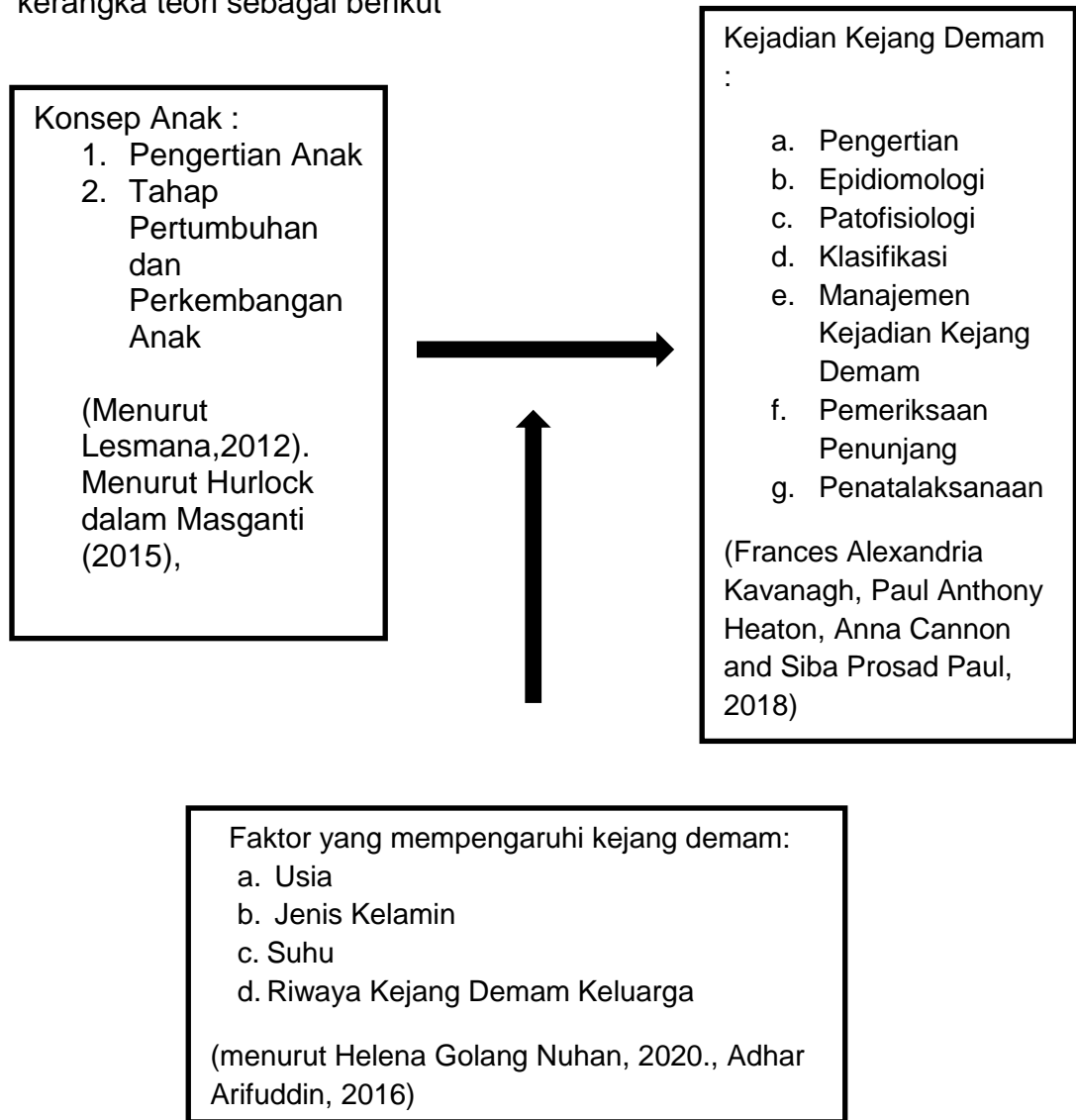
menciumnya, atau memasukkannya ke dalam mulut mereka. Anak pada tahap ini masih merasakan kepekaan anggota tubuhnya, sehingga pada tahap ini mereka suka memegang, melempar dan berjalan dengan tangan. Anak-anak antara usia 3 dan 6 sudah mulai terpengaruh dalam situasi tertentu. Prosedur ini tercermin dari kenyataan bahwa anak menjadi individualistis dan cerdas sehingga dapat masuk sekolah. Anak-anak usia ini dapat belajar banyak kosa kata dan berbicara dengan lancar.

Menurut Santrock (2002), tahap perkembangan dan pertumbuhan yaitu berupa periode prakelahiran (prenatal period), masa bayi (infancy), masa awal anak-anak (early childhood), masa pertengahan dan akhir anak-anak (middle and late childhood), masa remaja (adolescence), masa awal dewasa (middle adulthood), dan terakhir masa akhir dewasa (late adulthood).

## **B. KERANGKA TEORI PENELITIAN**

Kerangka teori penelitian merupakan suatu model konseptual yang berhubungan dengan penyusunan teori yang logis bagi peneliti dalam beberapa faktor yang dianggap penting pada masalah (Hidayat, 2007).

Berdasarkan landasan teori yang ada pada BAB II maka dapat disusun kerangka teori sebagai berikut



**Gambar 2. 1 Teori Penelitian**

### C. KERANGKA KONSEP PENELITIAN

Kerangka konsep penelitian yaitu kerangka yang menghubungkan antara konsep-konsep yang di amati atau diukur dengan penelitian yang dilakukan (Notoatmodjo,2012).



**Gambar 2. 2 Konsep Penelitian**