

ORIGINAL ARTICLE

KEJADIAN HIPERTENSI PADA ANAK DAN REMAJA DENGAN STATUS GIZI OBESITAS

Lailatun Nimah, Ika Nur Pratiwi, Laily Hidayati, Andri Setiya Wahyudi, Abu Bakar¹

¹Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga

Corresponding author:

Lailatun Nimah
Fakultas Keperawatan Universitas
Airlangga
Email: lailatunnimah@fkip.unair.ac.id

Article Info:

Dikirim: 12 Februari 2019
Ditinjau: 13 Februari 2019
Diterima: 25 Februari 2019

DOI:

<https://doi.org/10.33475/jikmh.v8i2.200>

Abstract

The incidence of hypertension in children and adolescents can't be explained.. This research is a correlative descriptive with research population of children and adolescents with nutritional status in elementary, junior and senior high school in Surabaya. The sample was 113 people, used consecutive sampling. The independent variable is obesity nutritional status of children and adolescent, while dependent variable is hypertension in child and adolescent. Data analysis with Chi Square for nutritional status variables and hypertension. The standard nutritional status variables using height measuring instruments and calibrated scales to obtain the status of child and adolescent nutritional data are adjusted to the 2007 WHO standards required by Ministry of health Republik Indonesia 2010. The hypertension variable of research using digital oscillometric. Blood pressure measurement data is systole value, most of which is hypertension level II. The results of diastolic data are mostly in the prehypertension category. The incidence of hypertension in children and adolescents in Surabaya is boys bigger than women. The systole value in blood pressure in children and adolescents with the most obesity is hypertension level II. Diastole values in blood pressure with the most obesity is prehypertension.

Key words: *hypertensio; obesitas; children; adolescent*

Abstrak

Kejadian hipertensi pada anak dan remaja obesitas belum dapat dijelaskan. Penelitian ini adalah deskriptif korelatif dengan populasi anak dan remaja dengan status gizi obesitas di SD, SMP dan SMA di Surabaya. Besar sampel pada penelitian ini adalah 113 orang. Penelitian ini menggunakan *nonprobability sampling* yaitu *consecutive sampling*. Data hasil pengukuran tekanan darah yaitu nilai sistole, sebagian besar adalah hipertensi tingkat II. Hasil data diastole yaitu sebagian besar adalah dalam kategori prehipertensi. Hasil pengukuran tekanan darah pada nilai sistole anak usia 5-12 tahun yang obesitas lebih beresiko 0,816 kali lipat daripada usia 13-18 tahun. Nilai p value menunjukkan signifikansi nilai odds ratio yaitu jika $< 0,05$ maka taraf kepercayaan 95 %, nilai p value adalah 0,604. Setidaknya anak usia 5-12 tahun yang obesitas lebih beresiko 0,379 kali lipat dapat menderita hipertensi sistole dan paling besar lebih beresiko sebesar 1,76 kali lipat dapat menderita hipertensi. Hasil data diastole menunjukkan bahwa anak usia 5-12 tahun yang obesitas lebih beresiko 0,891 kali lipat daripada usia 13-18 tahun. Nilai p value menunjukkan signifikansi nilai odds ratio yaitu 0,787. Setidaknya anak usia 5-12 tahun yang obesitas lebih beresiko 0,386 kali lipat dapat menderita hipertensi diastole dan paling besar beresiko sebesar 2,058 kali lipat menderita hipertensi. Kejadian hipertensi pada anak dan remaja di Surabaya anak laki-laki lebih besar daripada perempuan. Nilai sistole pada tekanan darah pada anak dan remaja dengan obesitas terbanyak adalah hipertensi tingkat II. Nilai diastole pada tekanan darah pada anak dan remaja dengan obesitas terbanyak adalah prehipertensi.

Kata kunci: *hipertensi; obesitas; anak-anak; remaja*

PENDAHULUAN

Hipertensi merupakan penyakit yang dianggap hanya menyerang pada orang tua dan dewasa. Kasus hipertensi pada anak tidak sesering pada orang dewasa, tetapi mungkin terjadi pada usia anak-anak. Akhir-akhir ini dilaporkan bahwa kejadian hipertensi pada anak, khususnya usia sekolah, mengalami peningkatan. Hal ini mungkin terjadi akibat meningkatnya prevalensi obesitas pada kelompok usia tersebut (Sorof, 2004).

Obesitas merupakan penyakit metabolik pada anak dan dewasa dengan penyebaran terluas dan menjadi masalah di seluruh dunia (Lavie et al, 2009). Kondisi ini disebabkan karena ketidakseimbangan antara jumlah energi yang masuk dengan yang dibutuhkan oleh tubuh untuk berbagai fungsi biologis seperti pertumbuhan fisik, perkembangan, aktivitas, pemeliharaan kesehatan (Jahari, 2004). Departemen kesehatan tahun (2013) status gizi anak umur 5-18 tahun dikelompokkan menjadi tiga kelompok umur yaitu 5-12 tahun, 13-15 tahun dan 16-18 tahun. Indikator status gizi yang digunakan untuk kelompok umur ini didasarkan pada hasil pengukuran antropometri berat badan (BB) dan tinggi badan (TB) yang disajikan dalam bentuk tinggi badan menurut umur (TB/U) dan Indeks Massa Tubuh menurut umur (IMT/ U). Berdasarkan ukuran baku antropometri WHO tahun 2007 yang dikutip oleh Kemenkes RI tahun 2010 untuk anak umur 5-18 tahun, status gizi ditentukan berdasarkan nilai Zscore TB/U dan IMT/U. Selanjutnya berdasarkan nilai Z Score ini status gizi anak dapat dikategorikan sangat kurus (Zscore < -3,0), kurus (Zscore \geq -3,0 s/d < -2,0), normal (Zscore \geq -2,0 s/d \leq 1,0), gemuk (Zscore > 1,0 s/d \leq 2,0), dan obesitas (Zscore > 2,0).

Prevalensi kejadian obesitas pada anak telah meningkat tidak hanya terjadi di negara-negara maju tetapi juga di negara-negara berkembang. Obesitas pada anak usia sekolah saat ini menjadi masalah

komplek. Kondisi obesitas ini berisiko menimbulkan berbagai masalah kesehatan. Hasil Riskesdas tahun 2013, secara nasional masalah gemuk pada anak umur 5-12 tahun masih tinggi yaitu 18,8 persen, terdiri dari gemuk 10,8 persen dan sangat gemuk (obesitas) 8,8 persen. Sebanyak 15 provinsi dengan prevalensi sangat gemuk di atas nasional, yaitu Kalimantan Tengah, Jawa Timur, Banten, Kalimantan Timur, Bali, Kalimantan Barat, Sumatera Utara, Kepulauan Riau, Jambi, Papua, Bengkulu, Bangka Belitung, Lampung dan DKI Jakarta. Prevalensi gemuk pada remaja umur 13-15 tahun di Indonesia sebesar 10,8 persen, terdiri dari 8,3 persen gemuk dan 2,5 persen sangat gemuk (obesitas).

Sebanyak 13 provinsi dengan prevalensi gemuk di atas nasional, yaitu Jawa Timur, Kepulauan Riau, DKI, Sumatera Selatan, Kalimantan Barat, Bangka Belitung, Bali, Kalimantan Timur, Lampung, Sulawesi Utara dan Papua. Prevalensi gemuk pada remaja umur 16-18 tahun sebanyak 7,3 persen yang terdiri dari 5,7 persen gemuk dan 1,6 persen obesitas. Provinsi dengan prevalensi gemuk tertinggi adalah DKI Jakarta (4,2%) dan terendah adalah Sulawesi Barat (0,6%). Lima belas provinsi dengan prevalensi sangat gemuk di atas prevalensi nasional yaitu Bangka Belitung, Jawa Tengah, Sulawesi Selatan, Banten, Kalimantan Tengah, Papua, Jawa Timur, Kepulauan Riau, Gorontalo, DI Yogyakarta, Bali, Kalimantan Timur, Sulawesi Utara dan DKI Jakarta. Tekanan darah pada seseorang bervariasi secara alami. Bayi dan anak-anak secara normal memiliki tekanan darah yang jauh lebih rendah daripada dewasa.

Munculnya hipertensi tidak hanya disebabkan oleh tingginya tekanan darah akan tetapi juga karena adanya faktor risiko lain seperti komplikasi penyakit dan kelainan pada organ seperti jantung, otak, ginjal, dan pembuluh darah. Hipertensi lebih sering muncul pada individu dengan faktor risiko lain seperti gangguan toleransi glukosa atau DM, dislipidemia dan obesitas.

Damayanti (2002) menyatakan bahwa anak gemuk cenderung mengalami peningkatan tekanan darah, denyut jantung serta keluaran jantung dibandingkan anak normal seusianya. Hipertensi ditemukan pada 20-30% anak gemuk. Diabetes Mellitus tipe 2 (NIDDM) jarang ditemukan pada anak gemuk tetapi hiperinsulinemia dan intoleransi glukosa hamper selalu ditemukan. Hipertensi pada anak harus mendapat perhatian yang serius, karena bila tidak ditangani dengan baik, penyakit ini dapat menetap hingga dewasa (Bonilla, 1996).

METODE

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif korelatif dengan populasi penelitian adalah anak dan remaja dengan status gizi obesitas di SD, SMP dan SMA di Surabaya. Sampel pada penelitian ini adalah anak dan remaja dengan status gizi obesitas di SD, SMP, SMA dengan kriteria inklusi: anak dan remaja rentang usia 6-17 tahun dengan status gizi obesitas, dan kriteria eksklusi anak dan remaja adalah pada saat penelitian terdapat pelajaran olah raga dan penyakit penyerta.

Besar sampel pada penelitian ini adalah 113 orang dengan perincian siswa SD sebanyak 42 siswa, SMP 34 orang dan SMA 37 orang. Penelitian ini menggunakan nonprobability sampling yaitu consecutive sampling. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah status gizi obesitas anak dan remaja, sedangkan variabel tergantung adalah hipertensi pada anak dan remaja. Analisis data pada penelitian ini adalah *Chi Square* untuk variabel status gizi dan hipertensi.

Pengumpulan data demografi untuk mengetahui usia, jenis kelamin dan penyakit penyerta. variabel status gizi diukur menggunakan instrumen alat pengukur tinggi badan dan timbangan yang dikalibrasi untuk mendapatkan data status gizi anak dan remaja disesuaikan dengan standar WHO tahun 2007 yang dikutip oleh Kemenkes RI Tahun 2010. Variabel hipertensi peneliti menggunakan osilometrik digital

yang telah dikalibrasi terlebih dahulu secara berkala disesuaikan dengan *the fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high pressure in children and adolescent*.

HASIL

Tabel 1. Karakteristik Responden

Karakteristik		Σ	f %
Usia	5-12 tahun	42	37.2
	13-15 tahun	44	38.9
	16-18 tahun	27	23.9
Pendidikan	SD	42	37.2
	SMP	34	30.1
	SMA	37	32.7
Jenis Kelamin	Laki-laki	62	54.9
	Perempuan	51	45.1
Sistole	Normal	7	6.2
	Prehipertensi	27	23.9
	Hipertensi tingkat I	33	29.2
	Hipertensi tingkat II	46	40.7
Diastole	Normal	10	8.8
	Prehipertensi	42	37.2
	Hipertensi tingkat I	35	31
	Hipertensi tingkat II	26	23

Tabel 1 di atas menunjukkan, dari seluruh reponden obesitas yaitu anak dan remaja rentang usia 5-12 tahun adalah sebanyak 42 orang (37.2 %), 13-15 tahun sebanyak 44 orang (38.9 %), dan 16-18 tahun sebanyak 27 orang (23.9 %). Data pendidikan menunjukkan, reponden dengan pendidikan SD sebanyak 42 orang (37.2 %), pendidikan SMP sebanyak 30 orang (30.1 %), dan SMA sebanyak 37 (32,7 %).

Data hasil pengukuran tekanan darah yaitu nilai sistole, kategori normal sebanyak 7 orang (6.2 %), prehipertensi sebanyak 27 orang (23.9 %), hipertensi tingkat 1 sebanyak 33 orang (29,2 %), dan hipertensi tingkat II sebanyak 46 orang (40.7 %). Hasil data diastole yaitu kategori normal sebanyak 10 orang (8.8%), prehipertensi sebanyak 42 orang (37.2 %), hipertensi tingkat I sebanyak 35 orang (31 %) dan hipertensi tingkat II sebanyak 26 orang (23 %).

Tabel 2 Hasil analisis cross tab usia 5-12 tahun dan 13-18 tahun

Karakteristik	Sistole	Diastole
Odds Ratio	0,816	0,891
P value	0,604	0,787
Batas atas Odds Ratio	1,76	2,058
Batas bawah Odd Ratio	0,379	0,386

Tabel 2 menunjukkan bahwa hasil pengukuran tekanan darah pada nilai sistole anak usia 5-12 tahun yang obesitas lebih beresiko 0,816 kali lipat daripada usia 13-18 tahun. Nilai p value menunjukkan signifikansi nilai odds ratio yaitu jika $< 0,05$ maka taraf kepercayaan 95 %, nilai p value adalah 0,604. Setidaknya anak usia 5-12 tahun yang obesitas lebih beresiko 0,379 kali lipat dapat menderita hipertensi sistole dan paling besar lebih beresiko sebesar 1,76 kali lipat dapat menderita hipertensi.

Hasil data diastole menunjukkan bahwa anak usia 5-12 tahun yang obesitas lebih beresiko 0,891 kali lipat daripada usia 13-18 tahun. Nilai p value menunjukkan signifikansi nilai odds ratio yaitu 0,787. Setidaknya anak usia 5-12 tahun yang obesitas lebih beresiko 0,386 kali lipat dapat menderita hipertensi diastole dan paling besar beresiko sebesar 2,058 kali lipat menderita hipertensi.

PEMBAHASAN

Data usia menunjukkan paling banyak usia yang mengalami obesitas adalah 13-15 tahun. Data tersebut sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Suciani tahun 2016 bahwa usia pubertas merupakan usia dengan perkembangan massa tubuh yang cepat. Data pendidikan menunjukkan tingkat pendidikan SD merupakan nilai tertinggi dengan kejadian obesitas. Jenis kelamin menunjukkan laki-laki lebih dari setengah memiliki status gizi obesitas dibandingkan perempuan. Hasil tersebut sesuai dengan Damayanti tahun 2016 bahwa struktur tubuh laki-laki pada anak laki-laki lebih banyak adalah otot dibandingkan dengan perempuan. Kejadian pada saat pengambilan data di lapangan, remaja perempuan lebih malu-malu ketika dilakukan pengukuran berat badan, hal tersebut sangat mempengaruhi psikologis remaja untuk menurunkan berat badan dibandingkan remaja laki-laki.

Data pengukuran tekanan darah dengan nilai sistole pada anak dan remaja yang paling banyak adalah hipertensi tingkat II, sedangkan hasil diastole menunjukkan bahwa sebagian besar anak dan remaja mengalami prehipertensi. hal tersebut sesuai dengan pernyataan Folkner (2007) bahwa kejadian hipertensi pada anak dapat dipengaruhi oleh Obesitas, kerusakan ginjal dan penyakit peserta lain.

Hasil odds ratio menunjukkan bahwa hasil pengukuran tekanan darah pada nilai sistole anak usia 5-12 tahun yang obesitas lebih beresiko 0,816 kali lipat daripada usia 13-18 tahun. Nilai p value menunjukkan signifikansi nilai odds ratio yaitu jika $< 0,05$ maka taraf kepercayaan 95 %, nilai p value adalah 0,604. Setidaknya anak usia 5-12 tahun yang obesitas lebih beresiko 0,379 kali lipat dapat menderita hipertensi sistole dan paling besar lebih beresiko sebesar 1,76 kali lipat dapat menderita hipertensi.

Hasil data diastole menunjukkan bahwa anak usia 5-12 tahun yang obesitas lebih beresiko 0,891 kali lipat daripada usia 13-18 tahun. Nilai p value menunjukkan signifikansi nilai odds ratio yaitu 0,787. Setidaknya anak usia 5-12 tahun yang obesitas lebih beresiko 0,386 kali lipat dapat menderita hipertensi diastole dan paling besar beresiko sebesar 2,058 kali lipat menderita hipertensi.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kejadian hipertensi pada anak dan remaja di Surabaya anak laki-laki lebih besar daripada perempuan. Nilai sistole pada tekanan darah pada anak dan remaja dengan obesitas terbanyak adalah hipertensi tingkat II. Nilai diastole pada tekanan darah pada anak dan remaja dengan obesitas terbanyak adalah prehipertensi.

Penelitian dapat dilakukan dengan jumlah populasi yang lebih besar dan dapat dilakukan intervensi untuk menurunkan kejadian hipertensi pada anak dan remaja dengan obesitas.

DAFTAR RUJUKAN

- Achroni, K., 2012. *Mengoptimalkan Tumbuh Kembang Anak Melalui Permainan Tradisional*. Jogjakarta: Javalitera. Hal 25-26; 42-44.
- Adam, 2001. *Jenis-jenis Obesitas*. www.Domeclinic.com. Diakses pada tanggal 10 April 2013 pukul 14.15 wib.
- Adiwinanto et al., 2004. *Pengaruh Intervensi Olahraga di Sekolah Terhadap Indeks Massa Tubuh dan Tingkat Kesegaran Kardiorespirasi Pada Remaja Obesitas*, Tesis. Universitas Diponegoro: Semarang.
- Agustini., 2009. *Infeksi Blastocystis. Status Nutrisi*. Makalah Seminar di Universitas Indonesia.
- Almatsier, S., 2003. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*, Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Anam et al., 2010. *Pengaruh Intervensi Diet dan Olah Raga Terhadap Indeks Massa Tubuh, Lemak Tubuh, dan Kesegaran Jasmani pada Anak Obes*. *Journal of Sari Pediatri* 2010;12(1):36-41.
- Badjeber, Fauzul, dkk., 2012. *Konsumsi FastFood Sebagai Risiko Terjadinya Gizi Lebih Pada Siswa SD Negeri 11 Manado*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat* 2012;1(1):542-553.
- CDC, 2008. *Kurva Body mass Index*. www.geasy.files.wordpress.com. Diakses pada tanggal 17 April 2013 pukul 20.00 wib.
- Damayanti, Syarif (2002). *Obesitas pada Anak*. Prosiding Simposium temu Ilmiah Akbar. Jakarta: Pusat Informasi dan Penerbitan bagian Ilmu Penyakit Dalam FKUI.
- Depkes RI., 2000. *Pedoman Umum Gizi Seimbang (panduan untuk petugas)*. Departemen Kesehatan: Jakarta.
- Drapeau et al., 2004. *Modifications in food-group consumption are related to long-term body-weight changes*. *Modifications in food-group consumption are related to long-term body-weight changes*.
- Faizah, Z., 2004. *Faktor Risiko Obesitas Pada Murid Sekolah Dasar Usia 6-7 Tahun Di Semarang*. Tesis. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Febrijanto & Hesti., 2010. *Studi Tingkat pengetahuan Tentang Metode Penurunan Berat Badan Pada Mahasiswa Overweight Di Stikes RS.Baptis Kediri*. *Jurnal STIKES RS.Baptis Kediri* 2010;3(2):65-72
- Grier et al., 2007. *Fast-Food Marketing And Children's Fast-Food Consumption: Exploring Parent's Influences In An Ethnically Diverse Sample*. *American Marketing Association* ISSN: 0743-9156, 1547-7207. Vol.26 (2) Fall 2007, 221-235.
- Huriyati, E., 2003. *Aktifitas Fisik Remaja Di Kota Yogyakarta Dan Kabupaten Bantul Serta Peran Aktifitas Fisik Menyumbang Terhadap Kejadian Obesitas*. Tesis, Universitas Gajah Mada. Yogyakarta.
- Irma, R., Kamaruddin, T., 2006. *Faktor-Faktor Risiko Terjadinya Obesitas Pada Anak SD Swasta 9 Kendari*. Kendari: Jurusan Gizi Poltekkes.
- Jahari, A., 2004. *Penilaian Status Gizi Berdasarkan Antropometri*. Bogor: Puslitbang Gizi dan Makanan.
- Jennifer et al., 2006. *Fast food restaurants an Environmental Risk Factor for Obesity*. *Division of Epidemiology & Community Health, University of Minnesota School of Public Health*. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*.
- Khasanah., 2011. *Kebiasaan Konsumsi Fast Food Masyarakat Kota*, Universitas Sumatera Utara, Medan.
- Lavie, C.J et al., 2009. *Obesity And Cardiovascular Disease: Risk Factor, Paradox, And Impact Of Weight Loss*. *J.Am.Coll. Cardiol*;53;1925-1932. doi:10.1016/j.jacc.2008.12.068.

- Oktaviani, Wiwied, D., 2012. *Hubungan Kebiasaan Konsumsi Fast Food, Aktivitas Fisik, Pola Konsumsi, Karakteristik Remaja Dan Orang Tua Dengan Indeks Massa Tubuh (Imt)(Studi Kasus Pada Siswa Sma Negeri 9 Semarang Tahun 2012)*. Tesis. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Padmatri & Hadi., 2003. *Konsumsi Fast Food Sebagai Resiko Obesitas Pada Anak SD*, *Medika*, Vol 29 No 159-165.
- Pscyh, 2008. *Fast-Food Consumption: Application and Extension of The Theory of Planned Behavior to Incorporate Affective Responses and Implicit Associations*. Doctor of Philosophy School of Psychology and Discipline of Medicine University of Adelaide North Terrace Adelaide South Australia.
- Puspasari, A., 2008. *Skripsi Hubungan Antara Pola Makan Dengan Status Gizi Wanita Usia Subur pada Mahasiswa Angkatan A Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan universitas Airlangga Surabaya* tidak dipublikasikan.
- Putranto, SH., 2013. *Pengaruh Latihan Permainan Gobak Sodor Terhadap Peningkatan kelincahan Siswa Tuna Rungu di Sekolah Dasar Luar Biasa Negeri (SDLBN) kedungkandang Kota Malang*. Skripsi Jurusan Pendidikan Jasmani dan Kesehatan. Universitas Muhammadiyah: Malang.
- Riyadi, H., 2004. *Penilaian Gizi Secara Antropometri*. Diktat Kuliah. Departemen Gizi Masyarakat dan Sumberdaya Keluarga. Fakultas Pertanian. Institusi Pertanian Bogor.
- Sjarif, DR et al., 2011. *Buku Ajar Nutrisi Pedriatik dan Penyakit Metabolik*. Jakarta: Badan Penerbit IDAI.
- Soetjningsih., 2012. *Tumbuh Kembang Anak*. EGC: Jakarta
- Supariasa., 2002. *Penilaian Status Gizi*. EGC: Jakarta.
- Subardja., 2004. *Obesitas Primer Pada Anak (Diagnosis, Patogenesis dan Patofisiologi)*, Kiblat Buku Utama Bandung.
- St-Onge MP., Keller KI., Heymsfield SB., 2003. *Change in Childhood Food Consumption Patterns: A Cause For Concern In Light Of Increasing Body Weights*. *Am J Clin Nutr* 78: 1068-1073.
- Supartini, Y., 2012. *Konsep Dasar Keperawatan Anak*. EGC: Jakarta.
- Triwitono., 2011. *Prevalensi Obesitas*. www.triwitono.staff.ugm.ac.id. Diakses pada tanggal 16 April 2013 pukul 20.00 wib.
- WHO., 2010. World Health organisation. *Obesity: Preventing and Managing The Global Epidemic. Report of WHO Consultation on Obesity*, Ganeva, 3-5 June.
- Wong, DL., 2003. *Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik Ed 4*. EGC: Jakarta.
- Wong, DL., 2009. *Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik Ed 2 vol 1*. EGC: Jakarta.
- Yulianti, S., 2000. *Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Obesitas Anak Murid TK HJ. Isriati Baiturrahman Semarang*. Skripsi. FKM-Universitas Diponegoro: Semarang

Cite this article as: Nimah,L., Pratiwi,N., Hidayati,L., Wahyudi, AS., Bakar,A. (2019). Kejadian Hipertensi pada Anak dan Remaja dengan Status Gizi Obesitas *Jurnal Ilmiah Media Husada*. Vol. 8 No.2, halaman awal-halaman akhir. <https://doi.org/10.33475/jikmh.v8i2.200>