

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini menjelaskan tentang teori-teori yang melandasi penelitian ini yaitu (1) Konsep Mobilitas, (2) Konsep Dekubitus, (3) Konsep Lansia, (4) Hubungan Mobilitas dengan Risiko Dekubitus pada Lansia, (5) Kerangka teori, (6) kerangka Konseptual, dan (7) Hipotesis Penelitian.

2.1 Konsep Dasar Lanjut Usia

2.1.1 Definisi Lansia

Lanjut usia merupakan bagian dari proses tumbuh kembang manusia. Manusia tidak menjadi tua secara tiba-tiba. Manusia berkembang dari tahap bayi, anak-anak, dewasa, hingga mencapai usia tua. Usia lanjut merupakan tahap akhir dalam siklus kehidupan manusia. Tahap tersebut merupakan proses kehidupan yang tidak dapat dihindari dan akan dialami oleh setiap individu. Individu pada tahap ini mengalami berbagai perubahan fisik dan mental. Perubahan tersebut berupa penurunan fungsi dan kemampuan yang sebelumnya dimiliki (Noer et al., 2021).

Usia lanjut merupakan tahap akhir dalam daur kehidupan manusia. Seseorang dikategorikan lanjut usia apabila telah mencapai umur lebih dari 60 tahun. Individu pada masa lanjut usia mengalami berbagai penurunan fungsi tubuh. Penurunan tersebut tampak pada kondisi fisik seperti kulit yang mulai berkeriput. Rambut juga mengalami perubahan warna menjadi putih. Fungsi penglihatan dan pendengaran mengalami penurunan. Jumlah gigi berkurang seiring bertambahnya

usia. Kondisi tubuh secara umum juga mengalami penurunan kemampuan (Padila, 2018).

Lanjut usia merupakan individu yang telah mencapai umur lebih dari 60 tahun. Setiap makhluk hidup mengalami proses penuaan sebagai bagian alami dari siklus kehidupan. Proses penuaan bukan merupakan suatu penyakit. Proses tersebut berlangsung secara bertahap dan menghasilkan perubahan yang bersifat kumulatif. Perubahan tersebut ditandai dengan penurunan daya tahan tubuh dalam menghadapi berbagai rangsangan. Rangsangan tersebut dapat berasal dari dalam tubuh maupun dari luar tubuh (Mujiadi & Rachmah, 2022).

2.1.2 Batasan-Batasan Lanjut usia

WHO membagi lanjut usia menjadi tiga tahapan. Tahap pertama adalah lanjut usia (*elderly*) dengan rentang usia 60–74 tahun. Tahap kedua adalah lanjut usia tua (*old*) dengan rentang usia 75–90 tahun. Tahap ketiga adalah usia sangat tua (*very old*) dengan usia lebih dari 90 tahun. Indonesia menetapkan batas lanjut usia berdasarkan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia. Pasal 1 Ayat 2 menyebutkan bahwa individu berusia 60 tahun ke atas termasuk kategori lanjut usia. Ketentuan tersebut berlaku untuk laki-laki maupun perempuan. (Kusharyadi, 2018).

2.1.3 Perubahan-Perubahan pada Lanjut usia

Menurut Yulistanti et al (2023) perubahan akibat proses menua, diantaranya:

1. Perubahan Fisik

Perubahan fisik pada lansia mencakup berbagai aspek, mulai dari tingkat sel hingga seluruh sistem organ tubuh. Sistem yang mengalami perubahan antara lain sistem pernapasan, pendengaran, penglihatan, kardiovaskular, pengaturan suhu tubuh, muskuloskeletal, gastrointestinal, genitourinaria, endokrin, serta integumen (Nugroho, 2008). Selain perubahan fisik, lansia juga mengalami perubahan secara menyeluruh yang meliputi aspek sosial, mental, dan moral spiritual. Seluruh perubahan tersebut saling berkaitan dan memengaruhi satu sama lain dalam kehidupan lansia

- a. Sistem Integumen (Kulit): Kulit menjadi kering, keriput, dan kehilangan elastisitas akibat penurunan kolagen. Perubahan ini membuat kulit lebih rentan terhadap luka dan infeksi.
- b. Sistem Muskuloskeletal: Terjadi penurunan massa dan kekuatan otot serta kerapuhan tulang. Kondisi ini menyebabkan keterbatasan gerak, nyeri sendi, dan peningkatan risiko jatuh.
- c. Sistem Sensorik (Penglihatan dan Pendengaran): Kemampuan melihat dan mendengar menurun seiring bertambahnya usia. Hal ini dapat mengganggu komunikasi dan meningkatkan risiko kecelakaan.
- d. Sistem Pernapasan: Fungsi paru-paru menurun akibat berkurangnya elastisitas jaringan paru. Akibatnya, lansia lebih mudah mengalami sesak napas dan kelelahan.

- e. Sistem Kardiovaskular: Terjadi penurunan elastisitas pembuluh darah dan fungsi jantung. Kondisi ini menyebabkan aliran darah kurang optimal dan menurunkan daya tahan tubuh.
- f. Sistem Pencernaan dan Metabolisme: Proses metabolisme melambat dan fungsi pencernaan menurun. Hal ini dapat menyebabkan penurunan nafsu makan dan risiko malnutrisi.

2. Perubahan Psikososial pada Lansia

- a. Perubahan Fungsi Kognitif: Lansia mengalami penurunan memori, perhatian, dan kecepatan berpikir. Kondisi ini dapat memengaruhi kemampuan mengambil keputusan dan beradaptasi.
- b. Perubahan Emosional dan Psikologis: Perubahan emosi seperti kecemasan, depresi, dan perasaan kesepian sering terjadi. Hal ini dipengaruhi oleh kondisi kesehatan dan perubahan lingkungan hidup.
- c. Perubahan Kepribadian: Lansia dapat menunjukkan berbagai tipe kepribadian, seperti mandiri, dependen, atau cenderung menarik diri. Perubahan ini dipengaruhi oleh pengalaman hidup dan kemampuan adaptasi.
- d. Penurunan Fungsi dan Potensi Seksual: Fungsi seksual menurun akibat faktor fisik dan psikologis. Kondisi ini juga dipengaruhi oleh penyakit, obat-obatan, serta norma sosial dan budaya.
- e. Perubahan Peran Pekerjaan (Pensiun): Pensiun menyebabkan perubahan dalam peran, status, dan pendapatan. Hal ini dapat memengaruhi harga diri dan rasa bermaknaan hidup lansia.

- f. Perubahan Peran Sosial: Interaksi sosial cenderung menurun akibat keterbatasan fisik dan lingkungan. Jika tidak diatasi, kondisi ini dapat menyebabkan isolasi sosial dan ketergantungan.

2.2 Konsep Dekubitus

2.2.1 Definisi

Ulkus dekubitus merupakan cedera yang terjadi secara terlokalisasi pada kulit beserta jaringan di bawahnya akibat tekanan yang terus-menerus, gesekan, atau gaya geser pada area tubuh yang menonjol seperti tulang. Kondisi ini paling sering ditemukan pada bagian sakrum, tumit, pinggul, dan siku, terutama pada pasien yang mengalami keterbatasan mobilitas atau tidak dapat bergerak dalam waktu lama (Zaidi & Sharma, 2024).

Ulkus tekan merupakan kerusakan yang terjadi secara lokal pada kulit maupun jaringan di bawahnya, umumnya pada area tonjolan tulang atau akibat penggunaan alat medis tertentu. Kondisi ini timbul karena adanya tekanan yang terus-menerus, termasuk gaya geser, sehingga dapat menyebabkan kulit tetap utuh atau berkembang menjadi luka terbuka, serta sering disertai rasa nyeri pada area yang terdampak (NHS, 2021).

Berdasarkan pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa ulkus dekubitus adalah kerusakan jaringan kulit dan/atau jaringan di bawahnya yang terjadi secara lokal, biasanya pada area tonjolan tulang, akibat tekanan yang berlangsung lama, serta dapat dipengaruhi oleh gesekan dan gaya geser. Kondisi ini dapat muncul dalam bentuk kulit yang masih utuh maupun luka terbuka, sering menimbulkan

nyeri, dan umumnya terjadi pada individu dengan keterbatasan mobilitas atau imobilisasi dalam waktu lama.

2.2.2 Faktor Risiko Dekubitus

Berikut ini adalah faktor risiko dekubitus menurut penelitian (Dung et al., 2025; Muhammad et al., 2024):

1. Usia lanjut

Usia lanjut merupakan faktor risiko utama terjadinya ulkus dekubitus.

Lansia mengalami penurunan elastisitas kulit, penurunan massa otot, serta penurunan perfusi jaringan. Kondisi ini menyebabkan kulit lebih rentan terhadap tekanan berkepanjangan sehingga mudah mengalami kerusakan jaringan.

2. Imobilitas atau keterbatasan mobilisasi

Imobilitas merupakan faktor paling dominan. Pasien yang tidak mampu mengubah posisi secara mandiri akan mengalami tekanan terus-menerus pada area tonjolan tulang. Tekanan ini menghambat aliran darah kapiler sehingga terjadi iskemia jaringan yang berujung pada nekrosis dan ulkus dekubitus.

3. Status nutrisi yang buruk

Malnutrisi, hipoalbuminemia, serta asupan protein yang rendah meningkatkan risiko luka tekan. Kondisi ini menyebabkan penurunan kemampuan regenerasi jaringan, penurunan kekuatan kulit, serta lambatnya proses penyembuhan luka sehingga kulit lebih mudah rusak saat tertekan.

4. Penyakit kronis dan kondisi sistemik

Diabetes mellitus, anemia, dan gangguan perfusi jaringan disebutkan dalam kedua jurnal sebagai faktor risiko penting. Penyakit tersebut menyebabkan penurunan suplai oksigen ke jaringan, gangguan mikrosirkulasi, serta penurunan daya tahan jaringan terhadap tekanan sehingga mempercepat terjadinya kerusakan kulit.

5. Penurunan kesadaran atau kondisi kritis

Pasien dengan penurunan kesadaran, pasien ICU, atau kondisi kritis lebih berisiko karena tidak mampu merespons nyeri atau ketidaknyamanan akibat tekanan. Selain itu, kondisi kritis sering disertai penggunaan alat medis yang dapat meningkatkan tekanan lokal pada kulit.

6. Faktor mekanik (tekanan, gesekan, dan geseran)

Tekanan berkepanjangan pada tonjolan tulang menjadi penyebab utama ulkus dekubitus. Selain itu, gaya gesekan (friction) dan gaya geser (shear) memperburuk kerusakan jaringan karena menyebabkan kerusakan lapisan kulit dan pembuluh darah kecil di bawahnya.

7. Kelembaban kulit (moisture)

Kelembaban akibat inkontinensia urin atau feses meningkatkan risiko kerusakan kulit. Kedua jurnal menjelaskan bahwa kulit yang lembap menjadi lebih mudah mengalami maserasi sehingga lebih rentan terhadap tekanan dan gesekan.

8. Faktor perawatan (*hospital care*)

Lama rawat inap, terutama di ICU, serta kurangnya reposisi pasien secara teratur merupakan faktor risiko penting. Kedua jurnal menegaskan bahwa pencegahan ulkus dekubitus sangat bergantung pada perubahan posisi berkala, perawatan kulit yang baik, dan penggunaan alat bantu tekanan.

Faktor risiko ulkus dekubitus dapat dirangkum menjadi beberapa komponen utama yaitu: usia lanjut, imobilitas, malnutrisi, penyakit kronis, kondisi kritis, faktor mekanik (tekanan, gesekan, geseran), kelembaban kulit, serta faktor perawatan yang tidak adekuat.

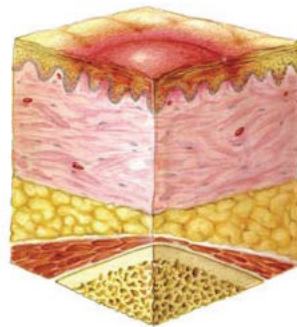
2.2.3 Manifestasi Klinik

Ulkus dekubitus dibagi menjadi beberapa stadium berdasarkan tingkat kerusakan jaringan yang terjadi pada kulit dan jaringan di bawahnya. Menurut (NHS, 2021) dibagi menjadi:

1. Stadium 1

Pasien menunjukkan kondisi kulit yang masih utuh dengan kemerahan lokal yang tidak memudar saat ditekan, terutama pada area tonjolan tulang. Pada pasien dengan kulit berpigmen gelap, tenaga kesehatan mungkin tidak menemukan pemucatan warna, tetapi warna kulit dapat tampak berbeda dari area sekitarnya. Pasien dapat merasakan nyeri dan tenaga kesehatan dapat menemukan perubahan suhu, kekerasan jaringan, atau kelembutan yang berbeda dibandingkan jaringan di sekitarnya. Tenaga kesehatan sering mengalami kesulitan dalam mendeteksi perubahan awal ini pada individu dengan kulit gelap. Kondisi ini menjadi tanda awal bahwa pasien memiliki

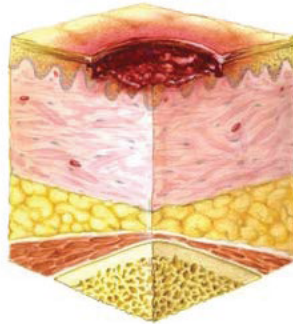
risiko tinggi mengalami ulkus dekubitus, sehingga tenaga kesehatan perlu segera melakukan tindakan pencegahan. Tenaga kesehatan juga dapat menggunakan indikator lain seperti perubahan warna kulit, peningkatan suhu, edema, indurasi, atau pengerasan jaringan, terutama pada pasien dengan warna kulit lebih gelap.



Gambar 2. 1 Stadium 1 Ulkus Dekubitus

2. Stadium 2

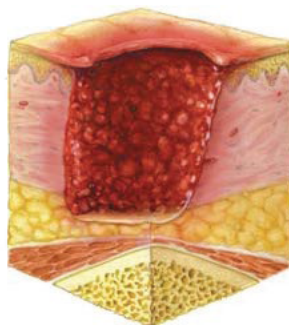
Pasien mengalami kehilangan sebagian ketebalan dermis yang menimbulkan luka terbuka dangkal pada kulit. Tenaga kesehatan menemukan dasar luka berwarna merah muda atau merah tanpa adanya jaringan mati (slough). Kondisi ini dapat muncul sebagai lepuh yang masih utuh atau sudah pecah yang berisi cairan serosa atau serosanguinosa. Tenaga kesehatan juga dapat melihat luka dangkal yang tampak mengkilap atau kering tanpa slough maupun memar. Tenaga kesehatan menilai bahwa memar tidak termasuk kategori ini karena menunjukkan cedera jaringan dalam. Tenaga kesehatan tidak menggunakan kategori ini untuk menjelaskan robekan kulit, luka bakar akibat plester, dermatitis akibat inkontinensia, maserasi, atau ekskoriasi.



Gambar 2. 2 Stadium 2 Ulkus Dekubitus

3. Stadium 3

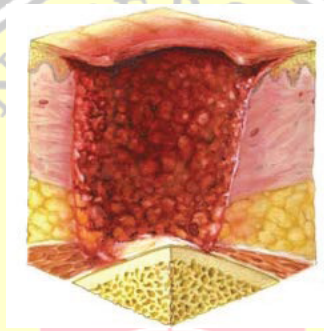
Stadium 3 ulkus dekubitus menunjukkan kehilangan jaringan kulit secara penuh dengan jaringan lemak subkutan yang dapat terlihat. Tulang, tendon, dan otot tidak tampak atau tidak terpapar pada kondisi ini. Slough dapat muncul, tetapi slough tidak menutupi kedalaman kehilangan jaringan. Luka dapat disertai undermining atau tunneling yang menunjukkan perluasan kerusakan jaringan di bawah permukaan kulit. Kedalaman ulkus kategori 3 dapat berbeda tergantung lokasi anatomi tubuh. Area seperti batang hidung, telinga, oksiput, dan maleolus memiliki jaringan subkutan yang sangat sedikit atau tidak ada, sehingga luka dapat tampak lebih dangkal dibandingkan area dengan jaringan lemak yang lebih banyak yang dapat mengalami ulkus lebih dalam.



Gambar 2. 3 Stadium 3 Ulkus Dekubitus

4. Stadium 4

Stadium 4 ulkus dekubitus menunjukkan kehilangan jaringan secara penuh dengan tulang atau otot yang terlihat atau dapat diraba secara langsung. Slough atau eschar dapat ditemukan pada dasar luka. Luka sering melibatkan undermining dan tunneling yang menandakan kerusakan jaringan yang luas di bawah permukaan kulit. Kedalaman ulkus kategori 4 dapat bervariasi tergantung lokasi anatomis seperti pada kategori 3. Ulkus yang meluas hingga struktur penunjang seperti fascia, tendon, atau kapsul sendi meningkatkan risiko terjadinya osteomielitis.



Gambar 2. 4 Stadium 4 Ulkus Dekubitus

5. *Unstageable* (tidak dapat ditentukan stadium)

Kehilangan jaringan secara penuh terjadi ketika dasar ulkus tertutup oleh slough yang berwarna kuning, krem, abu-abu, hijau, atau cokelat dan/atau eschar yang berwarna cokelat atau hitam pada dasar luka. Tenaga kesehatan tidak dapat menentukan kedalaman luka secara pasti sampai slough dan/atau eschar cukup dibersihkan untuk memperlihatkan dasar luka. Eschar yang stabil, kering, melekat, serta tidak disertai kemerahan atau fluktuasi pada tumit berfungsi sebagai penutup biologis alami tubuh. Tenaga kesehatan tidak

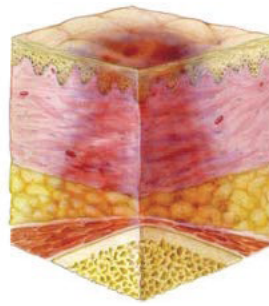
menganjurkan pengangkatan eschar stabil tersebut karena kondisi tersebut masih melindungi jaringan di bawahnya.



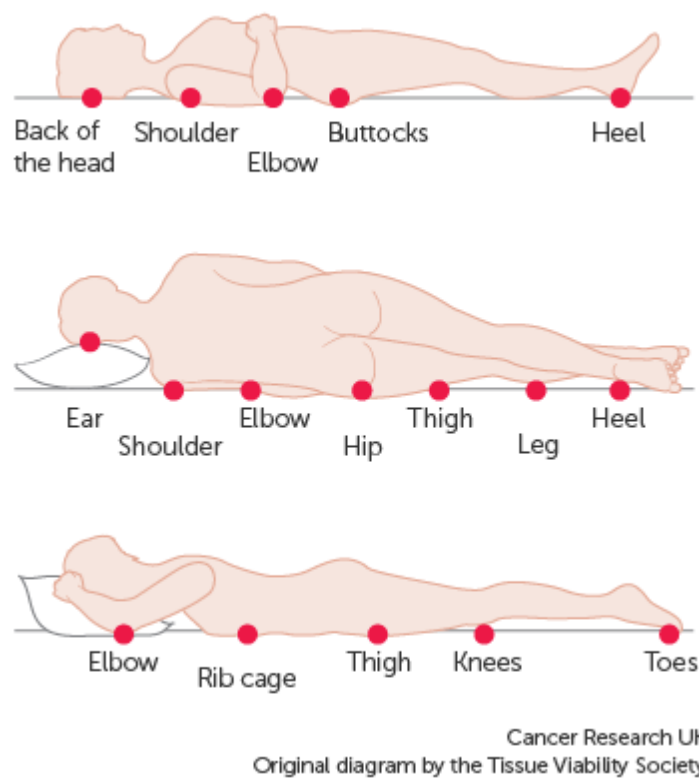
Gambar 2. 5 *Unstageable* Ulkus

6. *Deep Tissue Injury* (cedera jaringan dalam)

Perubahan warna ungu atau marun muncul pada area kulit yang masih utuh atau berupa lepuh berisi darah akibat kerusakan jaringan lunak di bawahnya yang disebabkan oleh tekanan dan/atau gaya geser. Tenaga kesehatan dapat menemukan area tersebut didahului oleh jaringan yang terasa nyeri, keras, lembek, seperti spons, lebih hangat atau lebih dingin dibandingkan jaringan di sekitarnya. Pada individu dengan warna kulit gelap, tenaga kesehatan sering mengalami kesulitan dalam mendeteksi cedera jaringan dalam. Kondisi ini dapat berkembang dengan munculnya lepuh tipis di atas dasar luka yang berwarna gelap. Luka dapat berkembang lebih lanjut hingga tertutup eschar tipis. Perkembangan luka dapat terjadi secara cepat dan dapat memperlihatkan lapisan jaringan tambahan meskipun sudah dilakukan perawatan yang optimal.



Gambar 2. 6 *Deep Tissue Injury*



Gambar 2. 7 Bagian Tubuh Yang Rawan Mengalami Luka Dekubitus

2.2.4 Patofisiologi Luka Dekubitus

Pembentukan ulkus dekubitus terjadi secara multifaktorial, tetapi seluruh proses tersebut bermuara pada terjadinya iskemia dan nekrosis jaringan. Jaringan tubuh masih mampu menahan tekanan eksternal dalam jumlah tertentu, namun tekanan konstan yang berlangsung dalam waktu lama menjadi penyebab utama

terjadinya ulkus dekubitus. Tekanan eksternal harus melebihi tekanan kapiler arteri sebesar 32 mmHg agar aliran darah dapat terhambat. Tekanan juga harus melebihi tekanan penutupan kapiler vena sebesar 8–12 mmHg sehingga aliran balik vena mengalami gangguan. Tekanan yang berlangsung terus-menerus di atas batas tersebut menyebabkan iskemia dan nekrosis jaringan. Kondisi tersebut dapat terjadi akibat penekanan dari kasur yang keras, pagar tempat tidur rumah sakit, maupun permukaan keras lainnya yang bersentuhan langsung dengan tubuh pasien. Gesekan antara kulit dengan permukaan seperti pakaian atau tempat tidur juga dapat menyebabkan terbentuknya ulkus dekubitus karena menimbulkan kerusakan pada lapisan superfisial kulit. Kelembapan kulit mempercepat kerusakan jaringan dan maserasi sehingga memperburuk kondisi ulkus yang telah terbentuk (Zaidi & Sharma, 2024).

2.2.5 Pencegahan Risiko Luka Dekubitus

Berikut pencegahan ulkus dekubitus menurut (Sura et al., 2023):

1. Perubahan posisi secara teratur

Tenaga kesehatan melakukan perubahan posisi pasien setiap 2 jam atau sesuai kondisi klinis untuk mengurangi tekanan berkepanjangan pada area tonjolan tulang. Tindakan ini bertujuan untuk memperlancar aliran darah pada jaringan yang tertekan sehingga tidak terjadi iskemia yang dapat menyebabkan kerusakan kulit.

2. Penggunaan alat bantu pengurang tekanan

Tenaga kesehatan menggunakan kasur antidekubitus, bantal, atau bantalan khusus pada area tubuh yang berisiko seperti sakrum, tumit, dan

pinggul. Penggunaan alat ini bertujuan untuk mendistribusikan tekanan secara merata sehingga tekanan tidak terfokus pada satu titik yang dapat menyebabkan kerusakan jaringan.

3. Perawatan kebersihan dan kelembapan kulit

Tenaga kesehatan menjaga kulit pasien tetap bersih, kering, dan tidak lembap untuk mencegah iritasi serta kerusakan kulit. Tenaga kesehatan juga mengganti pakaian atau alas tidur yang basah untuk menghindari maserasi kulit yang dapat mempercepat terjadinya luka tekan.

4. Pemeriksaan kulit secara rutin

Tenaga kesehatan melakukan inspeksi kulit secara berkala, terutama pada area yang sering tertekan, untuk mendeteksi tanda awal seperti kemerahan, perubahan suhu, atau nyeri. Deteksi dini ini memungkinkan tindakan pencegahan segera sebelum luka berkembang menjadi lebih berat.

5. Pemenuhan nutrisi dan cairan

Tenaga kesehatan memastikan pasien mendapatkan asupan nutrisi yang cukup, terutama protein, vitamin C, vitamin E, dan cairan yang memadai. Nutrisi tersebut berperan dalam menjaga kekuatan jaringan kulit serta mempercepat proses regenerasi sel.

6. Mobilisasi dini dan latihan gerak

Tenaga kesehatan mendorong pasien untuk melakukan mobilisasi sedini mungkin atau latihan rentang gerak pasif maupun aktif sesuai kemampuan pasien. Tindakan ini bertujuan untuk meningkatkan sirkulasi darah dan mencegah imobilisasi yang menjadi faktor risiko utama ulkus dekubitus.

7. Edukasi kepada pasien dan keluarga

Tenaga kesehatan memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai cara mencegah ulkus dekubitus, seperti pentingnya perubahan posisi, perawatan kulit, dan pemantauan kondisi kulit di rumah. Edukasi ini bertujuan agar keluarga dapat berperan aktif dalam pencegahan setelah pasien pulang dari perawatan.

2.2.6 Pengukuran Risiko Luka Dekubitus

Pengukuran risiko luka dekubitus dapat dilakukan dengan skala Norton maupun skala Braden, dalam penelitian ini, peneliti menggunakan pengukuran dengan skala Braden.

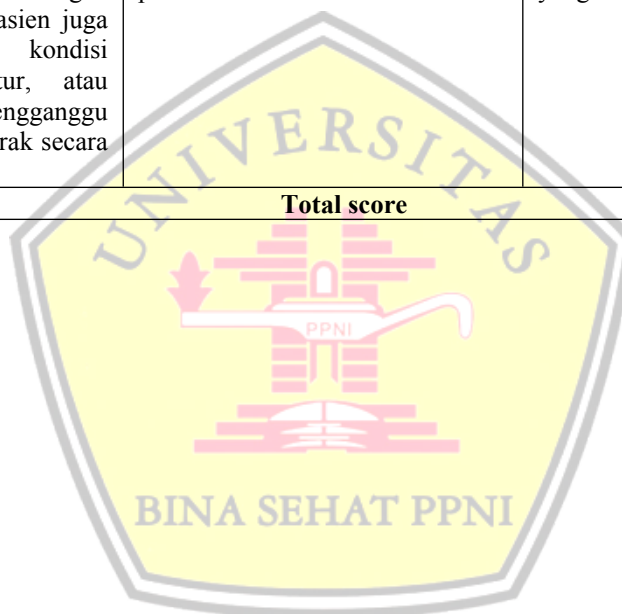


Tabel 2. 1 Skala Braden

No	Pemeriksaan	Skor				Hasil
		1	2	3	4	
1	Persepsi Sensori Kemampuan untuk memberikan respons terhadap ketidaknyamanan yang disebabkan oleh tekanan	Benar-benar terbatas Tidak memberikan respons terhadap rangsangan nyeri akibat penurunan kesadaran, atau mengalami keterbatasan dalam merasakan nyeri pada seluruh tubuh.	Sangat terbatas Respons hanya muncul saat diberikan rangsangan nyeri atau berupa erangan, atau terdapat gangguan sensori yang menyebabkan penurunan kemampuan merasakan nyeri pada sebagian besar tubuh.	Agak terbatas Pasien menunjukkan respons verbal tetapi tidak selalu mampu berkomunikasi secara konsisten, atau mengalami gangguan sensori yang menyebabkan penurunan kemampuan merasakan nyeri pada satu atau dua ekstremitas.	Tidak ada gangguan Pasien memberikan respons verbal tanpa gangguan sensori dan mampu merasakan nyeri atau ketidaknyamanan dengan baik.	
2	Kelambaban Tingkat paparan kulit terkena cairan	Terus menerus basah Kulit pasien mengalami kelembapan hampir terus-menerus akibat paparan keringat. Urine juga terdeteksi saat dilakukan perubahan posisi pasien.	Sering basah Kulit pasien sering mengalami kelembapan, namun tidak berlangsung terus-menerus. Tenaga kesehatan perlu mengganti linen setiap kali dilakukan perubahan posisi pasien.	Sesekali basah Kulit pasien kadang-kadang mengalami kelembapan sehingga tenaga kesehatan perlu mengganti linen sekitar satu kali dalam sehari.	Jarang basah Kulit pasien umumnya dalam kondisi kering. Tenaga kesehatan mengganti linen sesuai jadwal perawatan rutin yang telah ditetapkan.	
3	Aktifitas Tingkat aktifitas fisik	Terbatas ditempat tidur Aktifitas terbatas ditempat tidur	Tidak mampu berpindah ke kursi sendiri Pasien memiliki kemampuan berjalan yang sangat terbatas atau tidak ada sama sekali. Pasien tidak mampu berpindah ke kursi roda secara mandiri dan harus dibantu sepenuhnya oleh tenaga kesehatan atau pendamping saat dipindahkan ke kursi atau kursi roda.	Berjalan sesekali Pasien berjalan sesekali dalam sehari untuk jarak yang pendek, dengan atau tanpa bantuan. Pasien menghabiskan sebagian besar waktu pada setiap shift di kursi atau di tempat tidur.	Berjalan sering Pasien berjalan di luar ruangan setidaknya dua kali sehari dan melakukan mobilisasi atau perubahan posisi di luar ruangan paling tidak setiap dua jam.	
4	Mobilitas	1	2	3	4	

No	Pemeriksaan	Skor				Hasil
		Benar-benar tidak ada pergerakan	Sangat terbatas	Agak terbatas	Tidak ada batasan	
	Kemampuan untuk mengubah dan mengendalikan posisi tubuhnya	Pasien tidak melakukan perubahan posisi tubuh maupun pergerakan ekstremitas secara mandiri.	Pasien kadang-kadang melakukan perubahan kecil pada posisi tubuh atau ekstremitas, tetapi tidak mampu melakukan perubahan posisi yang bermakna.	Pasien sering melakukan perubahan kecil pada posisi tubuh atau ekstremitas secara mandiri.	Pasien sering melakukan perubahan posisi tubuh secara mandiri tanpa bantuan.	
5	Nutrisi Pola supan nutrisi	1	2	3	4	
		Sangat buruk Tidak pernah mengonsumsi makanan lengkap dan jarang menghabiskan lebih dari sepertiga makanan yang disediakan. Pasien hanya mengonsumsi dua porsi atau kurang sumber protein seperti daging atau susu dalam sehari. Asupan cairan pasien juga buruk, serta tidak mendapatkan suplemen nutrisi cair. Kondisi ini juga dapat mencakup pasien yang menjalani puasa dengan hanya mengonsumsi air putih atau cairan intravena selama lebih dari lima hari.	Kemungkinan tidak adekuat Jarang mengonsumsi makanan lengkap dan saat makan hanya menghabiskan sekitar setengah dari makanan yang disediakan. Asupan protein pasien hanya mencakup sekitar tiga porsi produk daging atau susu per hari. Pasien kadang-kadang memerlukan suplemen makanan atau menerima asupan nutrisi yang kurang optimal melalui makanan cair atau melalui selang (<i>feeding tube</i>).	Adekuat Pasien mengonsumsi lebih dari setengah porsi makanan yang disajikan. Pasien juga mendapatkan sekitar empat porsi protein seperti daging atau produk susu setiap hari. Pasien kadang-kadang menolak makanan selingan, tetapi biasanya akan menerima jika ditawarkan. Pada kondisi tertentu, pasien memperoleh asupan melalui selang makanan yang dapat memenuhi sebagian besar kebutuhan gizinya..	Sangat baik Pasien selalu mengonsumsi makanan pada setiap waktu makan dan tidak pernah menolak makanan yang diberikan. Pasien biasanya mendapatkan asupan protein sebanyak empat porsi atau lebih yang terdiri dari daging dan produk susu. Pasien juga kadang-kadang mengonsumsi makanan di antara waktu makan, serta tidak memerlukan suplemen tambahan karena kebutuhan gizinya telah terpenuhi.	
6	Gesekan pada pergeseran	1	2	3	4	
		Masalah Pasien membutuhkan bantuan seseorang secara maksimal dalam melakukan mobilisasi. Tenaga kesehatan mengangkat pasien menggunakan linen	Potensi masalah Pasien bergerak secara bebas atau hanya membutuhkan bantuan minimal dalam mobilisasi. Saat proses pemindahan, kulit pasien dapat mengalami gesekan dengan linen, kursi, alat restrain, atau	Tidak ada masalah Pasien bergerak di tempat tidur dan kursi secara mandiri dengan kekuatan otot yang cukup untuk melakukan pengangkatan tubuh saat berpindah posisi. Pasien		

No	Pemeriksaan	Skor			Hasil
		karena pasien tidak mampu bergerak secara mandiri. Pasien sering merosot dari tempat tidur atau kursi sehingga memerlukan perbaikan posisi dengan bantuan penuh. Pasien juga menunjukkan kondisi spastik, kontraktur, atau agitasi yang mengganggu kemampuan bergerak secara normal.	perangkat lainnya. Pasien mampu mempertahankan posisi tubuh yang baik di tempat tidur, namun kadang-kadang mengalami pergeseran atau merosot dari posisi awal.	mampu mempertahankan posisi tubuh yang baik di tempat tidur maupun kursi secara konsisten tanpa mengalami pergeseran posisi yang bermakna.	
Total score					



Menurut Braden dan Bergstorm dalam (Mayangsari, 2020) kategori risiko dekubitus adalah sebagai berikut:

1. Tidak berisiko: 19-23
2. Risiko ringan: 15-18
3. Risiko sedang: 13-14
4. Risiko tinggi: 10-12
5. Risiko sangat tinggi: 6-9

2.3 Konsep Mobilitas

2.3.1 Definisi

Mobilitas merupakan kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah, dan terkoordinasi guna memenuhi kebutuhan hidup sehat. Penurunan atau hilangnya mobilitas dapat menimbulkan ketergantungan, sehingga kondisi ini perlu mendapat perhatian serius. Oleh karena itu, mobilisasi dini penting dilakukan untuk membantu meningkatkan kemampuan gerak klien, menjaga kondisi kesehatan, serta memperlambat perkembangan penyakit (Uliyah & Hidayat, 2020).

Mobilitas berperan penting dalam meningkatkan kemampuan gerak individu, menjaga kondisi kesehatan, memperlambat progresivitas penyakit terutama yang bersifat degeneratif, serta mendukung proses aktualisasi diri. Cakupan mobilitas meliputi latihan fisik atau *range of motion* (ROM), aktivitas ambulasi, serta penerapan mekanika tubuh (*body mechanics*) (Kozier, 2000 dalam Mubarak, 2020).

Mobilitas adalah kemampuan seseorang untuk menggerakkan dirinya, baik secara mandiri maupun dengan bantuan alat atau transportasi, dalam berbagai

lingkungan yang mencakup dari rumah, lingkungan sekitar, hingga wilayah yang lebih luas (Freiberger et al., 2020).

Mobilitas merupakan kemampuan pasien untuk mengubah dan mengendalikan posisi tubuhnya. Mobilitas fisik memerlukan kekuatan otot serta energi yang memadai, disertai stabilitas rangka, fungsi sendi, dan koordinasi neuromuskular yang baik. Gangguan pada salah satu komponen tersebut dapat menimbulkan penurunan mobilitas atau kondisi imobilitas. Mobilitas berada dalam suatu rentang, mulai dari kondisi tanpa gangguan ketika pasien mampu melakukan perubahan posisi tubuh besar secara mandiri dan sering tanpa bantuan, hingga kondisi imobilitas total ketika pasien tidak dapat mengubah posisi tubuh maupun ekstremitas sekecil apa pun tanpa bantuan (Ernstmeyer & Christman, 2021).

Berdasarkan berbagai pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa mobilitas adalah kemampuan individu untuk bergerak atau menggerakkan diri secara bebas, terkoordinasi, dan mandiri maupun dengan bantuan, dalam berbagai lingkungan guna memenuhi kebutuhan hidup, mempertahankan kesehatan, serta mendukung aktivitas sehari-hari. Mobilitas mencakup berbagai bentuk aktivitas seperti latihan fisik, ambulasi, dan mekanika tubuh, serta memiliki peran penting dalam mencegah ketergantungan dan memperlambat perkembangan penyakit.

2.3.2 Tujuan Mobilisasi

Mobilisasi bertujuan meningkatkan kemampuan fungsional pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari, mempertahankan fleksibilitas sendi, meningkatkan kesadaran tubuh dan kemampuan bergerak, serta membantu mempercepat rehabilitasi pasien selama perawatan intensif (Gemini et al., 2021)

Menurut (Aboshoushah et al., 2023), mobilisasi bertujuan untuk:

1. Meningkatkan proses pemulihan pasien secara optimal.
2. Mempertahankan dan meningkatkan kekuatan otot pasien.
3. Meningkatkan mobilitas dan fleksibilitas sendi.
4. Memperbaiki fungsi fisik dan kemampuan fungsional pasien.
5. Meningkatkan fungsi respirasi dan ventilasi paru.
6. Membantu mencegah komplikasi akibat imobilisasi berkepanjangan.
7. Mengurangi risiko terjadinya luka tekan (*pressure ulcer/decubitus*).
8. Mencegah kontraktur sendi dan kekakuan otot.
9. Menurunkan risiko komplikasi paru seperti atelektasis dan pneumonia.
10. Mempertahankan fungsi kardiovaskular selama perawatan intensif.
11. Meningkatkan kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari.
12. Membantu meningkatkan kesadaran tubuh dan kemampuan bergerak pasien.
13. Mempercepat proses rehabilitasi pasien di ICU.
14. Membantu memperpendek lama rawat pasien di ICU dan rumah sakit.
15. Meningkatkan kualitas hidup pasien setelah perawatan intensif.

2.3.3 Jenis Mobilitas

Mobilitas fungsional adalah kemampuan seseorang untuk bergerak dalam lingkungannya, yang meliputi berjalan, berdiri dari posisi duduk, duduk dari posisi berdiri, serta bergerak di tempat tidur. Tiga area utama mobilitas fungsional menurut (Ernstmeyer & Christman, 2021) meliputi:

1. Mobilitas di Tempat Tidur (*Bed Mobility*): Kemampuan pasien untuk bergerak di tempat tidur, termasuk berpindah dari posisi berbaring ke duduk dan sebaliknya.
2. Berpindah (*Transferring*): Kemampuan pasien untuk berpindah dari satu permukaan ke permukaan lain, seperti dari tempat tidur ke kursi atau dari satu kursi ke kursi lainnya.
3. Ambulasi (*Ambulation*): Kemampuan untuk berjalan, baik secara mandiri maupun dengan bantuan orang lain atau alat bantu seperti tongkat, walker, atau kruk.

2.3.4 Faktor yang Mempengaruhi Mobilitas Lansia

Berikut faktor-faktor yang mempengaruhi mobilitas pada lansia menurut (Freiberger et al., 2020):

1. Faktor Fisik

Faktor fisik berkaitan dengan kemampuan tubuh dalam melakukan pergerakan, meliputi kekuatan otot, keseimbangan, dan pola berjalan (*gait*). Penurunan fungsi fisik dapat menyebabkan keterbatasan gerak serta meningkatkan risiko jatuh pada lansia.

2. Faktor Neuromuskular

Faktor neuromuskular mencakup fungsi sistem saraf dan otot, khususnya perubahan pada unit motorik. Perubahan ini dapat memengaruhi koordinasi dan kontrol gerakan sehingga berdampak pada penurunan mobilitas.

3. Faktor Kognitif

Faktor kognitif meliputi kemampuan berpikir seperti memori, perhatian, kecepatan pemrosesan informasi, dan fungsi eksekutif. Penurunan fungsi kognitif dapat mengganggu kemampuan lansia dalam mengatur dan mengoordinasikan gerakan secara efektif.

4. Faktor Behavioral (Perilaku)

Faktor behavioral berkaitan dengan perilaku individu, seperti tingkat aktivitas fisik dan ketakutan akan jatuh. Perilaku kurang aktif serta adanya rasa takut dapat membatasi mobilitas dan menurunkan kemandirian lansia dalam beraktivitas sehari-hari.

2.3.5 Pengukuran Mobilitas

Banner Mobility Assessment Tool (BMAT) dikembangkan untuk mengatasi keterbatasan alat penilaian yang telah ada sebelumnya. Alat ini dapat digunakan setiap hari di sisi tempat tidur pasien oleh perawat terdaftar, serta mampu mengidentifikasi peralatan dan alat bantu yang diperlukan untuk menangani dan memindahkan pasien secara aman berdasarkan tingkat mobilitasnya. Tujuan dari BMAT adalah untuk memberikan panduan kepada perawat dalam mengarahkan pasien melalui empat tahap tugas fungsional, guna menentukan tingkat mobilitas yang dapat dicapai oleh pasien. Selanjutnya, perawat menggunakan hasil penilaian tersebut untuk menetapkan tingkat mobilitas pasien (misalnya Mobilitas Level 1) serta merekomendasikan peralatan dan alat bantu yang diperlukan untuk mengangkat, memindahkan, dan memobilisasi pasien secara aman. BMAT dikembangkan melalui proses penguraian dua alat penilaian yang telah ada sebelumnya, kemudian disusun kembali menjadi suatu alat yang mencakup empat

tingkat tugas fungsional. Pengembangan BMAT melibatkan masukan dari perawat, fisioterapis, terapis okupasi, serta tim manajemen risiko di suatu sistem layanan kesehatan multirumah sakit di wilayah Barat Daya. Alat penilaian awal kemudian dievaluasi oleh perawat dari berbagai unit spesialis. Berdasarkan umpan balik tersebut, versi modifikasi dari alat ini disebarluaskan untuk digunakan pada salah satu fasilitas dalam sistem layanan kesehatan tersebut (Ernstmeyer & Christman, 2021). Selalu utamakan metode pengangkatan/pemindahan yang paling aman (misalnya total lift) apabila terdapat keraguan terhadap kemampuan pasien dalam melakukan tugas.

1. *Assessment Level 1 – Sit and Shake*

a) Tugas:

Dari posisi setengah berbaring, minta pasien untuk duduk tegak dan berputar hingga berada pada posisi duduk di sisi tempat tidur; pasien boleh menggunakan pegangan tempat tidur. Amati kemampuan pasien mempertahankan posisi duduk di tepi tempat tidur. Kemudian minta pasien meraih tangan pemeriksa dan berjabat tangan, dengan memastikan pasien menjangkau melewati garis tengah tubuhnya.

b) Interpretasi

(1) Lulus (*Pass*) = lanjut ke *Assessment Level 2*

(2) Tidak lulus (*Fail*) = Pasien termasuk Mobilitas Level 1; gunakan total lift dengan sling dan/atau lembar posisi dan/atau tali pengikat, serta/atau gunakan alat transfer lateral seperti papan geser (rollboard), alat pengurang gesekan (slide sheet/tube), atau alat bantu berbasis udara.

Jika pasien memiliki pembatasan seperti “tirah baring total” atau “tidak boleh menumpu berat badan pada kedua kaki”, maka penilaian tidak dilanjutkan; pasien termasuk Mobilitas Level 1.

2. *Assessment Level 2 – Stretch and Point*

a. Tugas:

Dengan pasien dalam posisi duduk di sisi tempat tidur, minta pasien menempatkan kedua kaki di lantai (atau bangku) dengan posisi lutut tidak lebih tinggi dari pinggul. Kemudian minta pasien meluruskan satu kaki, menegakkan lutut, lalu menggerakkan pergelangan kaki (fleksi) dan menunjuk jari kaki. Jika memungkinkan, ulangi pada kaki lainnya.

b. Interpretasi:

- 1) Lulus (*Pass*) = lanjut ke *Assessment Level 3*
- 2) Tidak lulus (*Fail*) = Pasien termasuk Mobilitas Level 2; gunakan total lift bagi pasien yang tidak mampu menumpu berat badan pada setidaknya satu kaki; gunakan alat bantu duduk-ke-berdiri (sit-to-stand lift) bagi pasien yang masih mampu menumpu berat badan pada salah satu kaki.

3. *Assessment Level 3 – Stand*

a) Tugas:

Minta pasien untuk berdiri dari tempat tidur atau kursi (dari duduk ke berdiri) menggunakan alat bantu (seperti tongkat atau pegangan tempat tidur). Pasien harus mampu mengangkat bokong dari tempat tidur dan mempertahankan posisi selama hitungan lima detik. Dapat diulang satu kali.

b) Interpretasi

- 1) Lulus (*Pass*) = lanjut ke *Assessment* Level 4
- 2) Tidak lulus (*Fail*) = Pasien termasuk Mobilitas Level 3; gunakan alat bantu berdiri non-listrik (atau gunakan alat sit-to-stand listrik jika tidak tersedia), atau gunakan total lift dengan aksesoris ambulasi, atau alat bantu seperti tongkat, walker, atau kruk.

Jika pasien lulus Level 3 tetapi masih memerlukan alat bantu berjalan atau hasil penilaian kognitif menunjukkan kesadaran keselamatan yang rendah, maka pasien tetap termasuk Mobilitas Level 3.

4. *Assessment* Level 4 – *Walk* (Berjalan di Tempat dan Melangkah)

a) Tugas:

Minta pasien berjalan di tempat di sisi tempat tidur, kemudian melangkah maju dan kembali ke posisi semula dengan masing-masing kaki. Pasien harus menunjukkan kestabilan selama melakukan tugas. Lakukan penilaian terhadap stabilitas dan kesadaran keselamatan.

b) Interpretasi:

- 1) Lulus (*Pass*) = Pasien termasuk Mobilitas Level 4/mandiri termodifikasi (tidak memerlukan bantuan untuk berjalan); gunakan pertimbangan klinis terbaik untuk menentukan apakah perlu pengawasan saat berjalan.
- 2) Tidak lulus (*Fail*) = Pasien termasuk Mobilitas Level 3.

2.4 Hubungan Mobilitas dengan Risiko Dekubitus

Dekubitus ini terjadi akibat tekanan berkepanjangan pada kulit dan jaringan di bawahnya, yang sering dialami oleh individu dengan mobilitas terbatas atau yang terbaring di tempat tidur maupun duduk di kursi dalam jangka waktu lama (Caggiari et al., 2025). Tingkat mobilitas lansia memengaruhi frekuensi perubahan posisi dan distribusi tekanan tubuh, sehingga mekanisme ini menjadi salah satu faktor yang menentukan risiko terbentuknya dekubitus (Avsar et al., 2022). Lansia yang berbaring dalam jangka waktu lama (lebih dari 2 jam) menumpukan beban tubuh pada area tubuh yang bersentuhan langsung dengan permukaan tempat tidur, sehingga menimbulkan tekanan lokal. Tekanan ini menghambat aliran darah ke jaringan, menyebabkan kondisi iskemik yang menurunkan suplai oksigen dan nutrisi ke kulit. Jika kondisi ini berlangsung terus-menerus tanpa intervensi, integritas kulit akan terganggu dan berpotensi berkembang menjadi dekubitus (Potter & Perry, 2021).

Tabel 2. 2 Jurnal yang Relevan

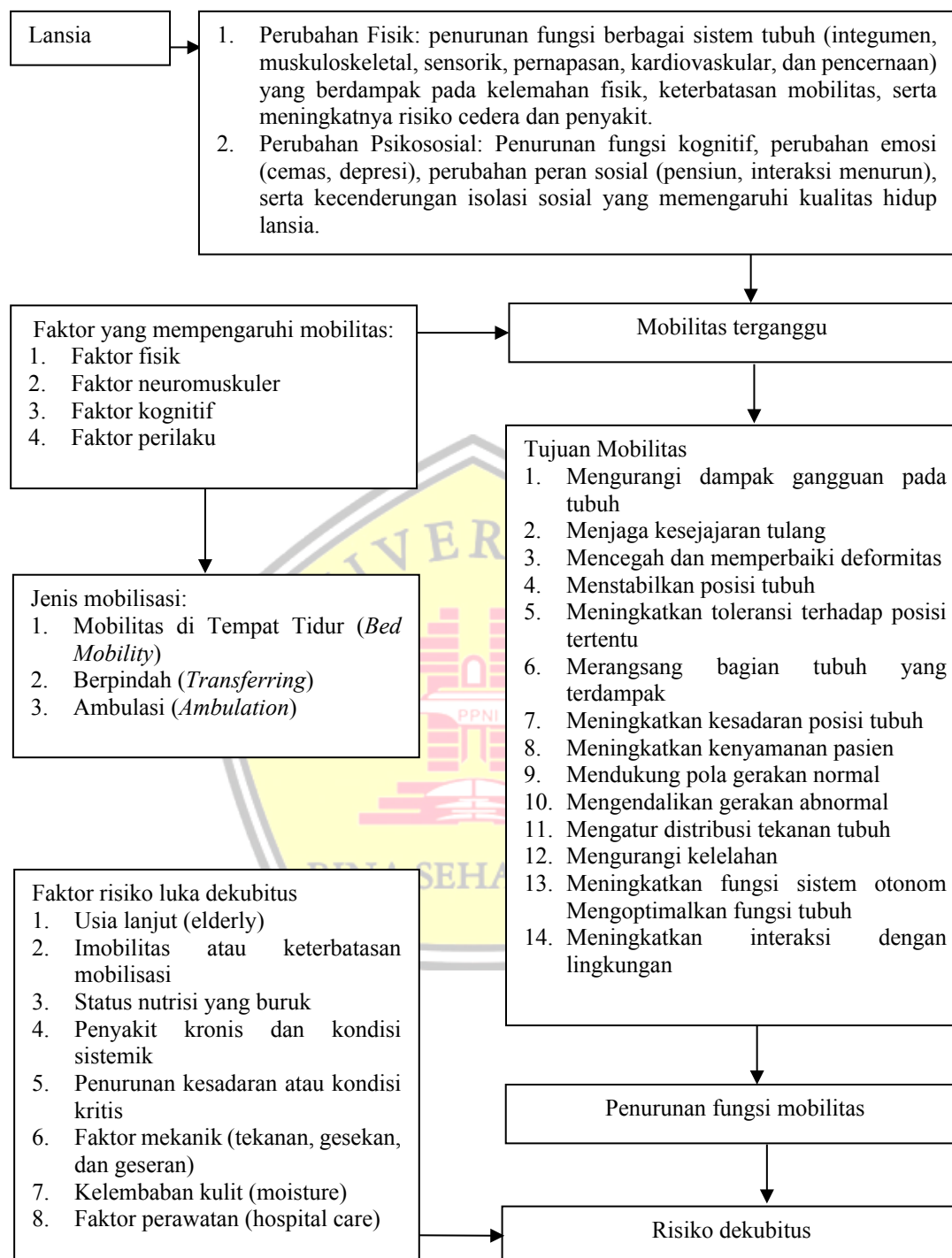
No	Judul/Penulis/Tahun & Link	Metode Penelitian	Hasil
1	<i>Point Prevalence and Risk Factors for Pressure Ulcers in Hospitalized Adult Patients</i> (Oliveira et al., 2024)	D: Cross-sectional S: Pasien dewasa & lansia di RS VI: Mobilitas & faktor risiko lain VD: Dekubitus I: Braden Scale & observasi klinis A: Analisis multivariat	Mobilitas rendah terbukti sebagai salah satu faktor risiko utama terjadinya dekubitus pada pasien, termasuk lansia, bersama faktor klinis lainnya.
2	<i>Multidimensional-Based Prediction of Pressure Ulcers Development in Hospitalized Older Adults</i> (Ottaviani et al., 2024)	D: Retrospektif analitik S: 316 lansia VI: Mobilitas, nutrisi, status fungsional VD: Kejadian dekubitus I: Braden Scale & asesmen geriatri A: Regresi logistik	Mobilitas (subskala Braden) merupakan prediktor signifikan terhadap kejadian dekubitus, dengan hampir 48% lansia mengalami luka tekan selama perawatan.

No	Judul/Penulis/Tahun & Link	Metode Penelitian	Hasil
3	Effects of Predictive Nursing Interventions on Pressure Ulcer in Elderly Bedridden Patients (Liu et al., 2024)	D: Meta-analysis (RCT) S: 6504 lansia bedridden VI: Imobilitas & intervensi keperawatan VD: Dekubitus I: Studi RCT A: Meta-analysis	Lansia dengan imobilitas tinggi (bedridden) memiliki risiko dekubitus lebih tinggi, namun intervensi keperawatan mampu menurunkan kejadian secara signifikan.
4	Evaluation of Perioperative Pressure Injury in Adults ≥ 65 Years (Korkmaz et al., 2024) Link: https://doi.org/10.1016/j.jtv.2023.11.005	D: Prospektif cohort S: 240 lansia ≥ 65 tahun VI: Mobilitas & faktor perioperatif VD: Pressure injury I: Braden & Munro Scale A: Analisis statistik	Lansia dengan keterbatasan mobilitas selama perawatan memiliki risiko lebih tinggi mengalami pressure injury, terutama pada kondisi pasca operasi.
5	<i>Preventing Pressure Injuries in Individuals with Impaired Mobility</i> (Peterson et al., 2025)	D: Review klinis S: Individu dengan keterbatasan mobilitas (termasuk lansia) VI: Mobilitas VD: Dekubitus I: Studi literatur A: Narrative review	Imobilitas diidentifikasi sebagai faktor utama penyebab dekubitus karena tekanan berkepanjangan pada jaringan tanpa perubahan posisi tubuh.
6	Penerapan Mobilisasi dalam Pencegahan Dekubitus dengan Jam Mobilisasi pada Lansia Stroke di RSUD Sragen (Apriani et al., 2023) Link: https://ejurnal.politeknikpratama.ac.id/index.php/Termometer/article/download/2347/2265	D: Deskriptif studi kasus S: 2 lansia stroke, purposive sampling VI: Mobilisasi VD: Risiko dekubitus I: Observasi & intervensi mobilisasi A: Analisis deskriptif	Terdapat pengaruh mobilisasi terhadap pencegahan dekubitus, di mana pemberian alih baring secara teratur menurunkan risiko luka tekan pada lansia
7	Pengaruh Kombinasi Posisi Miring dan Baby Oil terhadap Risiko Dekubitus pada Pasien Stroke (Lugiarti, 2024) Link: https://repository.unissula.ac.id/36920/1/Ilmu%20Keperawatan_30902300077_fullpdf.pdf	D: Kuantitatif eksperimen S: 24 pasien stroke VI: Mobilisasi (reposisi) VD: Risiko dekubitus I: Observasi & skala dekubitus A: Uji marginal homogeneity	Terdapat pengaruh signifikan ($p=0,001$) antara perubahan posisi (mobilitas) dengan penurunan risiko dekubitus.
8	Hubungan Tingkat Ketergantungan dengan Risiko Dekubitus pada Pasien Stroke (Muzakki et al., 2023) Link: https://jnc.stikesmaharani.ac.id/index.php/JNC/article/download/296/281	D: Kuantitatif korelasional S: Pasien rawat inap VI: Tingkat ketergantungan (mobilitas) VD: Risiko dekubitus	Terdapat hubungan antara tingkat ketergantungan (mobilitas rendah) dengan meningkatnya risiko dekubitus pada pasien.

No	Judul/Penulis/Tahun & Link	Metode Penelitian	Hasil
		I: Kuesioner & Braden Scale A: Chi-square	
9	Perawatan Kulit pada Lansia dengan Gangguan Mobilitas untuk Mencegah Dekubitus (2024) Link: https://journal.ummat.ac.id/index.php/jpmb/article/view/29278	D: Pengabdian masyarakat S: 12 caregiver lansia VI: Mobilitas (gangguan fisik) VD: Risiko dekubitus I: Edukasi & pelatihan A: Deskriptif	Lansia dengan gangguan mobilitas fisik memiliki risiko tinggi dekubitus, sehingga diperlukan perawatan kulit dan mobilisasi untuk pencegahan.
10	Pencegahan Dekubitus dengan Mobilisasi Dini pada Pasien Stroke (Lugiarti, 2022) Link: https://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/jkt/article/view/45679	D: Literatur review S: Artikel ilmiah terkait VI: Mobilisasi dini VD: Dekubitus I: Studi literatur A: Review	Mobilisasi dini terbukti efektif dalam mencegah dekubitus karena mengurangi tekanan berkepanjangan pada jaringan.



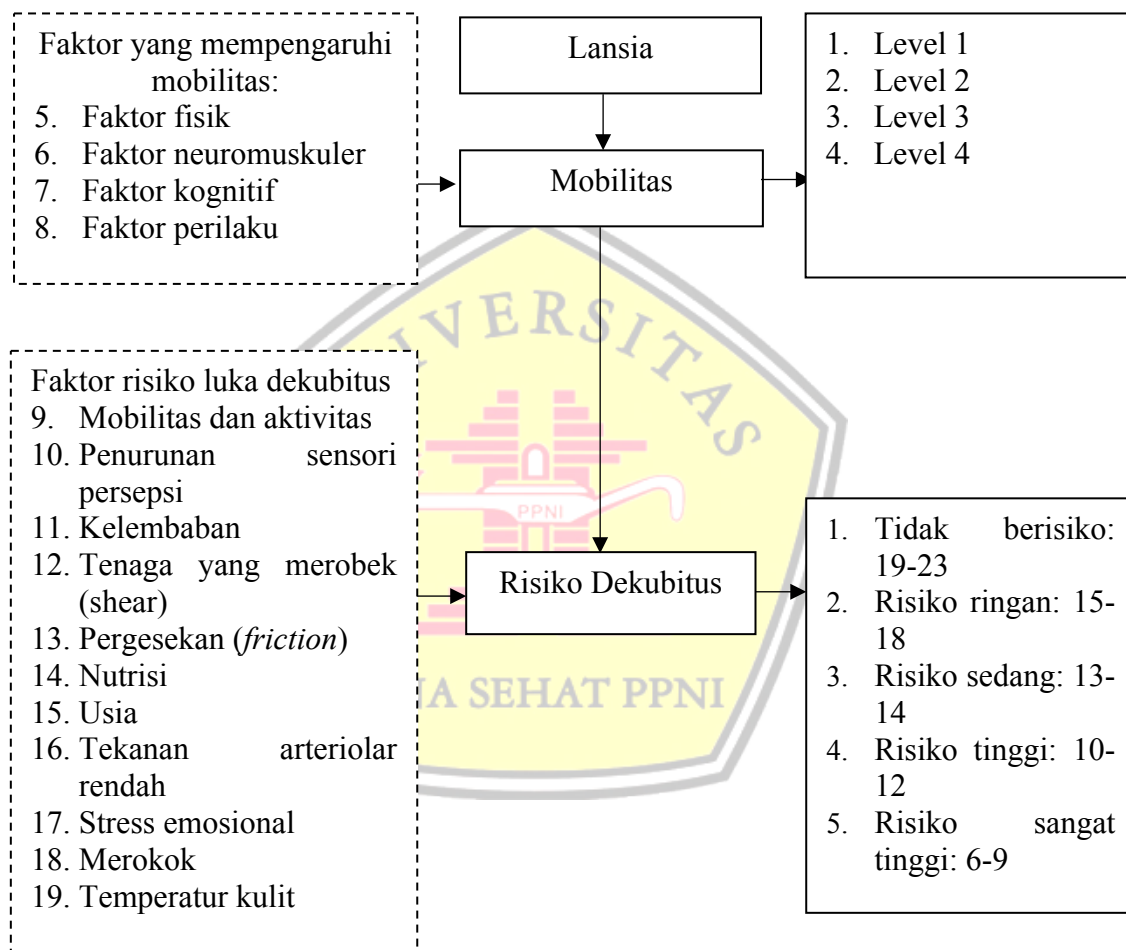
2.5 Kerangka Teori



Gambar 2. 8 Kerangka Teori Hubungan Mobilitas dengan Risiko Dekubitus Pada Lansia di Sawayaka Hirakatakan Yuryo Rojin Homu Kota Osaka Jepang

2.6 Kerangka Konseptual

Kerangka konsep adalah gambaran sistematis yang digunakan untuk menjelaskan alur pemikiran peneliti dalam menghubungkan variabel bebas dan variabel terikat, sehingga memudahkan dalam merumuskan hipotesis dan pelaksanaan penelitian (Notoatmodjo, 2021).



Keterangan:

———— : diteliti

----- : tidak diteliti

Gambar 2. 9 Kerangka Konseptual Hubungan Mobilitas dengan Risiko Dekubitus Pada Lansia di Sawayaka Hirakatakan Yuryo Rojin Homu Kota Osaka Jepang

2.7 Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian adalah dugaan sementara yang dirumuskan oleh peneliti mengenai hubungan atau pengaruh antara variabel-variabel dalam penelitian, yang kebenarannya masih perlu dibuktikan melalui proses pengumpulan dan analisis data (Notoatmodjo, 2021). Hipotesis penelitian ini adalah sebagai berikut:

H1: ada hubungan mobilitas dengan risiko dekubitus pada lansia di Sawayaka

Hirakatakan Yuryo Rojin Homu Kota Osaka Jepang

