

BAB 4

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Sawayaka Hirakatakan Yuryo Rojin Home (□□□□□□□), yaitu sebuah panti wreda berbayar dengan layanan perawatan (nursing care paid elderly home) yang dikelola oleh Sawayaka Club Co., Ltd.. Fasilitas ini berlokasi di Kota Hirakata, Prefektur Osaka, Jepang, tepatnya di 2-21-7 Shodai Otani, Hirakata, Osaka 573-1153. Lokasi panti berada di antara Kota Osaka dan Kyoto sehingga memiliki akses transportasi yang mudah melalui jalur jalan raya maupun transportasi umum. Fasilitas ini juga berdekatan dengan kawasan hijau Yamadaike Park serta beberapa rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan yang mendukung kebutuhan pelayanan bagi lanjut usia.

Sawayaka Hirakatakan merupakan fasilitas hunian lanjut usia yang menyediakan pelayanan perawatan jangka panjang bagi lansia yang membutuhkan bantuan dalam aktivitas sehari-hari. Fasilitas ini memiliki kapasitas sekitar 108 penghuni dengan kamar pribadi yang dirancang untuk memberikan kenyamanan, keamanan, dan privasi bagi setiap penghuni, akan tetapi hanya terdapat 35 lanjut usia yang dirawat disana saat penelitian berlangsung. Pelayanan diberikan selama 24 jam oleh tenaga profesional yang terdiri atas perawat, *caregiver* (kaigo), tenaga rehabilitasi, serta staf pendukung lainnya. Pelayanan yang diberikan meliputi bantuan aktivitas kehidupan sehari-hari (*Activities of Daily Living/ADL*),

pemantauan kondisi kesehatan, pemberian obat sesuai instruksi tenaga medis, rehabilitasi, pelayanan gizi, serta berbagai kegiatan rekreasional yang bertujuan mempertahankan fungsi fisik, psikologis, dan sosial lansia.

Sawayaka Hirakatakan secara rutin menyelenggarakan berbagai kegiatan sosial dan rekreasi, seperti perayaan ulang tahun, kegiatan musiman, wisata luar ruangan, senam, terapi aktivitas kelompok, hingga kegiatan bersama masyarakat. Program-program tersebut diselenggarakan untuk meningkatkan kualitas hidup penghuni, mendorong interaksi sosial, serta mempertahankan kemandirian lansia sesuai dengan kemampuan masing-masing individu.

4.1.2 Data Umum

Tabel 4. 1 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik lanjut usia di Sawayaka Hirakatakan Yuryo Rojin Home Kota Osaka Jepang pada bulan Juli 2026

Karakteristik Responden	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Usia		
75–90 tahun (<i>old</i>)	19	54,3
>90 tahun (<i>very old</i>)	16	45,7
Jenis Kelamin		
Laki-laki	15	42,9
Perempuan	20	57,1
Komorbid		
Stroke	8	22,9
Diabetes melitus	4	11,4
Gout	4	11,4
Demensia	6	17,1
Tidak ada komorbid	13	37,1
Status Gizi		
Normal	26	74,3
Gemuk	9	25,7
Total	35	100,0

Sumber: Data Primer Penelitian, 2026

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden berusia 75–90 tahun (*old*) yaitu sebanyak 19 orang (54,3%). Sebagian besar responden berjenis

kelamin perempuan yaitu 20 orang (57,1%). Berdasarkan komorbid, hampir setengah responden tidak memiliki komorbid yaitu 13 orang (37,1%), sedangkan komorbid yang paling banyak dialami adalah stroke sebanyak 8 orang (22,9%). Berdasarkan status gizi, hampir seluruh responden memiliki status gizi normal yaitu 26 orang (74,3%).

4.1.3 Data Khusus

1. Mobilitas fisik

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Mobilitas Fisik pada Lanjut Usia di Sawayaka Hirakatakan Yuryo Rojin Home Kota Osaka Jepang Pada bulan Juli 2026

Mobilitas fisik	Frekuensi	Persentase (%)
Level 1	7	20,0
Level 2	9	25,7
Level 3	10	28,6
Level 4	9	25,7
Jumlah	35	100,0

Sumber: Data primer penelitian, 2026

Hasil penelitian pada table 4.2 menunjukkan hampir setengah responden mempunyai mobilitas fisik level 3 yaitu 10 orang (28,6%).

2. Risiko dekubitus

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Risiko Dekubitus pada Lanjut Usia di Sawayaka Hirakatakan Yuryo Rojin Home Kota Osaka Jepang pada bulan Juli 2026

Risiko dekubitus	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak berisiko	5	14,3
Risiko rendah	11	31,4
Risiko sedang	0	0
Risiko tinggi	12	34,3
Risiko sangat tinggi	7	20,0
Jumlah	35	100,0

Sumber: Data primer penelitian, 2026

Hasil penelitian pada table 4.3 menunjukkan bahwa hampir setengah responden memiliki risiko dekubitus dalam kategori tinggi yaitu 12 orang (34,3%).

3. Hubungan Mobilitas Fisik Dengan Risiko Dekubitus Pada Lanjut Usia di Sawayaka Hirakatakan Yuryo Rojin Home Kota Osaka Jepang

Tabel 4. 4 Hubungan Mobilitas fisik dengan Risiko dekubitus Pada lanjut usia di Sawayaka Hirakatakan Yuryo Rojin Home Kota Osaka Jepang pada bulan Juli 2026

Mobilitas	Risiko Dekubitus										Total	
	Tidak Berisiko		Risiko Rendah		Risiko Sedang		Risiko Tinggi		Risiko Sangat Tinggi			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Level 1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	100,0	7	100,0
Level 2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	100,0	0	0,0	9	100,0
Level 3	0	0,0	10	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	100,0
Level 4	5	55,6	1	11,1	0	0,0	3	33,3	0	0,0	9	100,0
Total	5	14,3	11	31,4	0	0,0	12	34,3	7	20,0	35	100,0

Hasil Uji Spearman Rho, pvalue=0,000, koefisien korelasi =-0,831

Sumber: Data primer penelitian, 2026

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa seluruh responden dengan mobilitas Level 1 memiliki risiko dekubitus sangat tinggi, yaitu sebanyak 7 orang (100,0%). Seluruh responden dengan mobilitas Level 2 memiliki risiko dekubitus tinggi, yaitu sebanyak 9 orang (100,0%). Seluruh responden dengan mobilitas Level 3 memiliki risiko dekubitus rendah, yaitu sebanyak 10 orang (100,0%). Responden dengan mobilitas Level 4 sebagian besar memiliki tidak berisiko mengalami dekubitus, yaitu sebanyak 5 orang (55,6%), diikuti risiko tinggi sebanyak 3 orang (33,3%), dan risiko rendah sebanyak 1 orang (11,1%).

Hasil uji Spearman Rho diperoleh nilai p value = 0,001 atau lebih kecil dari $\alpha = 0,05$ dengan nilai koefisien korelasi sebesar 0,831, sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan dengan kekuatan kuat antara mobilitas fisik dengan risiko dekubitus pada lanjut usia di Sawayaka Hirakatakan Yuryo Rojin Home Kota Osaka, Jepang. Arah hubungan negatif menunjukkan bahwa semakin baik mobilitas fisik lanjut usia, maka risiko terjadinya dekubitus cenderung semakin rendah, sedangkan

semakin rendah mobilitas fisik, maka risiko terjadinya dekubitus cenderung semakin tinggi.

4.2 Pembahasan

4.2.1 Mobilitas fisik pada lanjut usia di Sawayaka Hirakatakan Yuryo Rojin Home Kota Osaka Jepang

Hasil penelitian menunjukkan hampir setengah responden mempunyai mobilitas fisik level 3 yaitu 10 orang (28,6%), masing-masing sebagian kecil responden memiliki mobilitas fisik Level 2 dan Level 4 yaitu sebanyak 9 orang (25,7%), sedangkan responden dengan mobilitas fisik Level 1 sebanyak 7 orang (20,0%).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Ikuta et al (2024) di Jepang yang menunjukkan bahwa mobilitas fisik lansia di panti wreda dapat dipertahankan dalam kondisi baik karena penghuni memperoleh rehabilitasi dan latihan fisik secara teratur. Program latihan yang mencakup penguatan otot, latihan keseimbangan, latihan berjalan, serta aktivitas kelompok terbukti mampu mempertahankan kemampuan fungsional, meningkatkan aktivitas sehari-hari, dan memperlambat penurunan mobilitas pada lansia penghuni.

Menurut Freiburger et al (2020), mobilitas pada lansia dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu faktor fisik, neuromuskular, kognitif, dan *behavioral* (perilaku). Faktor fisik meliputi kekuatan otot, keseimbangan, dan kemampuan berjalan yang menentukan kemampuan bergerak. Faktor neuromuskular berkaitan dengan fungsi saraf dan otot yang memengaruhi koordinasi gerakan. Faktor kognitif mencakup kemampuan memori, perhatian, dan fungsi eksekutif yang

berperan dalam mengendalikan aktivitas gerak. Sementara itu, faktor behavioral berhubungan dengan tingkat aktivitas fisik serta ketakutan akan jatuh yang dapat membatasi mobilitas dan menurunkan kemandirian lansia.

Pada penelitian ini, mobilitas fisik diklasifikasikan menjadi empat level. Level 1 menunjukkan lansia memerlukan bantuan penuh dalam berpindah tempat atau mobilisasi. Level 2 menunjukkan lansia masih memerlukan bantuan sebagian atau alat bantu ketika bergerak. Level 3 menunjukkan lansia mampu melakukan mobilisasi dengan pengawasan atau bantuan minimal. Level 4 menunjukkan lansia mampu berjalan dan melakukan mobilisasi secara mandiri tanpa bantuan. Klasifikasi tersebut menunjukkan bahwa semakin tinggi level mobilitas maka semakin baik kemampuan fungsional lansia.

Menurut peneliti, dominannya responden pada Level 3 menunjukkan bahwa sebagian besar lansia masih memiliki kemampuan mobilisasi yang cukup baik meskipun memerlukan bantuan atau pengawasan dalam aktivitas tertentu. Mobilitas lansia yang masih cukup baik karena pelayanan yang diterapkan di Sawayaka Hirakatakan Yuryo Rojin Home, seperti program rehabilitasi rutin, latihan berjalan, aktivitas fisik harian, penggunaan alat bantu mobilitas sesuai kebutuhan, serta pemantauan kondisi kesehatan secara berkala. Pelayanan tersebut membantu mempertahankan kekuatan otot, keseimbangan, dan kemampuan fungsional sehingga penurunan mobilitas tidak berkembang menjadi ketergantungan penuh.

Mobilitas lansia juga dapat dipengaruhi oleh fungsi kognitif lansia. Fungsi kognitif tidak hanya berkaitan dengan kemampuan mengingat, tetapi juga meliputi

perhatian, fungsi eksekutif, serta kemampuan merencanakan dan mengoordinasikan gerakan. Lansia dengan fungsi kognitif yang masih baik lebih mampu mengenali lingkungan sekitar, mengambil keputusan saat berjalan, menghindari hambatan, dan mempertahankan keseimbangan sehingga risiko jatuh menjadi lebih rendah. Penurunan fungsi eksekutif dapat mengganggu proses perencanaan gerakan sehingga mobilitas menjadi terbatas. Salah satu faktor yang berperan adalah *fear of falling* atau ketakutan untuk jatuh. Lansia yang pernah mengalami jatuh cenderung mengalami kecemasan saat berjalan sehingga membatasi aktivitas fisiknya. Pembatasan aktivitas tersebut menyebabkan frekuensi bergerak berkurang, kekuatan otot dan keseimbangan menurun, serta kemampuan mobilitas semakin terbatas.

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden berusia 75–90 tahun (*old*) yaitu sebanyak 19 orang (54,3%). Berdasarkan hasil tabulasi silang, hampir setengah lanjut usia berumur 75–90 tahun (*old*) memiliki mobilitas Level 4, yaitu sebanyak 9 orang (47,4%). Kelompok lanjut usia >90 tahun (*very old*), hampir setengah responden memiliki mobilitas Level 1, yaitu sebanyak 6 orang (37,5%), menunjukkan bahwa lansia dengan usia yang lebih tua cenderung memiliki tingkat mobilitas yang lebih rendah.

Faktor fisik berkaitan dengan kemampuan tubuh lansia dalam melakukan pergerakan, meliputi kekuatan otot, keseimbangan, dan pola berjalan (*gait*). Penurunan fungsi fisik dapat menyebabkan keterbatasan gerak serta meningkatkan risiko jatuh pada lansia (Freiberger et al., 2020).

Menurut peneliti, lansia berusia 75–90 tahun lebih banyak memiliki mobilitas Level 4, sedangkan lansia berusia >90 tahun lebih banyak memiliki mobilitas Level 1 dapat terjadi akibat proses penuaan, di mana semakin bertambah usia terjadi penurunan massa dan kekuatan otot, berkurangnya keseimbangan, fleksibilitas sendi, serta melambatnya koordinasi gerak. Perubahan tersebut menyebabkan kemampuan melakukan aktivitas dan berpindah posisi secara mandiri semakin menurun, sehingga lansia pada kelompok usia yang lebih tua cenderung memiliki tingkat mobilitas yang lebih rendah.

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa hampir setengah responden tidak memiliki komorbid yaitu 13 orang (37,1%), sedangkan komorbid yang paling banyak dialami adalah stroke sebanyak 8 orang (22,9%).

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 (Freiberger et al., 2020). Kerusakan sistem saraf pusat menyebabkan perubahan pada unit motorik, neuromuscular junction, serta struktur otot yang ditandai dengan atrofi otot, perubahan komposisi serat otot, dan penurunan kekuatan otot. Perubahan tersebut mengganggu proses aktivasi otot, koordinasi gerakan, keseimbangan, serta kontrol postur sehingga kemampuan berjalan dan melakukan perpindahan menjadi terbatas. Lansia dengan riwayat stroke cenderung mengalami penurunan mobilitas dan membutuhkan bantuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Aze et al., 2023).

Menurut peneliti, responden dengan komorbid stroke didominasi oleh mobilitas Level 1. Kondisi ini sesuai dengan karakteristik stroke yang dapat menyebabkan kelemahan atau kelumpuhan anggota gerak, gangguan keseimbangan, serta penurunan koordinasi sehingga kemampuan mobilisasi menjadi sangat terbatas. Responden dengan diabetes melitus dan gout cenderung memiliki mobilitas Level 2 karena kedua penyakit tersebut dapat menimbulkan keterbatasan gerak akibat nyeri sendi, penurunan kekuatan otot, maupun gangguan pada ekstremitas, meskipun penderitanya masih mampu melakukan sebagian aktivitas. Pada responden dengan demensia, sebagian besar masih memiliki mobilitas Level 4. Hal ini menunjukkan bahwa penurunan fungsi kognitif tidak selalu diikuti oleh penurunan kemampuan motorik pada fase awal hingga sedang, sehingga sebagian lansia masih mampu bergerak secara mandiri. Adapun responden yang tidak memiliki komorbid cenderung memiliki mobilitas yang lebih baik karena tidak mengalami hambatan fisik akibat penyakit kronis yang dapat membatasi aktivitas sehari-hari.

4.2.2 Risiko dekubitus pada lanjut usia di Sawayaka Hirakatakan Yuryo Rojin Home Kota Osaka Jepang

Hasil penelitian pada tabel 4.3 menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki risiko dekubitus tinggi yaitu sebanyak 12 orang (34,3%). Hampir sepertiga responden memiliki risiko dekubitus rendah yaitu sebanyak 11 orang (31,4%). Sebagian kecil responden memiliki risiko dekubitus sangat tinggi yaitu sebanyak 7 orang (20,0%), sedangkan responden yang tidak berisiko mengalami dekubitus sebanyak 5 orang (14,3%). Tidak terdapat responden yang memiliki risiko dekubitus sedang (0%).

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 (Dung et al., 2025; Muhammad et al., 2024). Dekubitus 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).

Menurut peneliti, hasil penelitian ini sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa lanjut usia merupakan kelompok yang rentan mengalami dekubitus karena mengalami berbagai perubahan fisiologis akibat proses penuaan. Bertambahnya usia menyebabkan kulit menjadi lebih tipis, elastisitas jaringan menurun, sirkulasi darah berkurang, serta kemampuan regenerasi jaringan menjadi lebih lambat. Kondisi tersebut mengakibatkan kulit lebih mudah mengalami kerusakan ketika mendapatkan tekanan dalam waktu yang lama. Proporsi responden yang memiliki risiko dekubitus tinggi juga mendukung teori bahwa mobilitas merupakan salah satu faktor utama yang memengaruhi terjadinya dekubitus. Lansia yang mengalami keterbatasan bergerak cenderung tidak mampu mengubah posisi tubuh secara mandiri dalam interval yang cukup, sehingga tekanan pada tonjolan tulang berlangsung lebih lama. Tekanan yang menetap tersebut menyebabkan aliran darah ke jaringan berkurang, menghambat suplai oksigen dan nutrisi, kemudian meningkatkan risiko terjadinya kerusakan jaringan hingga terbentuk dekubitus. Penelitian ini juga menemukan responden yang memiliki risiko dekubitus rendah

bahkan tidak berisiko. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa risiko dekubitus tidak hanya ditentukan oleh mobilitas fisik, tetapi juga dipengaruhi oleh faktor lain seperti status gizi yang baik, tidak adanya penyakit penyerta yang berat, kondisi kulit yang terjaga, serta penerapan tindakan pencegahan oleh tenaga kesehatan maupun caregiver, seperti perubahan posisi secara berkala, penggunaan alat bantu pengurang tekanan, dan pemantauan kondisi kulit secara rutin. Hal ini sesuai dengan teori yang menjelaskan bahwa dekubitus merupakan kondisi yang bersifat multifaktorial sehingga perkembangan risikonya dipengaruhi oleh interaksi berbagai faktor intrinsik dan ekstrinsik. Tidak ditemukannya responden dengan kategori risiko sedang menunjukkan bahwa karakteristik penghuni cenderung terkelompok pada tingkat risiko yang lebih jelas, yaitu rendah, tinggi, atau sangat tinggi. Kondisi tersebut dapat terjadi karena penghuni panti umumnya telah melalui proses asesmen kebutuhan pelayanan sehingga tingkat ketergantungan dan kondisi kesehatannya relatif homogen pada kelompok tertentu. Hasil penelitian ini memperkuat teori bahwa risiko dekubitus pada lanjut usia dipengaruhi oleh kombinasi faktor penuaan, tingkat mobilitas, kondisi kesehatan, serta kualitas perawatan yang diberikan selama menjalani perawatan di panti wreda.

Berdasarkan tabulasi silang menunjukkan bahwa pada kelompok lanjut usia 75–90 tahun (old), sebagian besar responden memiliki risiko dekubitus tinggi yaitu sebanyak 7 orang (36,8%). Sementara itu, pada kelompok lanjut usia >90 tahun (very old), sebagian kecil responden memiliki risiko dekubitus sangat tinggi yaitu sebanyak 6 orang (37,5%).

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 (Dung et al., 2025).

Menurut peneliti, lanjut usia berumur 75–90 tahun cenderung memiliki risiko dekubitus tinggi, sedangkan lanjut usia >90 tahun lebih banyak memiliki risiko dekubitus sangat tinggi. Kondisi ini sesuai dengan teori bahwa semakin bertambah usia, kulit mengalami penurunan elastisitas, berkurangnya ketebalan jaringan subkutan, menurunnya perfusi jaringan, serta berkurangnya kemampuan regenerasi sel. Perubahan tersebut menyebabkan kulit menjadi lebih rentan terhadap tekanan yang berlangsung lama sehingga risiko terjadinya dekubitus semakin meningkat. Oleh karena itu, lanjut usia dengan kelompok umur yang lebih tua memerlukan pemantauan kondisi kulit dan tindakan pencegahan dekubitus yang lebih intensif dibandingkan kelompok usia yang lebih muda.

Berdasarkan tabulasi silang menunjukkan bahwa responden dengan komorbid stroke hampir seluruhnya memiliki risiko dekubitus sangat tinggi yaitu sebanyak 7 orang (87,5%). Responden dengan komorbid diabetes dan gout masing-masing sebagian besar memiliki risiko dekubitus tinggi yaitu sebanyak 3 orang (75,0%). Responden dengan komorbid demensia memiliki proporsi yang sama antara risiko dekubitus rendah dan risiko dekubitus tinggi, masing-masing sebanyak 3 orang (50,0%). Sementara itu, responden yang tidak memiliki komorbid hampir setengahnya memiliki risiko dekubitus rendah yaitu sebanyak 6 orang (46,2%).

. Pasien yang tidak mampu mengubah posisi secara mandiri seperti pasien stroke 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. Diabetes mellitus, anemia, dan gangguan perfusi jaringan 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 (Muhammad et al., 2024).

Menurut peneliti, responden dengan komorbid stroke cenderung memiliki risiko dekubitus sangat tinggi karena stroke menyebabkan gangguan mobilitas dan kemampuan mengubah posisi tubuh secara mandiri. Responden dengan diabetes melitus dan gout sebagian besar memiliki risiko dekubitus tinggi akibat gangguan sirkulasi, penurunan sensitivitas, maupun nyeri sendi yang membatasi pergerakan. Responden dengan demensia memiliki risiko dekubitus rendah dan tinggi karena tingkat gangguan kognitif serta kemampuan fungsional setiap lansia berbeda. Responden yang tidak memiliki komorbid cenderung memiliki risiko dekubitus rendah karena kondisi fisik lebih baik sehingga kemampuan bergerak dan mengurangi tekanan pada jaringan tetap terjaga.

Berdasarkan tabulasi silang menunjukkan bahwa responden dengan status gizi normal sebagian besar memiliki risiko dekubitus rendah yaitu sebanyak 9 orang (34,6%), esponden dengan status gizi gemuk sebagian besar memiliki risiko dekubitus tinggi yaitu sebanyak 5 orang (55,6%).

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 (Dung et al., 2025).

Menurut peneliti, responden dengan status gizi normal cenderung memiliki risiko dekubitus rendah, sedangkan responden dengan status gizi gemuk cenderung memiliki risiko dekubitus tinggi. Kondisi ini menunjukkan bahwa status gizi berperan dalam menentukan besarnya tekanan pada jaringan. Lansia dengan berat badan berlebih mengalami tekanan yang lebih besar pada area penonjolan tulang saat duduk atau berbaring, sehingga aliran darah ke jaringan lebih mudah terganggu dan risiko terjadinya dekubitus meningkat.

4.2.3 Hubungan Mobilitas fisik dengan Risiko Dekubitus Pada Lanjut Usia di Sawayaka Hirakatakan Yuryo Rojin Home Kota Osaka Jepang

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa seluruh responden dengan mobilitas Level 1 memiliki risiko dekubitus sangat tinggi, yaitu sebanyak 7 orang (100,0%). Seluruh responden dengan mobilitas Level 2 memiliki risiko dekubitus tinggi, yaitu sebanyak 9 orang (100,0%). Seluruh responden dengan mobilitas Level 3 memiliki risiko dekubitus rendah, yaitu sebanyak 10 orang (100,0%). Responden dengan mobilitas Level 4 sebagian besar memiliki tidak berisiko mengalami dekubitus, yaitu sebanyak 5 orang (55,6%), diikuti risiko tinggi sebanyak 3 orang (33,3%), dan risiko rendah sebanyak 1 orang (11,1%). Hasil uji Spearman Rho diperoleh nilai p value = 0,001 atau lebih kecil dari $\alpha = 0,05$ dengan nilai koefisien korelasi sebesar 0,831, sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima. Hal ini menunjukkan bahwa

terdapat hubungan dengan kekuatan otot antara mobilitas fisik dengan risiko dekubitus pada lanjut usia di Sawayaka Hirakatakan Yuryo Rojin Home Kota Osaka, Jepang. Arah hubungan negatif menunjukkan bahwa semakin baik mobilitas fisik lanjut usia, maka risiko terjadinya dekubitus cenderung semakin rendah, sedangkan semakin rendah mobilitas fisik, maka risiko terjadinya dekubitus cenderung semakin tinggi.

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).

Menurut peneliti, keterbatasan mobilitas dapat menyebabkan lansia mengalami kesulitan dalam melakukan perubahan posisi secara mandiri. Kondisi tersebut memungkinkan tekanan tubuh bertahan lebih lama pada area tertentu sehingga meningkatkan kerentanan jaringan terhadap kerusakan. Kemampuan mobilitas yang lebih baik memungkinkan lansia melakukan perubahan posisi dan mengurangi tekanan secara berkala sehingga risiko dekubitus cenderung lebih rendah. Lansia dengan kemampuan bergerak yang sangat terbatas menunjukkan

kondisi risiko yang lebih berat, sedangkan lansia dengan kemampuan mobilitas yang lebih baik cenderung memiliki risiko yang lebih rendah. Kondisi tersebut memperlihatkan bahwa kemampuan mempertahankan pergerakan tubuh berperan penting dalam mencegah tekanan yang menetap pada jaringan. Keterbatasan gerak menyebabkan distribusi tekanan tubuh menjadi kurang optimal dan mengurangi kesempatan jaringan untuk mendapatkan kembali aliran darah setelah mengalami tekanan. Tekanan yang berlangsung terus-menerus dapat menyebabkan perfusi jaringan menurun dan meningkatkan kemungkinan terjadinya kerusakan jaringan. Lansia dengan mobilitas yang lebih baik memiliki kesempatan lebih besar untuk mengurangi tekanan melalui perubahan posisi sehingga kondisi jaringan lebih terlindungi.

Terdapat 7 responden dengan mobilitas level 1 yang memiliki risiko dekubitus sangat tinggi. Karakteristik responden menunjukkan usia yang sangat lanjut, yaitu berada pada rentang 91–97 tahun, serta sebagian besar memiliki komorbid stroke. Terdapat pula responden dengan gout dan responden tanpa komorbid, sedangkan status gizi terdiri atas kategori normal dan gemuk. Keterbatasan mobilitas level 1 menyebabkan kemampuan melakukan perubahan posisi tubuh menjadi sangat rendah sehingga tekanan pada area tubuh tertentu dapat berlangsung dalam waktu lama. Riwayat stroke dapat memperburuk keterbatasan gerak melalui kelemahan anggota tubuh dan gangguan koordinasi. Usia sangat lanjut juga berkaitan dengan penurunan elastisitas kulit, perfusi jaringan, serta kemampuan regenerasi jaringan. Kondisi tersebut dapat menjelaskan mengapa

seluruh responden dengan mobilitas level 1 berada dalam kategori risiko dekubitus sangat tinggi.

Terdapat 9 responden dengan mobilitas level 2 yang memiliki risiko dekubitus tinggi. Karakteristik responden terdiri atas lansia berusia 87–93 tahun dengan kondisi komorbid berupa gout, diabetes, demensia, serta tidak memiliki komorbid. Status gizi responden sebagian besar berada dalam kategori normal. Keterbatasan mobilitas menyebabkan kemampuan mengubah posisi tubuh berkurang sehingga tekanan pada jaringan dapat berlangsung lebih lama. Komorbid diabetes dapat mengganggu sirkulasi perifer dan proses penyembuhan jaringan, sedangkan gout dapat menyebabkan nyeri dan keterbatasan gerak. Demensia dapat mengurangi kemampuan lansia dalam mengenali rasa tidak nyaman dan melakukan perubahan posisi secara tepat. Kondisi tersebut dapat menjelaskan mengapa seluruh responden dengan mobilitas level 2 berada pada kategori risiko dekubitus tinggi.

Terdapat 10 responden dengan mobilitas level 3 yang memiliki risiko dekubitus rendah. Karakteristik responden terdiri atas lansia berusia 82–99 tahun dengan jenis kelamin perempuan maupun laki-laki. Komorbid yang ditemukan meliputi demensia, diabetes, stroke, serta tidak memiliki komorbid, sedangkan sebagian besar responden memiliki status gizi normal. Mobilitas level 3 memungkinkan lansia melakukan pergerakan dan perubahan posisi tubuh secara lebih baik dibandingkan mobilitas level 1 dan level 2. Perubahan posisi yang lebih optimal dapat mengurangi tekanan berkepanjangan pada area tubuh tertentu. Kondisi tersebut dapat menjelaskan mengapa seluruh responden dengan mobilitas

level 3 berada pada kategori risiko dekubitus rendah walaupun beberapa responden memiliki penyakit penyerta.

Terdapat 5 responden dengan mobilitas level 4 yang tidak berisiko dekubitus. Karakteristik responden menunjukkan usia 82–89 tahun, terdiri atas lansia perempuan dan laki-laki, serta sebagian besar tidak memiliki komorbid dan memiliki status gizi normal. Mobilitas level 4 menunjukkan kemampuan bergerak yang paling baik dibandingkan level lainnya sehingga lansia lebih mampu melakukan perubahan posisi secara mandiri. Kemampuan tersebut dapat mengurangi tekanan berkepanjangan pada area tubuh tertentu dan membantu mempertahankan perfusi jaringan. Kondisi tersebut dapat menjelaskan mengapa sebagian besar responden dengan mobilitas level 4 berada dalam kategori tidak berisiko.

Terdapat 1 responden dengan mobilitas level 4 yang memiliki risiko dekubitus rendah. Responden tersebut merupakan lansia perempuan berusia 84 tahun, tidak memiliki komorbid, memiliki status gizi normal, dan mempunyai kemampuan mobilitas level 4. Kemampuan bergerak yang baik memungkinkan responden melakukan perubahan posisi tubuh secara mandiri sehingga tekanan pada jaringan dapat diminimalkan. Risiko rendah masih dapat muncul karena usia lanjut tetap berkaitan dengan perubahan elastisitas kulit, perfusi jaringan, dan kemampuan regenerasi jaringan.

Terdapat 3 responden dengan mobilitas level 4 yang memiliki risiko dekubitus tinggi. Karakteristik responden terdiri atas 2 lansia dengan demensia dan 1 lansia dengan diabetes. Dua responden dengan demensia memiliki status gizi

gemuk, yaitu perempuan berusia 87 tahun dan laki-laki berusia 83 tahun. Responden lainnya merupakan laki-laki berusia 86 tahun dengan diabetes dan status gizi normal. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa mobilitas yang baik tidak selalu menjamin rendahnya risiko dekubitus karena faktor komorbid dapat memberikan pengaruh yang kuat. Demensia dapat menyebabkan gangguan kemampuan mengenali rasa tidak nyaman dan kebutuhan melakukan perubahan posisi, sedangkan diabetes dapat menyebabkan gangguan sirkulasi perifer dan sensitivitas jaringan. Status gizi gemuk pada responden dengan demensia juga dapat meningkatkan tekanan mekanis pada area tubuh yang menjadi tumpuan. Kondisi tersebut dapat menjelaskan mengapa ketiga responden tetap memiliki risiko dekubitus tinggi walaupun mempunyai mobilitas level 4.

