



FORMULIR 03 RENCANA ASESMEN

Nama Asesi : _____ **Tanggal/Waktu :** _____
Asesor : _____ **Tempat :** _____

1. Pendekatan asesmen

Karakteristik Peserta		
Tujuan asesmen		<input type="checkbox"/> Lainnya:
Acuan pembanding/ <i>benchmark</i>	: Standar Kompetensi dan SPO (Diisi nama SPO) :	

2. Rencana asesmen

Kode Unit	:	KES.PG02.045.01
Judul Unit	:	Melakukan Perawatan Luka.

Elemen	Kriteria Unjuk Kerja		Indikator Unjuk Kerja	Metoda Asesmen	Perangkat Asesmen	Alat dan Bahan
Mengidentifikasi kebutuhan akan perawatan luka	I.1	Tingkat nyeri berhubungan dengan luka dan penggantian balutan diidentifikasi				
	I.2	Resiko/tanda-tanda infeksi pada luka diidentifikasi				
	I.3	Kondisi luka dikaji				
	I.4	Proses penyembuhan diidentifikasi				
	I.5	Jenis perawatan yang diperlukan (<i>oklusif, non oklusif, non ordhering</i> , basah-kering, pengobatan diidentifikasi)				
	I.6	Mempersiapkan klien/pasien yang akan menerima perawatan luka				
Mempersiapkan klien/pasien yang akan menerima perawatan	II.1	Tujuan dan prosedur dijelaskan				
	II.2	Rasa nyeri yang mungkin dialami dijelaskan				

luka	II.3	Cara-cara untuk menurunkan rasa nyeri disaat penggantian balutan dijelaskan				
Mempersiapkan alat dan bahan	III.1	Daftar alat kebutuhan perawatan diidentifikasi sesuai standar				
	III.2	Jenis bahan dan obat atau <i>order antiseptik</i> sesuai order ditentukan				
	III.3	Fungsi dan kegunaan alat diidentifikasi				
	III.4	Kondisi peralatan diperiksa dan siap pakai				
	III.5	Kemungkinan bahaya kecelakaan kerja diidentifikasi				
	III.6	Aspek steril dijaga dengan ketat				
Melakukan tindakan merawat luka	IV.1	Prinsip sterilitas ketat saat ganti balutan dijaga ketat				
	IV.2	Penggantian balutan luka secara steril dilakukan sesuai SPO				
	IV.3	Bila ada drainase, perawatan luka dengan drainase dilakukan sesuai SPO				
	IV.4	Jika indikasi <i>Sevetenus Binder</i> (semacam <i>bandage</i> khusus untuk daerah <i>abdomen</i>) dipasang/dipakaikan sesuai SPO				
	IV.5	<i>Hemovas suction diode</i> dijaga sesuai SPO				
	IV.6	Jika diperlukan, irigasi luka dilakukan				
Melakukan evaluasi	V.1	Terjadinya granulasi jaringan dan penyembuhan dievaluasi				
	V.2	Drainase dari luka diobservasi dan dinilai				
	V.3	<i>Suction memovae</i> (bila pakai) dijaga				

	V.4	Scultenus binder penyanggah abdomen bila ada diijaga				
Melakukan dokumentasi respon pasien dan tindakan yang dilakukan	VI.1	Semua hasil pengkajian dicatat				
	VI.2	Respon klien/pasien seperti granulasi kulit, tidak ada drainase/normal drainase atau sebaliknya dicatat				
	VI.3	Tindakan keperawatan luka dicatat				

Note: **P**: Pengetahuan, **K**: Keterampilan, **S**: Sikap

Pernyataan asesi :		Asesi :	
		Nama	
		Tanda tangan&Tanggal	
Catatan rencana pelaksanaan asesmen:		Asesor :	
Tempat	:	Nama	
Tanggal	:	No. Reg.	
Waktu	:	Tanda tangan&Tanggal	

005/KPRW/RSIH/V/2022 (Rev.00)



FORMULIR 03 A
PENGEMBANGAN INSTRUMEN ASESMEN KOMPETENSI
UNTUK METODE OBSERVASI

UNIT KOMPETENSI: MELAKUKAN PERAWATAN LUKA

Nama Asesi : Tanggal/Waktu :
 Asesor : Tempat :

KUK		Indikator Unjuk Kerja		Poin yang diamati
Elemen 1 : Mengidentifikasi kebutuhan akan perawatan luka				
I.1	Tingkat nyeri berhubungan dengan luka dan penggantian balutan diidentifikasi	I.1.1		
I.2	Resiko/tanda-tanda infeksi pada luka	I.2		
I.3	Kondisi luka dikaji	I.3		
I.4	Proses penyembuhan diidentifikasi	I.4		
I.5	Jenis perawatan yang diperlukan (<i>oklusif, non oklusif, non ordhering, basah-kering, pengobatan diidentifikasi</i>)	I.5		
I.6	Mempersiapkan klien/pasien yang akan menerima perawatan luka	I.6		
Elemen 2 : Mempersiapkan klien/pasien yang akan menerima perawatan luka				
II.1	Tujuan dan prosedur dijelaskan	II.1.1		
II.2	Rasa nyeri yang mungkin dialami dijelaskan	II.2.1		
II.3	Cara-cara untuk menurunkan rasa nyeri disaat penggantian balutan dijelaskan	II.3.1		
Elemen 3: Mempersiapkan alat dan bahan				
III.1	Daftar alat kebutuhan perawatan diidentifikasi sesuai standar	III.3.1		

III.2	Jenis bahan dan obat atau <i>order antiseptik</i> sesuai order ditentukan	III.2.1		
III.3	Fungsi dan kegunaan alat diidentifikasi	III.3.1		
III.4	Kondisi peralatan diperiksa dan siap pakai	III.4.1		
III.5	Kemungkinan bahaya kecelakaan kerja diidentifikasi	III.5.1		
III.6	Aspek steril dijaga dengan ketat	III.6.1		

Elemen 4 : Melakukan tindakan merawat luka

IV.1	Prinsip sterilitas ketat saat ganti balutan dijaga ketat	IV.1.1		
IV.2	Penggantian balutan luka secara steril dilakukan sesuai SPO	IV.2.1		
IV.3	Bila ada drainase, perawatan luka dengan drainase dilakukan sesuai SPO	IV.3.1		
IV.4	Jika indikasi <i>Sevetenus Binder</i> (semacam <i>bandage</i> khusus untuk daerah <i>abdomen</i>) dipasang/dipakaikan sesuai SPO	IV.4.1		
IV.5	<i>Hemovas suction diode</i> dijaga sesuai SPO	IV.5.1		
IV.6	Jika diperlukan, irigasi luka dilakukan	IV.6.1		

Elemen 5 : Melakukan Evaluasi

V.1	Terjadinya granulasi jaringan dan penyembuhan dievaluasi	V.1.1		
V.2	Drainase dari luka diobservasi dan dinilai	V.2.1		
V.3	<i>Suction memovae</i> (bila pakai) dijaga	V.3.1		
V.4	<i>Scultenus binder</i> penyanggah <i>abdomen</i> bila ada dijaga	V.4.1		

Elemen 6 : Melakukan dokumentasi respon pasien dan tindakan yang dilakukan

VI.1	Semua hasil pengkajian dicatat	VI.1.1		
------	--------------------------------	--------	--	--

VI.2	Respon klien/pasien seperti granulasi kulit, tidak ada drainase/normal drainase atau sebaliknya dicatat	VI.2.1		
VI.3	Tindakan keperawatan luka dicatat	VI.3.1		

005/F/KPRW/RSIH/V/2022 (Rev.00)



FORMULIR 03 B
PENGEMBANGAN INSTRUMEN ASESMEN KOMPETENSI UNTUK METODE LISAN
UNIT KOMPETENSI: MELAKUKAN PERAWATAN LUKA

Nama Asesi : Tanggal/Waktu :
 Asesor : Tempat :

KUK		Indikator Unjuk Kerja		Pertanyaan	Indikator Ketercapaian
Elemen 1 : Mengidentifikasi kebutuhan akan perawatan luka					
I.1	Tingkat nyeri berhubungan dengan luka dan penggantian balutan diidentifikasi	I.1.1			
I.2	Resiko/tanda-tanda infeksi pada luka diidentifikasi	I.2			
I.3	Kondisi luka dikaji	I.3			
I.4	Proses penyembuhan diidentifikasi.	I.4			
I.5	Jenis perawatan yang diperlukan (<i>oklusif, non oklusif, non ordhering, basah-kering, pengobatan diidentifikasi</i>)	I.5			
I.6	Mempersiapkan klien/pasien yang akan menerima perawatan luka	I.6			
Elemen 2 : Mempersiapkan klien/pasien yang akan menerima perawatan luka					
II.1	Tujuan dan prosedur dijelaskan	II.1.1			
II.2	Rasa nyeri yang mungkin dialami dijelaskan	II.2.1			
II.3	Cara-cara untuk menurunkan rasa nyeri disaat penggantian balutan dijelaskan	II.3.1			
Elemen 3: Mempersiapkan alat dan bahan					
III.1	Daftar alat kebutuhan perawatan diidentifikasi sesuai standar	III.3.1			
III.2	Jenis bahan dan obat atau <i>order antiseptik</i> sesuai order ditentukan	III.2.1			

III.3	Fungsi dan kegunaan alat diidentifikasi.	III.3.1			
III.4	Kondisi peralatan diperiksa dan siap pakai	III.4.1			
III.5	Kemungkinan bahaya kecelakaan kerja diidentifikasi	III.5.1			
III.6	Aspek steril dijaga dengan ketat	III.6.1			
Elemen 4 : Melakukan tindakan merawat luka					
IV.1	Prinsip sterilitas ketat saat ganti balutan dijaga ketat	IV.1.1			
IV.2	Penggantian balutan luka secara steril dilakukan sesuai SPO	IV.2.1			
IV.3	Bila ada drainase, perawatan luka dengan drainase dilakukan sesuai SPO	IV.3.1			
IV.4	Jika indikasi <i>Sevetenus Binder</i> (semacam <i>bandage</i> khusus untuk daerah <i>abdomen</i>) dipasang/dipakaikan sesuai SPO	IV.4.1			
IV.5	<i>Hemovas suction diode</i> dijaga sesuai SPO	IV.5.1			
IV.6	Jika diperlukan, irigasi luka dilakukan	IV.6.1			
Elemen 5 : Melakukan Evaluasi					
V.1	Terjadinya granulasi jaringan dan penyembuhan dievaluasi	V.1.1			
V.2	Drainase dari luka diobservasi dan dinilai	V.2.1			
V.3	<i>Suction memovae</i> (bila pakai) dijaga	V.3.1			
V.4	<i>Scultenus binder</i> penyanggah <i>abdomen</i> bila ada dijaga	V.4.1			
Elemen 6 : Melakukan dokumentasi respon pasien dan tindakan yang dilakukan					
VI.1	Semua hasil pengkajian dicatat	VI.1.1			
VI.2	Respon klien/pasien seperti granulasi kulit, tidak ada drainase/normal drainase atau sebaliknya dicatat	VI.2.1			
VI.3	Tindakan keperawatan luka dicatat	VI.3.1			



FORMULIR 03 C
PENGEMBANGAN INSTRUMEN ASESMEN KOMPETENSI UNTUK METODE TULISAN
UNIT KOMPETENSI: MELAKUKAN PERAWATAN LUKA

Nama Asesi : Tanggal/Waktu :
 Asesor : Tempat :

KUK		Indikator Unjuk Kerja		Pertanyaan	Indikator Ketercapaian
Elemen 1 : Mengidentifikasi kebutuhan akan perawatan luka					
I.1	Tingkat nyeri berhubungan dengan luka dan penggantian balutan diidentifikasi	I.1.1			
I.2	Resiko/tanda-tanda infeksi pada luka diidentifikasi	I.2			
I.3	Kondisi luka dikaji	I.3			
I.4	Proses penyembuhan diidentifikasi.	I.4			
I.5	Jenis perawatan yang diperlukan (<i>oklusif, non oklusif, non ordhering, basah-kering, pengobatan diidentifikasi</i>)	I.5			
I.6	Mempersiapkan klien/pasien yang akan menerima perawatan luka	I.6			
Elemen 2 : Mempersiapkan klien/pasien yang akan menerima perawatan luka					
II.1	Tujuan dan prosedur dijelaskan	II.1.1			
II.2	Rasa nyeri yang mungkin dialami dijelaskan	II.2.1			
II.3	Cara-cara untuk menurunkan rasa nyeri disaat penggantian balutan dijelaskan	II.3.1			
Elemen 3: Mempersiapkan alat dan bahan					
III.1	Daftar alat kebutuhan perawatan diidentifikasi sesuai standar	III.3.1			
III.2	Jenis bahan dan obat atau <i>order antiseptik</i> sesuai order ditentukan	III.2.1			

III.3	Fungsi dan kegunaan alat diidentifikasi.	III.3.1			
III.4	Kondisi peralatan diperiksa dan siap pakai	III.4.1			
III.5	Kemungkinan bahaya kecelakaan kerja diidentifikasi	III.5.1			
III.6	Aspek steril dijaga dengan ketat	III.6.1			
Elemen 4 : Melakukan tindakan merawat luka					
IV.1	Prinsip sterilitas ketat saat ganti balutan dijaga ketat	IV.1.1			
IV.2	Penggantian balutan luka secara steril dilakukan sesuai SPO	IV.2.1			
IV.3	Bila ada drainase, perawatan luka dengan drainase dilakukan sesuai SPO	IV.3.1			
IV.4	Jika indikasi <i>Sevetenus Binder</i> (semacam <i>bandage</i> khusus untuk daerah <i>abdomen</i>) dipasang/dipakaikan sesuai SPO	IV.4.1			
IV.5	<i>Hemovas suction diode</i> dijaga sesuai SPO	IV.5.1			
IV.6	Jika diperlukan, irigasi luka dilakukan	IV.6.1			
Elemen 5 : Melakukan evaluasi					
V.1	Terjadinya granulasi jaringan dan penyembuhan dievaluasi	V.1.1			
V.2	Drainase dari luka diobservasi dan dinilai	V.2.1			
V.3	<i>Suction memovae</i> (bila pakai) dijaga	V.3.1			
V.4	<i>Scultenus binder</i> penyanggah <i>abdomen</i> bila ada dijaga	V.4.1			
Elemen 6 : Melakukan dokumentasi respon pasien dan tindakan yang dilakukan					
VI.1	Semua hasil pengkajian dicatat	VI.1.1			
VI.2	Respon klien/pasien seperti granulasi kulit, tidak ada drainase/normal drainase atau sebaliknya dicatat	VI.2.1			
VI.3	Tindakan keperawatan luka dicatat	VI.3.1			



FORMULIR 03 D

PENGEMBANGAN INSTRUMEN ASESMEN KOMPETENSI UNTUK METODE PORTOFOLIO UNIT KOMPETENSI: MELAKUKAN PERAWATAN LUKA

Nama Asesi

Tanggal/Waktu :

Asesor

Tempat :

Kriteria Unjuk Kerja (KUK)		DOKUMEN
I.1	Tingkat nyeri berhubungan dengan luka dan penggantian balutan diidentifikasi	
I.2	Resiko/tanda-tanda infeksi pada luka diidentifikasi.	
I.3	Kondisi luka dikaji	
I.4	Proses penyembuhan diidentifikasi	
I.5	Jenis perawatan yang diperlukan (<i>oklusif, non</i>	
I.6	Mempersiapkan klien/pasien yang akan menerima perawatan luka	
II.1	Tujuan dan prosedur dijelaskan	
II.2	Rasa nyeri yang mungkin dialami dijelaskan	
II.3	Cara-cara untuk menurunkan rasa nyeri disaat penggantian balutan dijelaskan.	
III.1	Daftar alat kebutuhan perawatan diidentifikasi sesuai standar.	
III.2	Jenis bahan dan obat atau <i>order antiseptik</i> sesuai order ditentukan	
III.3	Fungsi dan kegunaan alat diidentifikasi	
III.4	Kondisi peralatan diperiksa dan siap pakai	
III.5	Kemungkinan bahaya kecelakaan kerja diidentifikasi	
III.6	Aspek steril dijaga dengan ketat.	
IV.1	Prinsip sterilitas ketat saat ganti balutan dijaga ketat	
IV.2	Penggantian balutan luka secara steril dilakukan sesuai SPO	
IV.3	Bila ada drainase, perawatan luka dengan drainase dilakukan sesuai SPO	
IV.4	Jika indikasi <i>Sevetenus Binder</i> (semacam <i>bandage</i>	
IV.5	<i>Hemovas suction diode</i> dijaga sesuai SPO	
IV.6	Jika diperlukan, irigasi luka dilakukan	
V.1	Terjadinya granulasi jaringan dan penyembuhan dievaluasi	
V.2	Drainase dari luka diobservasi dan dinilai	
V.3	<i>Suction memovae</i> (bila pakai) dijaga	
V.4	<i>Scultenus binder</i> penyanggah <i>abdomen</i> bila ada dijaga	
VI.1	Semua hasil pengkajian dicatat	

VI.2	Respon klien/pasien seperti granulasi kulit, tidak ada drainase/normal drainase atau sebaliknya dicatat	
VI.3	Tindakan keperawatan luka dicatat	

005/F/KPRW/RSIH/V/2022 (Rev.00)