

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Penelitian

Topik *longitudinal study* ini adalah *Workplace-Based Assessment* (WPBA) pada Sekolah Menengah Kejuruan (SMK). Selanjutnya, dipilihlah judul: “Manajemen Strategik *Workplace-Based Assessment* pada SMK Kesehatan: Studi *Exploratory Sequential Mixed-Methods* pada SMK Negeri 7 Bandung”. Penelitian yang sejatinya dimulai sejak September 2015 ini diniati sebagai kontribusi penting, betapapun kecilnya, dari peneliti bagi warga SMK di seantero Nusantara, terutamanya Bidang Keahlian Kesehatan, Kompetensi Keahlian Farmasi. *Datasets* penelitian ini dapat diakses melalui akun *preprint* <https://osf.io/jx5wm/> dengan seizin peneliti.

Paparan berikut ini menyajikan masalah utama mengenai sistem dan struktur pendidikan kejuruan dengan tujuan utama untuk mendorong perspektif baru tentang implementasi pendidikan kejuruan di Indonesia. Beberapa tantangan yang muncul dalam pendidikan kejuruan di Indonesia adalah mengenai pola pikir dan persepsi publik (Blumenfeld & Malik, 2017, p. 293; Edokpolor & Imafidon, 2017, p. 20; Edokpolor & Oduma, 2018, p. 14; Helmy, 2014, p. 150; Majumdar, 2011, p. 268; Mustapha, 2017, p. 137; Pang, 2011, p. 12; Pilz, 2016, p. 12). Masyarakat, khususnya para orang tua, tidak percaya dengan prospek yang ditawarkan oleh pendidikan kejuruan untuk masa depan dan profesi anak-anaknya. Pang dan Zain juga membahas berbagai penyelenggara pendidikan kejuruan berkuat pada isu sertifikasi dan *demand-supply mismatch* (Pang, 2011, p. 13; Zain, 2011, p. 1). Tantangan penting lainnya terkait dengan kurikulum (Majumdar, 2011, p. 269) dan kualitas penyelenggara sekolah kejuruan (Leong, 2011, p. 14). Rangkuman permasalahan dan tantangan tersebut dapat dipelajari pada Tabel 1.1 berikut.

Tabel 1. 1 Permasalahan dan Tantangan Sekolah Menengah Kejuruan di Indonesia

Kurikulum dan keragaman ketentuan, sertifikasi, dan standar	Kurikulum merupakan pilar utama sekolah kejuruan. Penyelenggaraan sekolah kejuruan di Indonesia dilakukan oleh berbagai kementerian, lembaga, dan organisasi, baik publik maupun swasta, dengan beragam sertifikasi, standar, dan kurikulum. Berbagai sistem yang diterapkan oleh penyelenggara seringkali mengakibatkan program dan institusi yang tumpang tindih serta menimbulkan kebingungan bagi peserta didik dan pemberi kerja.
Pola pikir dan persepsi serta pengakuan yang buruk terhadap pendidikan kejuruan	Pendidikan kejuruan di Indonesia kerap dianggap oleh masyarakat luas dan orang tua sebagai pilihan karir bagi mereka yang kurang berkualitas secara akademis dengan kesan bahwa pendidikan kejuruan melayani putus sekolah, bukan sebagai strategi penting untuk melatih keterampilan calon tenaga kerja. Banyak pengusaha tidak mengakui sertifikasi. Hal ini didukung oleh studi yang menyatakan bahwa terlalu banyak perhatian dan sumber daya yang diberikan kepada 'akademis' ketimbang pendidikan kejuruan (Zain, 2011, p. 5). Hal yang sama berlaku untuk pengakuan dan karier.
Tingginya biaya pendidikan	Anggaran untuk mendirikan kursus sangat tinggi dan harus mempertimbangkan pemeliharaan peralatan. Ini tidak hanya mencakup mesin tetapi juga materi pembelajaran yang digunakan sekali pakai.
Kurangnya efisiensi dan kualitas pendidikan kejuruan	Secara umum, penyelenggaraan sekolah kejuruan di Indonesia sebagian besar masih terkonsentrasi pada kualifikasi keterampilan tingkat rendah di mana lebih dari 70 persen lulusan berada di Sertifikat Level 1, 2, dan 3. Meskipun institusi pendidikan kejuruan berjalan pada tingkat operasi yang tinggi, banyak yang belum beroperasi pada kapasitas penuh. Promosi harus ditonjolkan dan fokus pelatihan harus lebih dikonsentrasikan pada tingkat yang lebih tinggi.
Pemantauan dan evaluasi yang lemah dan ketidaksesuaian permintaan-penawaran	Program kejuruan saat ini di Indonesia sebagian besar didorong oleh pasokan dan masih minimnya pelatihan yang sesuai untuk pekerjaan yang tersedia. Zain juga melaporkan bahwa ada ketidaksesuaian permintaan-penawaran, yang sebagian berkontribusi pada tidak terisinya lowongan kerja di industri (Zain, 2011, p. 5). Jelas, ada kebutuhan untuk meningkatkan kemitraan sekolah dan industri untuk meminimalkan ketidaksesuaian ini.
Masalah atrisi dan penyelesaian	Tingkat atrisi dan tingkat penyelesaian siswa menjadi perhatian penting statistik di dunia pendidikan kejuruan Indonesia. Meski jumlahnya tidak terlalu besar, namun tetap perlu diperhatikan. Ada siswa yang tidak lulus dalam waktu yang diberikan, sedangkan yang lain putus sekolah sama sekali. Hal ini menunjukkan kebutuhan untuk meningkatkan masa waktu penyelesaian pendidikan. Masalah kualitas dan sistem pengawasan harus diperhitungkan (Majumdar, 2011, p. 126).

Sumber: dielaborasi Peneliti (Majumdar, 2011, p. 126; Zain, 2011, p. 5)

Dalam pendidikan kejuruan, SMK merupakan pendidikan pada jenjang menengah yang mempersiapkan dan mengembangkan kompetensi siswa untuk memasuki dunia kerja, sehingga kualifikasi lulusan SMK juga harus sesuai dengan kebutuhan dunia usaha dan industri. Paralel dengan itu, tujuan SMK yang menyelenggarakan Kompetensi Keahlian Farmasi adalah 1) membekali peserta didik dengan pengetahuan, keterampilan dan sikap agar kompeten di bidang farmasi; 2) terwujudnya kesiapan peserta didik memasuki Dunia Usaha/Dunia Industri, serta dapat mengembangkan sikap profesional; 3) tersedianya tenaga kerja tingkat menengah untuk mengisi kebutuhan Dunia Usaha/Dunia Industri pada saat ini atau masa mendatang. Sebagai pendidikan untuk dunia kerja (Leung, 2002, p. 692), maka siswa SMK Farmasi wajib menguasai tuntutan kompetensi keahlian yang dijabarkan dalam Standar Kompetensi Keahlian Farmasi.

Permintaan akan tenaga terampil dan spesialis farmasi akan terus meningkat (Leung, 2002, p. 695). Keahlian di bidang farmasi semakin dibutuhkan dalam kegiatan sehari-hari, baik di dunia kerja maupun di dunia industry (Lurie, 2012, p. 51). Pekerjaan di bidang farmasi banyak dan beragam seperti namanya. Bidang kegiatan lulusan kefarmasian adalah jenis pekerjaan dan/atau pekerjaan yang relevan dengan kompetensi sesuai dengan kualifikasi SMK kefarmasian Level 2 SKKNI.

Instruksi Presiden (Inpres) Nomor 9 Tahun 2016 tentang Revitalisasi Sekolah Menengah Kejuruan (SMK) sebagai bagian dari peningkatan kualitas dan daya saing Sumber Daya Manusia (SDM) Indonesia, salah satunya disampaikan kepada Kepala Badan Nasional Sertifikasi Profesi (BNSP) sebagai bagian dari upaya menghidupkan kembali kesiapan pegawai. Isi pedoman tersebut antara lain akselerasi sertifikasi keterampilan lulusan SMK, akselerasi sertifikasi keterampilan pendidik dan pendidik kejuruan, dan percepatan perizinan SMK sebagai Lembaga Sertifikasi Profesi pihak pertama.

Sesuai Inpres No. 9/2016, diharapkan seluruh SMK di Indonesia dapat menghasilkan lulusan kompeten dan siap kerja pada saat dibutuhkan. Inpres tersebut menginstruksikan 12 menteri, 34 gubernur, dan kepala BNSP untuk segera bertindak memulihkan pendidikan vokasi sesuai dengan amanat, fungsi, dan kewenangannya untuk meningkatkan sumber daya manusia Indonesia. Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan (Kemendikbud) memperkenalkan langkah-langkah pemulihan sekolah kejuruan yang dilakukan dengan tujuan melatih sumber daya manusia yang unggul di segala bidang dan mampu bersaing.

Pemerintah melalui Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, pada saat ini, telah mendorong semua siswa untuk mendapatkan sertifikat kompetensi. Pedoman ini memiliki dua sasaran, yakni siswa dan guru. Untuk sertifikasi guru, organisasi profesi telah melakukannya. Tetapi untuk sasaran pertama, BNSP harus memulai hal baru, yang berarti mengawalinya dari nol. Oleh karena itu, proses menyiapkan Lembaga Sertifikasi Profesi (LSP) di beberapa sekolah kejuruan di Indonesia. Untuk melakukan tugas BNSP, Peraturan Badan Nasional Sertifikasi Profesi (PBNSP) No. 1 pada 2017 tentang Pedoman untuk menerapkan sertifikasi kompetensi untuk lulusan sekolah menengah kejuruan digulirkan.

Dalam implementasinya, berdasarkan penelitian pendahuluan, sejak mengajukan lisensi sampai proses pengecekan sertifikat memiliki sejumlah masalah dan mengikat di beberapa sekolah profesional di Jawa Barat dan Jawa Tengah. Oleh karena itu, implementasi sertifikasi kompetensi pada sekolah kejuruan, adalah salah satu program kebangkitan profesional yang bertanggung jawab untuk Presiden Republik Indonesia, telah dirangkul dalam dua masalah, persiapan sistem ketimpangan mengirimkan Lisensi LSP dan Penambahan Ruang Lingkup baru. Setelah mengajukan persyaratan lisensi, masalah yang terjadi juga lebih kompleks sebab referensi untuk Materi Uji Kompetensi (MUK) harus selalu dikeluarkan oleh BNSP. Tetapi banyak pekerjaan yang berbasis jurusan tidak memiliki SKKNI. Untuk sekolah

profesional yang telah menerima lisensi dan ingin meningkatkan ruang lingkup, kesulitan terjadi jika program belum dikeluarkan dan proses percepatan pemerintah terhambat dalam pelaksanaan sertifikasi profesi. Di sekolah profesional, karena mengirimkan harus di BNSP di Jakarta. Diagram saat ini digunakan oleh LSP sebagai program KKNI, kualifikasi dan kluster yang diusulkan oleh BNSP dan PSMK. Namun, rencana ini hanya beberapa keterampilan yang hanya tidak mewakili banyak keterampilan sekolah kejuruan, begitu banyak LSP yang bingung membutuhkan kisaran ruang lingkup, karena program tidak ada. Proses ini dapat dipercepat tanpa harus menunggu program yang dikeluarkan oleh BNSP di bawah PBNSP 201, LSP dapat mengembangkan sistemnya sendiri yang disebut Komite Sertifikasi, tetapi proses birokrasi yang panjang dan proses rencana harus diperiksa.

Tentu saja, ini membutuhkan banyak waktu dan uang. Namun, kesempatan ini memungkinkan SMK untuk mengidentifikasi dan menganalisis serta mengadaptasi kurikulum (keterampilan inti dan kompetensi inti) dengan dunia usaha/industri dalam kaitannya dengan sektor publik. Pencelupan ke dunia kerja harus lebih terarah. Jika memang skema yang dikembangkan tidak pasti untuk BNSP dan Diklat Umum, maka skema tipe kluster diterapkan sesuai kebutuhan pemberi kerja (asosiasi) untuk mengimbangi perbedaan minimnya lapangan kerja. Secara bertahap, setelah tes, peralatan ditingkatkan dalam hal kualifikasi dan diterima oleh pemberi kerja. Ada dua jenis izin yang diterima oleh LSP, yaitu Izin Pendirian dan Penambahan Ruang Lingkup.

Pembatasan atau hambatan pelaksanaan sertifikat kompetensi antara lain dimulainya proses permohonan pendirian LSP dengan izin dengan dokumen yang diserahkan langsung ke BNSP di Jakarta. Untuk SMK membutuhkan waktu dan biaya yang tidak sedikit, belum lagi proses perizinan yang sangat lama, mulai dari penilaian aplikasi, kunjungan (monitoring/evaluasi) hingga sertifikasi. Selain itu, formulir sertifikat juga harus diperoleh dari Kantor BNSP di Jakarta. Bayangkan, jika lokasi SMK berada di daerah tertinggal, terdepan, dan terluar (3T), maka tentu saja tidak semudah sekolah lain. Proses

ini melibatkan inefisiensi dan bertentangan dengan semangat reformasi birokrasi.

Bagaimana *Workplace-Based Assesment* (WPBA) dapat menghasilkan lulusan SMK yang kompeten? Pada 2002, terbit sebuah manuskrip di *Academic Medicine* yang mengulas sejarah pendidikan kesehatan berbasis kompetensi kerja dan langkah-langkah yang diperlukan untuk implementasinya (Carraccio, Wolfsthal, Englander, Ferentz, & Martin, 2002, pp. 361–367). Para penulisnya berspekulasi tentang alasan kegagalan masa lalu untuk mencapai titik kritis yang memungkinkan adopsi model asesmen ini secara luas. Peneliti mengkaji tema ini untuk: 1) merefleksikan kemajuan yang dibuat dalam praktik WPBA pada SMK Kesehatan di Indonesia selama dekade terakhir, dalam rentang 2015-2022, menyoroti pelajaran yang dapat dipetik; dan 2) menerapkan pelajaran ini untuk menginformasikan tantangan dan peluang yang dihadapi menuju arah cakrawala penilaian terintegrasi.

Seperti halnya perubahan penting lainnya, penolakan besar muncul ketika SMK 7 Bandung mengadopsi WPBA pada tahun 2015 dengan apa yang dikenal sebagai alur Pelaksanaan Sertifikasi Kompetensi Kerja Tenaga Kefarmasian. Akibatnya, semua program pelatihan pendidikan kejuruan farmasi diminta untuk bertahap menerapkan praktik pengajaran dan penilaian kompetensi meliputi domain pelayanan pasien, pengetahuan medis, pembelajaran dan peningkatan berbasis praktik, keterampilan interpersonal dan komunikasi, profesionalisme, dan praktek berbasis sistem. Sementara Badan Nasional Sertifikasi Profesi yang mengamanatkan pentingnya kompetensi dan banyak asosiasi profesional merangkul dan memberi sokongan terhadap langkah SMK 7, komunitas pendidikan kesehatan terbelah menyikapi pergeseran paradigma ini.

Terlepas dari para pembangkang, peneliti telah melihat kemajuan yang lambat namun mantap dalam gerakan WPBA. Peneliti berhipotesis sejumlah kontributor dan peneliti maupun praktisi terus menyuarakan pentingnya WPBA tanpa henti, karena: (1) kekuatan Badan Nasional Sertifikasi Profesi

dalam menekankan implementasinya; (2) meluasnya adopsi kerangka kompetensi di seluruh dunia; dan (3) protes masyarakat tentang akuntabilitas profesi kesehatan dan kualitas pelayanan kesehatan. Peneliti menelaah, memeriksa, dan mengkaji masing-masing secara bergantian. Peristiwa sentinel di balik adopsi WPBA di Indonesia adalah pengembangan dan penegakan Uji Kompetensi Kerja dan persyaratan mereka untuk mengajar dan menilai kompetensi untuk semua program pendidikan dan pelatihan kefarmasian yang terakreditasi. Pesan ini diperkuat oleh BNSP, yang menyebabkan dewan anggota memerlukan dokumentasi kompetensi untuk sertifikasi awal serta mewajibkan program pemeliharaan sertifikasi yang dibangun di atas kerangka kompetensi. Bahkan, di fakultas farmasi maupun pendidikan lanjutan di perguruan tinggi kesehatan lainnya, Komite Penghubung Pendidikan Kesehatan mengadopsi standar yang menyatakan: tujuan program pendidikan kesehatan harus dinyatakan dalam istilah berbasis hasil yang memungkinkan penilaian kemajuan siswa dalam mengembangkan kompetensi sebagaimana diharapkan oleh profesi dan masyarakat tentang kompetensi seorang tenaga kesehatan.

Namun, peralihan menuju WPBA berjalan lambat, setidaknya sebagian karena tidak adanya standardisasi hasil pendidikan tertentu, atau kompetensi, yang dibutuhkan lulusan sekolah kesehatan. Upaya internasional seputar WPBA juga telah berkembang, membantu mendorong kita menuju "titik kritis" dalam sistem pendidikan kefarmasian Indonesia. Kerangka kerja yang diterbitkan seperti hasil pembelajaran dokter Skotlandia (Simpson et al., 2002, p. 137) dan peran pakar medis, komunikator, kolaborator, manajer, advokat kesehatan, sarjana, dan profesional terus berkembang (Frank & Danoff, 2007, p. 642). Pada tahun 2009, *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada* menyelenggarakan konferensi internasional untuk menyatukan para pemimpin pemikiran dari seluruh dunia untuk membangun konsensus mengenai definisi dan prinsip dasar WPBA (Frank et al., 2010, p. 639). Para pionir pemikiran ini telah mengembangkan kelompok terorganisir,

menerbitkan prosiding dan terus berbagi pengalaman, upaya perintis, dan pelajaran yang dipetik melalui pelatihan dan serangkaian konferensi berkelanjutan.

Mungkin katalis yang paling menarik untuk adopsi WPBA adalah tuntutan publik terhadap sistem perawatan kesehatan saat ini dan para praktisinya. Publikasi *Institute of Medicine* mengungkap kerentanan dalam keselamatan pasien dan kekhawatiran tentang pelanggaran kepercayaan publik (Joseph & Huber, 2015, p. 55). Fokus yang dihasilkan pada kualitas perawatan membuat IOM menerbitkan indikator kualitasnya (Institute of Medicine, 2001, p. 360), yang menuntut perawatan yang aman, efektif, efisien, tepat waktu, berpusat pada pasien, dan adil. Indikator-indikator ini menggarisbawahi kesenjangan dalam kinerja praktisi individu dan sistem perawatan kesehatan. Salah satu efeknya adalah bahwa sementara pendidik medis pada awalnya mempertanyakan pentingnya domain kompetensi selain perawatan pasien dan pengetahuan medis, terutama pembelajaran dan peningkatan berbasis praktik, kompetensi yang terakhir ini sekarang dianggap penting untuk solusi yang memungkinkan kita untuk meningkatkan kualitas perawatan kesehatan dan sistem pemberian perawatan. Sebagai profesi yang mengatur diri sendiri, hak istimewa yang diberikan diimbangi dengan tanggung jawab untuk memenuhi kebutuhan publik dan kepercayaan publik. Ciri khas WPBA adalah didorong oleh kebutuhan kesehatan populasi dan sistem kesehatan yang melayani populasi tersebut (Frenk et al., 2010, p. 1923).

Setelah BNSP mengamankan peralihan paradigma menuju WPBA, BNSP meminta komunitas pendidikan kesehatan untuk menjadi lengan implementasi dengan mendorong eksperimen dalam mengajar dan menilai kompetensi serta mengadopsi praktik terbaik yang muncul dari lapangan. Tapi ini terbukti menjadi perjuangan yang, berdasarkan sejarah, tidak mengejutkan. Tinjauan sebelumnya tentang upaya untuk beralih ke WPBA pada 1970-an dan 1980-an menyarankan proses implementasi empat langkah: (1) identifikasi kompetensi, (2) penentuan komponen kompetensi dan tingkat

kinerja, (3) penilaian kompetensi, dan (4) evaluasi keseluruhan proses (Carraccio et al., 2002, p. 361). Berdasarkan tinjauan ini, peneliti berspekulasi bahwa alasan kurangnya keberhasilan sebelumnya adalah ketidakmampuan untuk menangani langkah 3, yakni penilaian kompetensi secara memadai. Meskipun tidak menghentikan semangat gerakan, hal ini tetap menjadi tantangan besar. Sebagai catatan, dengan pengecualian tes pengetahuan nasional, kebutuhan terhadap alat penilaian yang andal dan valid tidak hanya untuk WPBA tetapi dicirikan oleh sistem struktur-proses pendidikan yang mendahuluinya. Perjuangan untuk mengembangkan alat untuk menilai kompetensi secara bermakna—konstruksi kompleks, yang masing-masing mewakili integrasi pengetahuan, keterampilan, dan sikap—menghasilkan pendekatan reduksionis, menggunakan daftar tilik/*checklist* perilaku (Van Der Vleuten & Schuwirth, 2005, p. 309). Meskipun daftar periksa berperan penting dalam menentukan kemampuan seseorang untuk mencapai langkah-langkah dalam kegiatan berorientasi tugas, mereka gagal menilai apakah peserta pelatihan mampu mengintegrasikan perilaku yang diperlukan dalam memberikan pelayanan yang aman dan efektif untuk pasien. Batu sandungan ini menegaskan kembali posisi mereka yang percaya bahwa WPBA adalah iseng-iseng karena penilaian tersebut belum menghasilkan bukti skala besar yang mereka tuntut—yaitu, bahwa WPBA menghasilkan Tenaga Kesehatan yang lebih baik. Seiring berjalannya waktu, diskusi yang kaya dan perdebatan sengit telah menjelaskan beberapa masalah kritis dalam pendidikan kesehatan.

Sementara itu, kompleksitas penilaian praktik klinis untuk semua profesional kesehatan yang menjadi tema utama disertasi ini adalah masalah lama dan telah mendapat banyak perhatian selama beberapa dekade. Secara internasional, ada kekhawatiran bahwa asesor kurang percaya diri dalam menjalankan perannya, merasa tidak siap dan tidak mau mengecewakan siswa (De Vos, Baartman, Van Der Vleuten, & De Bruijn, 2019, pp. 693–706; Hishiti, Amkongo, & Karera, 2020, pp. 20–26; Hunt, 2014, p. 378; Trede & Smith, 2012, pp. 187–198), yang menempatkan pasien pada risiko (Cassidy,

Coffey, & Murphy, 2020, pp. 1–8; Duffy, 2003, pp. 1–88). Umpamanya, bahasa ambigu yang digunakan dalam Dokumen Penilaian Praktik (*Practice Assessment Documents/PAD*) dan kesulitan dalam mengidentifikasi tolok ukur yang membedakan antara tingkat praktik telah diidentifikasi sebagai hambatan signifikan terhadap penilaian berbasis praktik yang efektif di seluruh profesi kesehatan (Almalkawi, Jester, & Terry, 2018, pp. 1–9; Butler et al., 2011, pp. 298–303; C. Miller, 2010, pp. 2–17).

Badan Nasional Sertifikasi Profesi (BNSP) melalui Lembaga Sertifikasi Profesi telah menetapkan skema WPBA untuk menetapkan standar penilaian yang digunakan dalam praktik klinis. Standar penilaian ini memperkenalkan model tripartit yang terdiri dari pengawas praktik, penilai praktik, dan penilai akademik untuk mengevaluasi dan mengonfirmasi kemahiran siswa. Namun, peran penilai praktik terus dilakukan oleh perawat terdaftar berdasarkan umpan balik pengawas praktik (Duncan & Johnstone, 2018, pp. 456–459). Mempertimbangkan bahwa penilai praktik mungkin menghabiskan sedikit waktu klinis dengan siswa dan bergantung pada umpan balik dari penyelia praktik untuk menginformasikan keputusan mereka, ada kebutuhan yang jelas untuk menemukan cara mengembangkan bahasa yang transparan dan umum dalam menafsirkan berbagai tingkat kompetensi untuk meningkatkan validitas dan reliabilitas penilaian praktik (Cassidy et al., 2020, pp. 1–8).

Banyak penelitian mengangkat kekhawatiran terkait dengan kurangnya reliabilitas dan validitas penilaian dalam penempatan berbasis praktik, termasuk kedokteran (Govaerts, Van de Wiel, Schuwirth, Van der Vleuten, & Muijtjens, 2013, p. 375), terapi okupasi (Nicola-Richmond, Butterworth, & Hitch, 2017, p. 1), pekerjaan sosial (Finch, 2017, pp. 51–65), farmasi (Croft, Glass, Gilligan, Rasiyah, & Levett-Jones, 2019, pp. 1–24) dan radiografi (Hishiti et al., 2020, pp. 20–26). Keperawatan berbagi kekhawatiran yang sama bahwa penilaian mentor bersifat subjektif dan tidak selalu secara akurat mencerminkan kinerja siswa (Cassidy, Coffey, & Murphy, 2017, pp. 2167–2178; Nugent et al., 2020, pp. 1–8). Ada keengganan untuk menyatakan gagal

terhadap siswa berkinerja buruk dalam pengaturan praktek (Duffy, 2003, pp. 1–88; Hughes, Mitchell, & Johnston, 2021, pp. 1–7; Larocque & Luhanga, 2013, pp. 115–122). Secara internasional, ada bukti kekhawatiran serupa yang dilaporkan di Australia (M. J. Miller & Carducci, 2015, pp. 38–47), Kanada (Yonge, Myrick, & Ferguson, 2011, pp. 76–80), Finlandia (Jokelainen, Jamookeeah, Tossavainen, & Turunen, 2013, p. 61067), Irlandia (Kennedy & Chesser-Smyth, 2017, pp. 95–100), Selandia Baru (Gallagher, Smith, & Ousey, 2012, pp. 301–303), Norwegia (Bachmann, Groenvik, Hauge, & Julnes, 2019, pp. 966–973) dan Amerika Serikat (DeBrew & Lewallen, 2014, pp. 631–636).

Dikatakan bahwa salah satu faktor kuncinya adalah asesor kurang memahami pernyataan kompetensi mengenai tingkat kompetensi yang sesuai (Almalkawi et al., 2018, pp. 1–9). Salah satu faktor yang berkontribusi terhadap fenomena 'gagal untuk menyatakan gagal' berkaitan dengan ambiguitas terminologi asesmen praktik karena bahasa yang digunakan dalam dokumen digambarkan tidak jelas dan mengandung terlalu banyak jargon akademik (Almalkawi et al., 2018, pp. 1–9; Bradshaw, Pettigrew, & Fitzpatrick, 2019, p. 72; Cassidy et al., 2017, p. 2167; Neary, 2001, pp. 3–17).

Akibatnya, mentor mengalami masalah menerjemahkan dan menerapkan hasil penilaian ke dalam kegiatan praktik yang dapat diamati. Mentor dan siswa telah menghabiskan waktu yang signifikan untuk mencari tahu apa arti pernyataan kompetensi daripada menilai kompetensi siswa itu sendiri (Neary, 2001, p. 7). Secara khusus, penelitian menunjukkan bahwa mentor menemukan aspek kompetensi yang 'lebih lembut' seperti sikap dan perilaku yang sangat menantang untuk didefinisikan, diukur, atau dinilai (Hunt, 2014, p. 378; Strauss et al., 2016, pp. 15–27). Jadi, ketika diperlukan untuk membenarkan keputusan tentang siswa yang belum memenuhi standar kompetensi, mentor berjuang untuk membuktikan kekhawatiran mereka dibenarkan, merasa tidak siap, dan menjadi tidak mau gagal (Bradshaw et al., 2019, p. 30; Brown, 2012, p. 18; Duffy, 2003, pp. 1–88).

Hubungan antara keengganan asesor untuk menyatakan gagal terhadap asesi yang berkinerja buruk dan kesulitan dalam mengidentifikasi tolok ukur dari apa yang merupakan lulus atau gagal diakui dalam literatur (Almalkawi et al., 2018; Cassidy et al., 2017; Heaslip & Scammell, 2012). Calman et al. mengidentifikasi bahwa tidak ada strategi yang disepakati dalam keperawatan untuk menggambarkan kinerja pada tingkat yang berbeda (Calman, Watson, Norman, Redfern, & Murrells, 2002, p. 424). Kurangnya kriteria yang transparan terhadap kompetensi siswa yang dapat dinilai tidak hanya mempengaruhi keakuratan pemahaman dan pengukuran tingkat kompetensi, tetapi juga bagaimana mentor memberikan umpan balik yang efektif dan konstruktif (Almalkawi et al., 2018, pp. 1–9; Fitzgerald, Gibson, & Gunn, 2010, p. 159). Meskipun ada berbagai taksonomi penilaian, bahasa yang ambigu dan kesulitan dalam mengidentifikasi tingkat kinerja terus menjadi masalah (Almalkawi et al., 2018, p. 6). Sejumlah besar literatur telah memperdebatkan kesesuaian dan kualitas alat penilaian yang ada (Cassidy et al., 2020, p. 5; Immonen et al., 2019, p. 34; Watson, Stimpson, Topping, & Porock, 2002, p. 421), namun tidak menghasilkan resolusi untuk masalah pemisahan kompetensi dari yang belum kompeten dan yang tidak kompeten.

Tinjauan integratif yang dilakukan sebelum studi yang disajikan di sini menyoroti kebutuhan untuk membangun bahasa yang transparan dan umum untuk menafsirkan berbagai tingkat kompetensi untuk membantu penilai menentukan apa yang diharapkan dari siswa dan bagi siswa untuk mengidentifikasi apa yang diharapkan untuk dicapai. Tinjauan tersebut menetapkan bahwa inti masalah penilaian berbasis praktik yang tidak sesuai dengan tujuan adalah inkonsistensi dan kesulitan yang berkelanjutan dalam menafsirkan tingkat kinerja saat menilai mahasiswa keperawatan dalam praktik serta kesulitan dalam memberikan umpan balik yang konstruktif untuk pembelajaran formatif.

Beberapa peneliti telah menyarankan melakukan penelitian untuk mengeksplorasi apakah rubrik penilaian, dengan bahasa yang transparan dan

umum untuk menafsirkan tingkat kompetensi yang berbeda, menawarkan solusi untuk tantangan yang dihadapi dalam penilaian berbasis praktik (Donaldson & Gray, 2012, pp. 101–114; Frentsos, 2013, pp. 19–23; Heaslip & Scammell, 2012, pp. 95–100; Shipman, Roa, Hooten, & Wang, 2012, p. 246). Beberapa masalah ini dan pengalaman penulis sebagai Kepala SMK Kesehatan mengilhami penelitian ini.

1.2 Rumusan Masalah

Lebih dari satu abad yang lalu, serangkaian studi tentang pendidikan profesional kesehatan, yang dipimpin oleh laporan Flexner tahun 1910, memicu berbagai terobosan bahkan reformasi. Melalui integrasi sains modern ke dalam kurikulum sekolah, reformasi membekali para profesional kesehatan dengan pengetahuan yang berkontribusi pada penggandaan rentang hidup selama abad ke-20. Namun, pada awal abad ke-21, semuanya tidak baik-baik saja. Kesenjangan dan ketidaksetaraan yang mencolok dalam kesehatan tetap ada baik di dalam maupun di antara negara-negara, menggarisbawahi kegagalan kolektif kita untuk berbagi kemajuan kesehatan secara adil. Pada saat yang sama, tantangan kesehatan baru muncul. Risiko infeksi, lingkungan, dan perilaku baru, pada saat transisi demografis dan epidemiologis yang cepat, mengancam keamanan kesehatan semua orang. Sistem kesehatan di seluruh dunia sedang berjuang untuk mengikuti paradigma ini, karena menjadi lebih kompleks dan mahal, menempatkan tuntutan tambahan terhadap kualitas petugas kesehatan.

Pendidikan profesional belum mampu mengimbangi tantangan ini, terutama karena kurikulum yang terfragmentasi, ketinggalan zaman, dan statis yang menghasilkan lulusan yang tidak lengkap. Masalahnya sistemik: ketidaksesuaian kompetensi dengan kebutuhan pasien dan populasi; kerja tim yang buruk; stratifikasi gender yang persisten dari status profesional; fokus teknis yang sempit tanpa pemahaman kontekstual yang lebih luas; pertemuan episodik daripada perawatan berkelanjutan; orientasi rumah sakit yang

dominan dengan mengorbankan perawatan primer; ketidakseimbangan kuantitatif dan kualitatif di pasar tenaga kerja profesional; dan kepemimpinan yang lemah untuk meningkatkan kinerja sistem kesehatan. Upaya terpuji untuk mengatasi kekurangan ini sebagian besar gagal, sebagian karena apa yang disebut *the so-called tribalism of the professions* atau kesukuan profesi—yaitu, kecenderungan berbagai profesi untuk bertindak secara terpisah atau bahkan bersaing satu sama lain.

Desain ulang pendidikan kesehatan profesional diperlukan dan tepat waktu, mengingat peluang untuk saling belajar dan solusi bersama yang ditawarkan oleh saling ketergantungan global karena percepatan arus pengetahuan, teknologi, dan pembiayaan lintas batas, dan migrasi profesional dan pasien. Yang jelas dibutuhkan adalah pemeriksaan ulang pendidikan profesional kesehatan yang menyeluruh dan berwibawa, sesuai dengan pekerjaan ambisius seabad yang lalu. Itulah sebabnya upaya untuk mengembangkan visi bersama dan strategi bersama untuk pendidikan pasca-sekolah menengah di bidang kedokteran, keperawatan, dan kesehatan masyarakat yang melampaui batas-batas nasional dan silo profesi individu. Peneliti mengadopsi pandangan global, perspektif multiprofesional, dan pendekatan sistem. Kerangka komprehensif ini mempertimbangkan hubungan antara sistem pendidikan dan kesehatan. Ini berpusat pada orang sebagai co-produsen dan sebagai pendorong kebutuhan dan tuntutan di kedua sistem. Interaksi melalui pasar tenaga kerja, penyediaan layanan pendidikan menghasilkan pasokan tenaga kerja terdidik untuk memenuhi permintaan tenaga profesional untuk bekerja dalam sistem kesehatan. Untuk memiliki efek positif pada hasil kesehatan, subsistem pendidikan profesional harus merancang strategi instruksional dan kelembagaan baru.

Tantangan kompleks kesehatan adalah semua tentang manusia. Di luar permukaan teknologi modern yang berkilauan, ruang inti dari setiap sistem kesehatan ditempati oleh pertemuan unik antara sekelompok orang yang membutuhkan layanan dan orang lain yang telah dipercayakan untuk

memberikannya. Kepercayaan ini diperoleh melalui perpaduan khusus antara kompetensi teknis dan orientasi layanan, yang digerakkan oleh komitmen etis dan akuntabilitas sosial, yang merupakan esensi dari pekerjaan profesional. Mengembangkan perpaduan seperti itu membutuhkan periode pendidikan yang panjang dan investasi yang substansial baik oleh siswa maupun masyarakat. Melalui rangkaian peristiwa yang mengalir dari pembelajaran yang efektif ke layanan berkualitas tinggi hingga peningkatan kesehatan, pendidikan profesional yang terbaik memberikan kontribusi penting bagi kesejahteraan individu, keluarga, dan masyarakat.

Namun, konteks, isi, dan kondisi upaya sosial untuk mendidik profesional kesehatan yang kompeten, peduli, dan berkomitmen berubah dengan cepat melintasi ruang dan waktu. Peggandaan harapan hidup yang mengejutkan selama abad ke-20 disebabkan oleh peningkatan standar hidup dan kemajuan dalam pengetahuan (Frenk, 2009, p. 27). Banyak bukti menunjukkan bahwa kesehatan yang baik setidaknya sebagian berbasis pengetahuan dan didorong oleh sosial (Chen & Berlinguer, 2001, p. 37; Pablos-Mendez, Chunharas, Lansang, Shademani, & Tugwell, 2005, p. 72). Pengetahuan ilmiah tidak hanya menghasilkan hal baru teknologi tetapi juga memberdayakan warga untuk mengadopsi gaya hidup sehat, meningkatkan perilaku mencari perawatan, dan menjadi warga negara proaktif yang sadar akan hak-hak mereka. Selain itu, pengetahuan yang diterjemahkan menjadi bukti dapat memandu praktik dan kebijakan. Sistem kesehatan adalah institusi berorientasi sosial yang berbeda dengan tujuan utama untuk meningkatkan kesehatan, melengkapi pentingnya determinan sosial dan gerakan sosial dalam kesehatan. Dalam upaya ini, para profesional memainkan peran mediasi penting dalam menerapkan pengetahuan untuk meningkatkan kesehatan. Banyak bukti menunjukkan bahwa cakupan dan jumlah profesional kesehatan memiliki efek langsung pada hasil kesehatan (Anand & Bärnighausen, 2004, p. 1603). Profesional kesehatan adalah penyedia layanan yang menghubungkan orang dengan teknologi, informasi, dan pengetahuan.

Mereka juga pengasuh, komunikator dan pendidik, anggota tim, manajer, pemimpin, dan pembuat kebijakan. Sebagai perantara pengetahuan, petugas kesehatan adalah wajah manusia dari sistem kesehatan.

Kebangkitan kembali profesionalisme baru—berpusat pada pasien dan berbasis tim—telah banyak dibahas, tetapi tidak memiliki kepemimpinan, insentif, dan kekuatan untuk memenuhi janjinya. Beberapa upaya untuk mendefinisikan kembali peran dan tanggung jawab profesional kesehatan di masa depan telah gagal di tengah apa yang disebut kesukuan kaku yang menimpa mereka. Advokasi untuk kelompok praktisi tertentu telah kuat tetapi tanpa strategi keseluruhan untuk komunitas profesional kesehatan yang lebih luas untuk bekerja sama untuk memenuhi kebutuhan kesehatan individu dan populasi. Beberapa upaya baru-baru ini yang bermaksud baik telah berusaha untuk mengatasi patah tulang ini, tetapi mereka gagal.

Peluang terbuka untuk babak baru reformasi untuk menyusun pendidikan profesional untuk abad ke-21, didorong oleh pembelajaran bersama karena saling ketergantungan kesehatan, perubahan dalam pedagogi pendidikan, keunggulan publik kesehatan, dan pengakuan yang berkembang akan pentingnya perubahan. Paradoksnya, meskipun ada perbedaan mencolok, saling ketergantungan dalam kesehatan tumbuh dan peluang untuk saling belajar dan kemajuan bersama telah sangat berkembang. Pergerakan global orang, patogen, teknologi, pembiayaan, informasi, dan pengetahuan mendasari transfer internasional risiko kesehatan dan peluang, dan arus lintas batas negara semakin cepat. Kita semakin saling bergantung dalam hal sumber daya kesehatan utama, terutama pekerja terampil.

Di samping laju perubahan kesehatan yang cepat, ada revolusi paralel dalam pendidikan. Peningkatan eksplosif tidak hanya dalam jumlah total informasi tetapi juga dalam kemudahan aksesnya berarti bahwa peran universitas dan lembaga pendidikan lainnya perlu dipikirkan kembali. Pembelajaran, tentu saja, selalu dialami di luar pengajaran formal melalui semua jenis interaksi, tetapi konten informasi dan potensi pembelajaran hari

ini tanpa preseden. Dalam konteks yang berkembang pesat ini, universitas dan lembaga pendidikan memperluas peran tradisional mereka sebagai tempat di mana orang pergi untuk memperoleh informasi (misalnya, dengan berkonsultasi dengan buku di perpustakaan atau mendengarkan anggota fakultas ahli) untuk memasukkan bentuk pembelajaran baru yang melampaui batas-batas kelas. Generasi pembelajar berikutnya membutuhkan kapasitas untuk membedakan sejumlah besar informasi dan mengekstrak dan mensintesis pengetahuan yang diperlukan untuk pengambilan keputusan klinis dan berbasis populasi. Perkembangan ini mengarah pada peluang baru untuk metode, sarana, dan makna pendidikan.

Tidak seperti sebelumnya, keunggulan publik kesehatan pada umumnya dan kesehatan global, khususnya, telah menghasilkan lingkungan yang menguntungkan untuk perubahan. Kesehatan mempengaruhi masalah global yang paling mendesak saat ini: pembangunan sosial ekonomi, keamanan nasional dan manusia, dan gerakan global untuk hak asasi manusia. Kita sekarang mengerti bahwa kesehatan yang baik bukan hanya hasil dari tetapi juga kondisi untuk pembangunan, keamanan, dan hak. Pada saat yang sama, akses ke perawatan kesehatan berkualitas tinggi dengan perlindungan finansial untuk semua telah menjadi salah satu prioritas politik domestik utama di seluruh dunia.

Pemeriksaan dan perancangan ulang pendidikan profesional kesehatan yang penuh dan berwibawa diperlukan untuk menyesuaikan dengan ambisi para reformis seabad yang lalu. Tinjauan semacam itu tentu akan inklusif secara global dan multi-profesional, mencakup perbatasan dan konstituen. Reformasi untuk abad ke-21 tepat waktu karena keharusan untuk menyelaraskan kompetensi profesional dengan konteks yang berubah, menumbuhkan keterlibatan publik dalam kesehatan, dan saling ketergantungan global, termasuk aspirasi bersama tentang kesetaraan dalam kesehatan.

Berbeda dengan kerangka kerja lain, di mana populasi eksogen terhadap sistem kesehatan atau pendidikan, kami menganggap populasi sebagai basis dan pendorong sistem ini. Orang-orang menghasilkan kebutuhan baik dalam pendidikan maupun kesehatan, yang pada gilirannya dapat diterjemahkan ke dalam permintaan layanan pendidikan dan kesehatan. Penyediaan layanan pendidikan menghasilkan pasokan tenaga kerja terdidik untuk memenuhi permintaan tenaga profesional untuk bekerja dalam sistem kesehatan. Tentu saja, orang bukan hanya penerima layanan, tetapi juga produsen sebenarnya dari pendidikan dan kesehatan mereka sendiri.

Dalam pendekatan sistem ini, saling ketergantungan antara sektor kesehatan dan pendidikan adalah yang terpenting. Keseimbangan antara kedua sistem sangat penting untuk efisiensi, efektivitas, dan kesetaraan. Setiap negara memiliki sejarahnya sendiri yang unik, dan warisan masa lalu membentuk masa kini dan masa depan. Ada dua titik penting dalam kerangka kerja. Yang pertama adalah pasar tenaga kerja, yang mengatur kesesuaian atau ketidaksesuaian antara penawaran dan permintaan tenaga profesional kesehatan, dan yang kedua adalah lemahnya kapasitas banyak penduduk, terutama orang miskin, untuk menerjemahkan kebutuhan kesehatan dan pendidikan mereka menjadi permintaan yang efektif untuk layanan yang bersangkutan. Dalam keadaan optimal, ada keseimbangan antara kebutuhan penduduk, permintaan sistem kesehatan untuk profesional, dan penyediaannya oleh sistem pendidikan. Lembaga pendidikan menentukan berapa banyak jenis profesional yang dihasilkan. Idealnya mereka melakukannya sebagai respons terhadap sinyal pasar tenaga kerja yang dihasilkan oleh institusi kesehatan, dan sinyal ini harus merespons kebutuhan penduduk dengan tepat.

Namun, pada kenyataannya pasar tenaga kerja untuk tenaga kesehatan sering kali dicirikan oleh berbagai ketidakseimbangan, yang paling penting adalah kekurangan pasokan, pengangguran, dan setengah pengangguran, yang dapat bersifat kuantitatif (kurang dari pekerjaan penuh waktu) atau kualitatif (penggunaan keterampilan yang kurang optimal). Untuk menghindari

ketidakseimbangan ini, sistem pendidikan harus menanggapi persyaratan sistem kesehatan. Namun, prinsip ini tidak menyiratkan posisi subordinat dari sistem pendidikan. Kami melihat institusi pendidikan sangat penting untuk mengubah sistem kesehatan. Melalui fungsi penelitian dan kepemimpinan mereka, universitas dan lembaga pendidikan tinggi lainnya menghasilkan bukti tentang kekurangan sistem kesehatan, dan tentang solusi potensial. Melalui fungsi pendidikan mereka, mereka menghasilkan profesional yang dapat menerapkan perubahan dalam organisasi tempat mereka bekerja.

Selain hubungan pasar tenaga kerja, sistem pendidikan dan kesehatan berbagi apa yang dapat dianggap sebagai subsistem bersama—yaitu, subsistem pendidikan profesional kesehatan. Sedangkan di beberapa negara sekolah untuk profesional kesehatan dianggap berasal dari kementerian kesehatan, di negara lain mereka berada di bawah yurisdiksi kementerian pendidikan. Terlepas dari masalah administrasi ini, subsistem pendidikan profesi kesehatan memiliki dinamikanya sendiri, yang dihasilkan dari lokasinya di persimpangan dua sistem sosial utama. Bagaimanapun, ruang perawatan kesehatan juga merupakan ruang pendidikan, di mana pendidikan *in-service* dari para profesional masa depan berlangsung.

Keterkaitan antara pendidikan dan sistem kesehatan juga harus membahas model penyampaian yang menentukan campuran keterampilan petugas kesehatan dan ruang lingkup untuk pengalihan tugas. Selain aspek manajerial, ada dimensi politik, karena tenaga kesehatan tidak bertindak sendiri-sendiri tetapi biasanya diorganisir sebagai kelompok kepentingan. Lebih jauh lagi, pemerintah sangat sering mempengaruhi pasokan tenaga kesehatan profesional dalam menanggapi situasi politik daripada rasionalitas pasar atau realitas epidemiologis. Terakhir, pasar tenaga kerja untuk profesional kesehatan tidak hanya nasional tetapi juga global. Dalam profesional dengan kredensial yang diakui secara internasional, migrasi adalah kejadian yang berkembang.

Penelitian ini menginvestigasi praktik WPBA pada SMK Kesehatan. Secara keseluruhan, pertanyaan penelitian adalah bagaimana praktik manajemen strategik WPBA pada SMK Kesehatan dalam pencapaian kompetensi lulusan. Sedangkan, pertanyaan spesifiknya dapat dirumuskan sebagai berikut:

1. Bagaimana praktik manajemen strategik WPBA pada SMK Kesehatan dalam pencapaian kompetensi lulusan?
 - a) Bagaimana kondisi internal *WPBA* dalam pencapaian kompetensi lulusan SMK Kesehatan?
 - b) Bagaimana kondisi eksternal *WPBA* dalam pencapaian kompetensi lulusan SMK Kesehatan?
 - c) Bagaimana strategi *WPBA* pada SMK Kesehatan untuk menghasilkan lulusan yang kompeten?
 - d) Bagaimana *strategic initiative* untuk mengimplementasikan poin c?
2. Bagaimana evaluasi manajemen strategik WPBA pada SMK Kesehatan dalam pencapaian kompetensi tenaga teknis kefarmasian?
 - a) Bagaimana implementasi *WPBA* dalam dimensi *context* SMK Kesehatan?
 - b) Bagaimana implementasi *WPBA* dalam dimensi *input* SMK Kesehatan?
 - c) Bagaimana implementasi *WPBA* dalam dimensi *process* SMK Kesehatan?
 - d) Bagaimana implementasi *WPBA* ditinjau dari dimensi *product* SMK Kesehatan?
 - e) Bagaimana implementasi *WPBA* dapat memenuhi evaluasi akumulatif pada SMK Kesehatan?
3. Bagaimana rancang bangun model manajemen strategik WPBA pada SMK Kesehatan dalam pencapaian kompetensi lulusan?

Novelty penelitian ini adalah *Workplace-Based Assessment* pada SMK kesehatan. Selanjutnya, penelitian ini mencaritemukan model manajemen strategik WPBA dalam pencapaian kompetensi lulusan SMK Kesehatan.

Paradigma WPBA pada SMK kesehatan merupakan topik baru yang perlu dikembangkan. *Novelty* juga berasal dari perbedaan seperti yang ditunjukkan dalam anotasi bibliografi. Ini juga dapat diperiksa dalam metode yang digunakan dalam penelitian ini, dari perspektif masalah penelitian, dan tujuan penelitian, yaitu: *pertama*, penelitian dengan cara mengusulkan inisiatif strategis diimplementasikan oleh organisasi sekolah melalui investigasi komprehensif lingkungan strategis; *kedua*, penelitian ini menggunakan CIPP. Model yang menilai keberhasilan pelaksanaan WPBA; *ketiga*, mencari metode dan strategi yang tepat untuk mengevaluasi apakah penilaian berbasis tempat kerja dapat memberikan keterampilan yang sesuai dengan kebutuhan dunia kerja. Oleh karena itu, hal baru ini dapat memenuhi urgensi solusi untuk masalah, peristiwa dan fenomena kehidupan nyata.

1.3 Tujuan Penelitian

Secara keseluruhan, penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran besar dan mengkaji serta menganalisis secara menyeluruh pengelolaan WPBA pada SMK Kesehatan. Secara khusus, penelitian ini bertujuan untuk:

1. Teranalisisnya praktik manajemen strategik WPBA dalam pencapaian standar kompetensi lulusan SMK Kesehatan
2. Terevaluasinya manajemen strategik WPBA dalam pencapaian standar kompetensi lulusan SMK Kesehatan
3. Terbangunnya model manajemen strategik WPBA dalam pencapaian standar kompetensi lulusan SMK Kesehatan

1.4 Signifikansi Penelitian

Studi ini memiliki arti penting bagi VET dan agenda pendidikan yang lebih luas di Indonesia dan memberikan kontribusi bagi pemahaman dan pengetahuan internasional tentang penyedia VET, WPBA sebagai paradigam pencapaian kompetensi lulusan, dan kemitraan industri. Studi ini memberikan kontribusi signifikan. Pertama, penting untuk memastikan paradigma WPBA dapat diimplementasikan secara efektif dalam pencapaian kompetensi lulusan,

perencanaan kemitraan SMK saat ini dan masa depan antara lembaga pendidikan dan pelatihan kejuruan dan industri di Indonesia. Kedua, hasil penelitian ini berkontribusi pada pengembangan pemahaman penting bagi pejabat kampus, pendidik, tenaga kependidikan yang bertanggung jawab untuk mengamankan pendapatan tambahan untuk institusi mereka, pembuat kebijakan pendidikan dan industri. Metode *exploratory sequential mixed-methods* yang digunakan menunjukkan bagaimana institusi yang berbeda berkolaborasi, sehingga menghasilkan pemahaman tentang kemitraan antara penyedia VET dan industry dalam mengokohkan paradigm WPBA. Dengan demikian, peneliti menyakini bahwa hasil penelitian ini bermanfaat secara teoretis, metodologis maupun praktis.

1. Manfaat dari Aspek Teori

Hasil penelitian tentang *WPBA pada SMK Kesehatan* ini dapat menjadi kajian untuk mengembangkan penelitian-penelitian yang relevan, memperkaya perspektif Ilmu Administrasi Pendidikan, terutamanya berkenaan dengan konsep Asesmen Berbasis Tempat Kerja. Asesmen ini merupakan cara untuk menghasilkan lulusan cakap kerja.

2. Manfaat dari Aspek Kebijakan

Penelitian menelaah, mengkaji, mengevaluasi bagaimana pelaksanaan Asesmen Berbasis Tempat Kerja pada jenjang SMK. Penelitian ini juga memotret bagaimana implementasi Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2016 mampu menjamin peningkatan mutu serta relevansi dan efisiensi manajemen pendidikan untuk menghadapi tantangan lokal, nasional, dan global. Sehingga, perlu dilakukan pembaharuan pendidikan secara terencana, terarah, dan berkesinambungan.

3. Manfaat Praktis

a. Bagi Peneliti

Penelitian ini berguna dalam:

1. Mengembangkan konsep berfikir secara sistematis melalui tahapan penelitian sesuai dengan kaidah-kaidah penelitian yang dikembangkan;
 2. Meningkatkan pemahaman berdasarkan pengalaman dalam membina hubungan saling percaya antara peneliti dengan narasumber dalam penelitian;
 3. Menguatkan kemampuan eksplorasi teori dan konsep yang mendukung menjadi suatu konsep baru atau hipotesis berdasarkan hasil penelitian kualitatif yang dilaksanakan; dan
 4. Meningkatkan wawasan, pengetahuan serta aplikasi konsep/teori dalam lingkup ilmu administrasi pendidikan, khususnya dalam tata kelola WPBA.
- b. Bagi SMKN 7 Bandung

Hasil penelitian bermanfaat bagi Tim Pengembang Kurikulum untuk mendapatkan informasi yang akurat dalam pengembangan sistem informasi terintegrasi, sehingga pengembangan kurikulum dapat dilakukan sesuai dinamika pasar kerja. Dengan demikian, hasil penelitian ini dapat memberikan masukan dalam merumuskan kebijakan dan pengambilan keputusan pengembangan kurikulum Sekolah Menengah Kejuruan.

Bagi LSP SMKN 7 Bandung, penelitian ini dapat memberikan informasi atas kompetensi yang dibutuhkan DU/DI. Dengan demikian, LSP dapat mengembangkan skema yang sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta relevan dengan kebutuhan dunia kerja dan dunia industri. Sementara itu, bagi siswa, penelitian ini diharapkan dapat memberikan pandangan dan cara berfikir siswa tentang pelaksanaan *Workplace-Based Assessment* dan penguasaan kompetensi sesuai dengan bidangnya untuk memenuhi kebutuhan Dunia Usaha maupun Dunia Industri.

- c. Bagi Direktorat Pembinaan SMK

Hasil penelitian memberikan manfaat bagi Direktorat Pembinaan SMK untuk menetapkan kebijakan, terutamanya berkenaan dengan *Workplace-Based Assessment* pada SMK Kesehatan dalam menghasilkan lulusan siap latih, siap kerja dan siap hidup.

d. Bagi Dunia Kerja/Dunia Industri

Penelitian ini dapat memberikan informasi atas kompetensi yang dimiliki calon tenaga kerja, untuk dapat menempati sebuah posisi/jabatan sesuai dengan bidang keahlian dan kompetensi yang dimiliki pada DU/DI.

1.5 Keterbatasan studi

Penelitian ini dibatasi pada populasi. Seluruh responden bersumber dari SMK 7 Bandung dan SMK Jejarungnya. Tidak ada upaya yang dilakukan untuk menggeneralisasi temuan untuk lembaga atau organisasi lain. Dengan demikian, generalisasi hasil penelitian ini terbatas pada unit analisis SMKN 7 Bandung, Sekolah Jejaring dan mitra industrinya.