

PERANGKAT PEMBELAJARAN PEMERINTAHAN DALAM NEGERI (P3DN)

BUKU PEGANGAN PESERTA

**PELATIHAN PENDEKATAN DESIGN THINKING BAGI APARATUR SIPIL
NEGARA (ASN) PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN DAN KOTA UNTUK
MENDUKUNG PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)
BIDANG PENDIDIKAN DAN KESEHATAN**



**Pusat Pengembangan Kompetensi Pemerintahan Dalam Negeri
Badan Pengembangan Sumber Daya Manusia
KEMENTERIAN DALAM NEGERI**

**PERANGKAT PEMBELAJARAN PEMERINTAHAN
DALAM NEGERI (P3DN)**

BUKU PEDOMAN TENAGA PESERTA

**PELATIHAN PENDEKATAN DESIGN THINKING BAGI APARATUR
SIPIIL NEGARA (ASN) PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN DAN
KOTA UNTUK MENDUKUNG PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN
MINIMAL (SPM) BIDANG PENDIDIKAN DAN KESEHATAN**



TAHUN 2026

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	i
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Sejarah Desain Thinking.....	1
1.2. Framework.....	3
1.2.1. Kerangka Design Thinking	3
1.2.2. Pendekatan Kreatif dalam Penyelesaian Masalah.....	4
1.3. Tantangan Penerapan SPM.....	5
BAB II. STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) PENDIDIKAN DAN KESEHATAN TINGKAT KABUPATEN/KOTA.....	7
2.1. Dasar Penerapan SPM	7
2.2. Prinsip-prinsip Penerapan SPM.....	8
2.3. Tahapan Penerapan SPM.....	9
2.4. SPM Pendidikan di Tingkat Kabupaten/Kota.....	11
2.4.1. Standar Jumlah dan Kualitas Barang/Jasa	11
2.4.2. Standar Jumlah dan Kualitas Pendidik dan Tenaga Kependidikan	12
2.4.3. Tata Cara Pemenuhan Standar	14
2.4.4. Penghitungan Pencapaian SPM Pendidikan	14
2.5. SPM Kesehatan di Tingkat Kabupaten/Kota	16
2.5.1. Standar Jumlah dan Kualitas Barang dan/atau Jasa Kesehatan	17
2.5.2. Standar Jumlah dan Kualitas Personil (Sumber Daya Manusia Kesehatan).....	20
2.5.3. Tata Cara Pemenuhan SPM Kesehatan.....	22
2.5.4. Penghitungan Pencapaian SPM Kesehatan.....	25
BAB III LANGKAH PENERAPAN DESIGN THINKING DALAM MENDUKUNG CAPAIAN SPM.....	27
3.1. EMPHATIZE.....	27
3.1.1. Pengertian Emphatize	27
3.1.2. Penerapan Emphatize dalam SPM	27
3.1.3. Hasil Emphatize	31
3.1.4. Manfaat Emphatize	32
3.2. DEFINE	33
3.2.1. Pengertian Define.....	33
3.2.2. Penerapan Define dalam SPM	34
3.2.3. Hasil Define	37
3.2.4. Manfaat Define	38
3.3. IDEATE.....	39
3.3.1. Pengertian Ideate.....	39
3.3.2. Penerapan Ideate dalam SPM	40
3.3.3. Hasil Ideate	42

3.3.4. Manfaat Ideate	44
3.4. PROTOTYPE	45
3.4.1. Pengertian Prototype	45
3.4.2. Penerapan Prototype	46
3.4.3. Hasil Prototype.....	49
3.4.4. Manfaat Prototype.....	50
3.5. TEST.....	52
3.5.1. Pengertian Test.....	52
3.5.2. Penerapan Test.....	53
3.5.3. Hasil Test	55
3.5.4. Manfaat Test	57
BAB IV PENUTUP	59

BAB I PENDAHULUAN

1.1. Sejarah Desain Thinking

Design Thinking adalah sebuah pendekatan yang digunakan untuk memecahkan masalah yang berfokus pada manusia (*human-centered*), kolaboratif, dan inovatif. Pendekatan ini digunakan secara luas di berbagai bidang, mulai dari desain produk hingga pengembangan layanan publik dan inovasi bisnis. Inovasi yang dihasilkan akan berdasarkan pemahaman yang mendalam tentang kebutuhan manusia (pengguna/konsumen), selain itu, pengembangan ide-ide solusi, dalam pemodelan (prototype) dilakukan secara cepat dan secara reguler diperbaharui berdasarkan masukan dari pengguna/konsumen. Pendekatan *Design Thinking* membantu sebuah organisasi/instansi untuk mengembangkan produk, layanan, proses dan organisasi secara kreatif, praktikal dan berdampak.

Konsep *Design Thinking* berakar pada disiplin desain industri dan arsitektur di awal abad ke-20. Pada masa tersebut, seseorang yang bernama Bauhaus di Jerman yang merupakan seorang desainer mulai mengintegrasikan seni, kerajinan, dan teknologi dalam proses desain. Pada saat itu, istilah *Design Thinking* belum digunakan secara formal.

Dapat dikatakan bahwa konsep *Design Thinking* dilahirkan di sekitar akhir 1960-an dan awal 1970-an. Pada tahun 1969, seorang ilmuwan komputer dan peraih Nobel Ekonomi, Herbert A. Simon, melalui bukunya *The Sciences of the Artificial*, memperkenalkan sebuah gagasan yang menegaskan bahwa desain adalah proses pemecahan masalah yang bisa dipelajari dan diulang. Di periode waktu yang bersamaan, Bruce Archer dan anggota kelompok dari *the Design Methods Movement* melakukan riset untuk menambahkan metode yang menjamin ketelitian ilmiah dalam praktik perancangan dan pengembangan pendekatan yang sistematis dalam pemecahan masalah yang kompleks. Gagasan tersebut kemudian menjadi dasar dari pendekatan *Design Thinking* modern.

Pada periode 1980-an dan 1990-an, istilah *Design Thinking* mulai mendapatkan penerimaan dari banyak pihak. Salah satu contoh adalah Peter Rowe di tahun 1987 yang

dalam bukunya "*Design Thinking*", menggambarkan penggunaan *Design Thinking* oleh para arsitek dan perencana kota dalam merespon permasalahan perencanaan tata kota. Sementara itu, di Amerika Serikat, David Kelley dan sejumlah koleganya di Universitas Stanford dan sebuah organisasi konsultan bernama IDEO mulai mempopulerkan sebuah pendekatan inovasi yang berpusat kepada manusia (*human-centred*) and iteratif (perbaikan secara berkala). Pendekatan yang dipopulerkan tersebut menekankan pada empati (*empathize*), membuat model (*prototype*) dan kolaborasi lintas ilmu. Hal tersebut menjadi penanda khas dari pendekatan *Design Thinking* di era modern.

Di era abad ke-21, pendekatan *Design Thinking* telah bergeser dari bidang desain dan arsitektur, menjadi sebuah metodologi kunci di bidang bisnis, pendidikan, pemerintahan dan sektor sosial. Organisasi seperti The Hasso Plattner Institute of Design di Universitas Stanford dan IDEO telah memainkan peran penting dalam penyebarluasan konsep *Design Thinking* secara global. Saat ini, organisasi-organisasi menggunakan *Design Thinking* untuk menumbuhkan kreativitas, merespon permasalahan yang kompleks serta mendorong lahirnya inovasi.

Daya tarik yang utama dan berkelanjutan dari pendekatan *Design Thinking* terletak pada prinsip-prinsip kunci, yaitu empati kepada pengguna, mengambil aksi berdasarkan keingintahuan, proses percobaan (*experimentation*) secara sistematis untuk menguji hubungan sebab dan akibat, serta kolaborasi antar keilmuan. *Design Thinking* menyediakan sebuah pendekatan yang terstruktur, namun fleksibel, untuk mengatasi permasalahan dan membuat seseorang melakukan inovasi.

Sejarah *Design Thinking* memperlihatkan sebuah perjalanan yang masih berlangsung, dimulai dari para perancang (*designer*) awal dan kemudian berevolusi melalui proses penelitian secara akademik, penggunaan praktis, dan pengadopsian secara global. Tantangan selanjutnya adalah menghadapi permasalahan sosial yang semakin kompleks. Diharapkan prinsip dan etika dalam menempatkan manusia sebagai pusat dalam *Design Thinking*, akan memberikan inspirasi bagi para inovator dan pemecah masalah di generasi yang akan datang.

1.2. Framework

Design Thinking adalah metode atau kerangka kerja yang digunakan untuk memecahkan masalah secara kreatif dan inovatif. Pendekatan ini berfokus pada pemahaman mendalam terhadap kebutuhan pengguna, eksplorasi ide-ide baru, serta pembuatan solusi yang dapat diuji dan dikembangkan lebih lanjut. Dapat dikatakan bahwa *Design Thinking* adalah sebuah proses penyelesaian masalah yang iteratif dan non-linear dengan melakukan kegiatan-kegiatan seperti analisis konteks, tes oleh pengguna, identifikasi permasalahan, pencarian ide dan solusi, berpikir kreatif, penggambaran masalah, pemodelan dan evaluasi. Dalam budaya Indonesia, *Design Thinking* sering diterapkan untuk menciptakan solusi yang harmonis dan mengedepankan nilai kebersamaan.

Fitur-fitur inti dalam *Design Thinking* mengikutsertakan kemampuan untuk:

1. menghadapi berbagai masalah dalam perencanaan/rancangan, terutama yang sulit didefinisikan dan permasalahan yang pelik.
2. mengadopsi strategi-strategi yang berfokus pada solusi.
3. penalaran berdasarkan proses pengamatan yang detail dan produktif.
4. menggunakan metode non-verbal, media grafis seperti sketsa dan pemodelan.

1.2.1. Kerangka Design Thinking

Design Thinking memiliki 5 tahapan yang harus dilalui, mulai dari membangun empati dan pemahaman yang utuh atas permasalahan yang terjadi, mencari tahu akar permasalahan, merumuskan ide-ide solutif, membangun pemodelan serta uji coba.

1. Empathize (Empati)

Langkah pertama adalah memahami kebutuhan, keinginan, dan masalah pengguna secara mendalam. Proses ini melibatkan observasi, wawancara, dan interaksi langsung agar solusi yang dihasilkan benar-benar relevan. Dalam konteks Indonesia, empati juga berarti menghargai perbedaan dan menjaga kerukunan sosial.

2. Define (Merumuskan Masalah)

Setelah memahami pengguna, proses selanjutnya adalah perumusan masalah utama yang ingin dipecahkan. Pernyataan masalah harus jelas dan berdasarkan wawasan dari tahap empati, sehingga fokus solusi tetap pada kebutuhan nyata.

3. Ideate (Menghasilkan Ide)

Pada tahap ini, tim melakukan *brainstorming* untuk menghasilkan sebanyak mungkin ide kreatif tanpa langsung menilai atau mengkritik. Kegiatan ini dapat dilakukan secara kelompok, mencerminkan budaya gotong royong dalam mencari solusi bersama.

4. Prototype (Membuat model)

Ide-ide terpilih diwujudkan dalam bentuk *prototype* atau model sederhana. *Prototype* ini berfungsi sebagai alat untuk memvisualisasikan solusi, sehingga dapat diuji dan diperbaiki sesuai masukan.

5. Test (Pengujian)

Model diuji kepada pengguna untuk mendapatkan umpan balik. Tahap ini penting untuk memastikan solusi benar-benar memenuhi kebutuhan pengguna dan dapat disempurnakan sebelum diterapkan secara luas.

1.2.2. Pendekatan Kreatif dalam Penyelesaian Masalah

Sebagai alat untuk pemecahan masalah, *Design Thinking* merupakan suatu metode yang kreatif karena memiliki prinsip-prinsip yang mengutamakan empati, cara berpikir yang luas dan eksperimentasi (uji coba).

1. **Berpusat pada Manusia:** Selalu mengutamakan kebutuhan dan pengalaman pengguna.
2. **Kolaboratif:** Melibatkan berbagai pihak, termasuk pengguna, agar solusi lebih komprehensif.
3. **Iteratif:** Proses berulang, solusi terus diperbaiki berdasarkan umpan balik.
4. **Kreatif dan Inovatif:** Mendorong munculnya ide-ide baru yang unik dan relevan.
5. **Fleksibel:** Adaptif terhadap perubahan dan tantangan yang muncul selama proses.

Kerangka *Design Thinking* dapat digunakan di berbagai bidang, seperti pendidikan, bisnis, teknologi, maupun sosial. Dengan mengedepankan empati, kolaborasi, dan kreativitas, *Design Thinking* membantu menghasilkan solusi yang tidak hanya inovatif, tetapi juga berakar pada kebutuhan nyata masyarakat Indonesia.

1.3. Tantangan Penerapan SPM

Standar Pelayanan Minimal (SPM) merupakan pedoman penting bagi pemerintah daerah dalam memberikan pelayanan dasar kepada masyarakat. Penerapan SPM bertujuan untuk memastikan setiap warga negara memperoleh haknya atas layanan publik yang berkualitas sesuai standar yang telah ditetapkan. Namun, dalam praktiknya, penerapan SPM menghadapi berbagai tantangan yang kompleks dan beragam.

A. Tantangan Regulasi dan Kebijakan

Salah satu tantangan utama adalah kurangnya sinkronisasi antara peraturan pusat dan daerah. Seringkali, daerah mengalami kesulitan dalam menyesuaikan kebijakan lokal dengan regulasi SPM yang ditetapkan oleh pemerintah pusat. Hal ini menyebabkan terjadinya tumpang tindih aturan, sehingga pelaksanaan SPM menjadi tidak optimal.

B. Tantangan Keterbatasan Sumber Daya

Keterbatasan sumber daya manusia, anggaran, dan sarana prasarana juga menjadi hambatan signifikan. Banyak pemerintah daerah yang belum memiliki tenaga ahli atau perangkat yang memadai untuk mengimplementasikan SPM secara efektif. Selain itu, alokasi anggaran untuk pelayanan minimal sering kali tidak sesuai dengan kebutuhan riil di lapangan, sehingga pelayanan yang diberikan kurang maksimal.

C. Tantangan Pemahaman dan Kapasitas yang kurang

Kurangnya pemahaman terhadap konsep dan tujuan SPM di kalangan aparatur pemerintah maupun masyarakat menjadi tantangan tersendiri. Sosialisasi dan pelatihan mengenai SPM belum menyentuh seluruh lapisan, sehingga masih terdapat kesenjangan pengetahuan dan keterampilan dalam mengelola pelayanan publik.

D. Tantangan dalam menjalankan Monitoring dan Evaluasi

Proses monitoring dan evaluasi pelaksanaan SPM sering kali tidak berjalan dengan baik. Hal ini disebabkan oleh keterbatasan sistem pelaporan dan pengawasan, serta

belum adanya mekanisme yang konsisten untuk mengevaluasi pencapaian standar pelayanan. Akibatnya, perbaikan dan inovasi pelayanan publik menjadi terhambat.

E. Tantangan Dinamika Sosial dan Budaya

Indonesia yang terdiri dari beragam suku, budaya, dan karakteristik wilayah, membuat penerapan SPM harus disesuaikan dengan konteks lokal. Tantangan muncul ketika standar yang ditetapkan tidak selaras dengan kebutuhan dan nilai-nilai masyarakat setempat, sehingga dapat menimbulkan resistensi atau penolakan.

Penerapan SPM di Indonesia membutuhkan komitmen dan sinergi dari berbagai pihak, mulai dari pemerintah pusat, daerah, hingga masyarakat. Tantangan-tantangan yang ada harus diatasi melalui peningkatan kapasitas, penyelarasan regulasi, serta inovasi dalam pelayanan publik. Dengan demikian, tujuan utama SPM untuk mewujudkan pelayanan yang adil dan berkualitas dapat tercapai secara berkelanjutan.

BAB II. STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) PENDIDIKAN DAN KESEHATAN TINGKAT KABUPATEN/KOTA

2.1 Dasar Penerapan SPM

Undang-Undang (UU) No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, menjelaskan bahwa kekuasaan pemerintahan diuraikan dalam berbagai urusan pemerintahan yang secara umum dapat diklasifikasikan dalam:

- (1) **Urusan pemerintahan absolut** – sepenuhnya menjadi kewenangan pemerintah pusat yang meliputi politik luar negeri; pertahanan; keamanan; yustisi; moneter dan fiskal nasional; serta agama.
- (2) **Urusan pemerintahan konkuren** – dibagi antara pemerintah pusat, daerah provinsi, dan daerah kabupaten/kota. Urusan pemerintahan konkuren yang menjadi kewenangan daerah terdiri atas urusan pemerintahan wajib yang dibagi berdasarkan kaitannya dengan pelayanan dasar atau tidak, serta urusan pemerintahan pilihan seperti yang diuraikan dalam gambar berikut.

Gambar 2.1: Pembagian Urusan Pemerintahan Konkuren

Urusan Pemerintahan Konkuren			
Wajib			Pilihan
Pelayanan Dasar	Non-Pelayanan Dasar		
1. Pendidikan 2. Kesehatan 3. Pekerjaan umum dan penataan ruang 4. Perumahan rakyat dan kawasan permukiman 5. Ketenteraman umum, ketertiban dan perlindungan masyarakat 6. Sosial	1. Tenaga kerja 2. Pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak 3. Pangan 4. Pertanahan 5. Lingkungan hidup 6. Administrasi kependudukan dan pencatatan sipil 7. Pemberdayaan masyarakat dan desa 8. Pengendalian penduduk dan keluarga berencana 9. Perhubungan	10. Komunikasi dan informatika 11. Koperasi, usaha kecil, dan menengah 12. Penanaman modal 13. Kepemudaan dan olah raga 14. Statistik 15. Persandian 16. Kebudayaan 17. Perpustakaan 18. Kearsipan	1. Kelautan dan perikanan 2. Pariwisata 3. Pertanian 4. Kehutanan 5. Energi dan sumber daya mineral 6. Perdagangan 7. Perindustrian 8. Transmigrasi

- (3) **Urusan pemerintahan umum** adalah Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan Presiden sebagai kepala pemerintahan yang dilaksanakan oleh gubernur dan bupati/wali kota dengan dibantu oleh instansi vertikal dan dibiayai Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN). Urusan pemerintahan umum meliputi: pembinaan wawasan kebangsaan dan ketahanan nasional; pembinaan persatuan dan kesatuan bangsa; pembinaan kerukunan antarsuku dan intrasuku, umat beragama, ras, dan golongan lainnya guna mewujudkan stabilitas keamanan lokal, regional, dan nasional; penanganan konflik sosial; koordinasi pelaksanaan tugas antarinstansi pemerintahan yang ada di wilayah daerah provinsi dan daerah kabupaten/kota untuk menyelesaikan permasalahan yang timbul; pengembangan kehidupan demokrasi berdasarkan Pancasila; dan pelaksanaan semua urusan pemerintahan yang bukan merupakan kewenangan daerah dan tidak dilaksanakan oleh instansi vertikal.

Berdasarkan Pasal 18 UU No. 23/2014, penyelenggara pemerintahan daerah perlu memprioritaskan pelaksanaan urusan pemerintahan wajib terkait pelayanan dasar dengan berpedoman pada standar pelayanan minimal (SPM) yang ditetapkan oleh pemerintah pusat. SPM merupakan ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan pemerintahan wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. Pemerintah kemudian mengesahkan Peraturan Pemerintah (PP) No. 2/2018 tentang SPM dan Peraturan Menteri Dalam Negeri (Permendagri) No. 100/2018 tentang Penerapan SPM.

2.2 Prinsip-prinsip Penerapan SPM

Berdasarkan Pasal 2 PP No. 2/2018, SPM ditetapkan dan diterapkan berdasarkan enam prinsip yang diuraikan dalam Tabel 2.1 berikut.

Tabel 2.1: Prinsip-Prinsip Penerapan SPM

Prinsip	Penjelasan
1. Kesesuaian kewenangan	Sesuai dengan kewenangan daerah provinsi dan kabupaten/kota menurut pembagian urusan pemerintahan wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar

Prinsip	Penjelasan
2. Ketersediaan	Dalam rangka menjamin tersedianya barang dan/atau jasa kebutuhan dasar yang berhak diperoleh oleh setiap warga negara secara minimal
3. Keterjangkauan	Dalam rangka menjamin barang dan/atau jasa kebutuhan dasar yang mudah diperoleh oleh setiap warga negara
4. Kestinambungan	Memberikan jaminan tersedianya barang dan/atau jasa kebutuhan dasar warga negara secara terus menerus
5. Keterukuran	Barang dan/atau jasa yang terukur untuk memenuhi kebutuhan dasar warga negara
6. Ketepatan Sasaran	Pemenuhan barang dan/atau jasa kebutuhan dasar yang berhak diperoleh setiap warga Negara secara minimal dengan memprioritaskan bagi masyarakat miskin atau tidak mampu

2.3 Tahapan Penerapan SPM

Berdasarkan Permendagri No. 100/2018 tentang Penerapan SPM, penerapan SPM dilaksanakan melalui empat tahapan seperti yang diuraikan dalam Tabel 2.2 berikut.

Tabel 2.2 Tahapan Penerapan SPM

Tahapan	Penjelasan
1. Pengumpulan data	● Mencakup: (a) jumlah dan identitas lengkap warga negara yang berhak memperoleh barang dan/atau jasa kebutuhan dasar secara minimal sesuai dengan jenis pelayanan dasar dan mutu pelayanan dasarnya; dan (b) jumlah barang dan/atau jasa, termasuk jumlah sarana dan prasarana, yang tersedia. ● Sesuai dengan Standar Teknis SPM ditujukan untuk pencapaian target 100% dari target dan indikator penerima layanan setiap tahun. ● Hasil pendataan yang dilakukan oleh Perangkat Daerah diintegrasikan dengan Sistem Informasi Pembangunan Daerah.

Tahapan	Penjelasan
2. Penghitungan kebutuhan pemenuhan pelayanan dasar	● Perangkat Daerah menghitung selisih kebutuhan terhadap ketersediaan barang dan/atau jasa dan sarana dan/atau prasarana berdasarkan jumlah warga negara penerima dan mutu pelayanan dasar sesuai dengan Standar Teknis SPM. ● Ketersediaan diperoleh dari pihak Badan Usaha Milik Negara/Badan Usaha Milik Daerah (BUMN/BUMD), lembaga nonpemerintah, masyarakat, dan/atau pemerintah daerah (pemda). ● Hasil penghitungan digunakan untuk menyusun kebutuhan pemenuhan Pelayanan Dasar berpedoman pada Standar Biaya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. ● Perangkat Daerah menghitung Warga Negara penerima Pelayanan Dasar yang tidak mampu memperoleh barang dan/atau jasa yang telah tersedia, termasuk warga miskin/tidak mampu, tidak dapat mengakses/menjangkau barang/jasa, dalam kondisi bencana atau kondisi lain yang tidak memungkinkan untuk dipenuhi sendiri.
3. Penyusunan rencana pemenuhan pelayanan dasar	● Pemda menyusun rencana pemenuhan Pelayanan Dasar sesuai dengan penghitungan kebutuhan yang dimuat dalam dokumen Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) dan Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD). ● Perangkat Daerah memprioritaskan penyusunan rencana pemenuhan Pelayanan Dasar berdasarkan penghitungan kebutuhan ke dalam Rencana Strategis (Renstra) dan Rencana Kerja (Renja) Perangkat Daerah sesuai dengan tugas dan fungsi. ● Rencana pemenuhan Pelayanan Dasar merupakan salah satu tolok ukur kinerja penyelenggaraan Pemerintahan Daerah.
4. Pelaksanaan pemenuhan pelayanan dasar	● Perangkat Daerah melaksanakan program dan kegiatan pemenuhan Pelayanan Dasar sesuai dengan rencana pemenuhan Pelayanan Dasar. ● Perangkat Daerah menetapkan target pencapaian program dan kegiatan berdasarkan data jumlah penerima Pelayanan Dasar yang diperoleh setiap tahunnya.

2.4 SPM Pendidikan di Tingkat Kabupaten/Kota

Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan menerbitkan Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan No.32/2018 tentang Standar Teknis Pelayanan Minimal Pendidikan yang kemudian diganti dengan Peraturan Menteri Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi (Permendikbudristi) No. 32/2022. Pelayanan dasar yang menjadi kewajiban pemerintah daerah (pemda) provinsi mencakup pendidikan menengah dan pendidikan khusus yang tidak akan dibahas dalam buku ini. Khusus untuk pemda kabupaten/kota, jenis dan sasaran penerima layanan dasar mencakup:

- (1) PAUD – peserta didik berusia 5-6 tahun;
- (2) Pendidikan dasar, mencakup sekolah dasar (SD) dan sekolah menengah pertama (SMP) – peserta didik berusia 7-15 tahun; dan
- (3) Pendidikan kesetaraan – peserta didik berusia 7-18 tahun.

Permendikbudristi No. 32/2022 tentang Standar Teknis Pelayanan Minimal Pendidikan mencakup tiga aspek: (1) standar jumlah dan kualitas barang/jasa; (2) standar jumlah dan kualitas pendidik dan tenaga kependidikan; dan (3) tata cara pemenuhan standar. Penerapan ketiga aspek ini dalam tiga jenis pelayanan wajib pendidikan di tingkat kabupaten/kota akan dibahas dalam tiga sub-bab berikut.

2.4.1 Standar Jumlah dan Kualitas Barang/Jasa

Standar jumlah dan kualitas barang/jasa mencakup:

- a. **Standar satuan pendidikan** yang berlaku untuk PAUD, pendidikan dasar, dan pendidikan kesetaraan: standar kompetensi lulusan; standar isi; standar proses; standar sarana dan prasarana; standar pengelolaan; standar pembiayaan; dan standar penilaian pendidikan.
- b. **Kualitas dan pemerataan hasil belajar peserta didik** yang dirangkum dalam tabel berikut.

Tabel 2.3 Standar Jumlah dan Kualitas Pendidik dan Tenaga Kependidikan

Jenis Layanan	PAUD	Pendidikan Dasar dan Pendidikan Kesetaraan
Kualitas Hasil Belajar Peserta Didik	Tidak berlaku	• Kompetensi literasi • Kompetensi numerasi.
Pemerataan hasil belajar Peserta Didik	Tidak berlaku	Kesenjangan kompetensi literasi dan kompetensi numerasi berdasarkan: • Gender • Status sosial ekonomi
Partisipasi dan pemerataan Peserta Didik	• Angka partisipasi murni (APM) • Angka partisipasi sekolah (APS); dan • Perbandingan APS kuintil terendah dengan kuintil tertinggi.	• Angka partisipasi kasar (APK) • APS
Kualitas dan pemerataan layanan	Proporsi jumlah satuan PAUD yang mendapatkan akreditasi B.	• Iklim keamanan • Iklim kebinekaan dan inklusivitas.

2.4.2 Standar Jumlah dan Kualitas Pendidik dan Tenaga Kependidikan

Jenis pendidik dan tenaga kependidikan untuk masing-masing jenis layanan wajib berbeda-beda dan dirangkum dalam Tabel 2.4 di bawah ini.

Tabel 2.4 Standar Jumlah dan Kualitas Pendidik dan Tenaga Kependidikan

Jenis	PAUD	Pendidikan Dasar		Pendidikan Kesetaraan
		SD	SMP	
Tenaga Pendidik	Guru PAUD	• Guru kelas • Guru mata pelajaran	• Guru mata pelajaran;	Pamong belajar dan/atau tutor

Jenis	PAUD	Pendidikan Dasar		Pendidikan Kesetaraan
		SD	SMP	
		Guru pembimbing khusus (bagi yang memiliki siswa penyandang disabilitas)	- Guru bimbingan dan konseling - Guru pembimbing khusus	pendidikan kesetaraan.
Tenaga Kependidikan	- Kepala satuan PAUD - Pengawas sekolah atau penilik	- Kepala sekolah - Pengawas sekolah - Tenaga penunjang lainnya	- Kepala sekolah - Pengawas sekolah - Tenaga penunjang lainnya	- Kepala satuan pendidikan kesetaraan - Penilik - Tenaga penunjang lainnya

a. **Standar Kualitas:** SPM Pendidikan mensyaratkan bahwa seluruh tenaga pendidik, kepala satuan pendidikan/sekolah, serta pengawas sekolah dan penilik untuk ketiga jenis layanan memiliki latar belakang pendidikan minimal Diploma IV (D-IV) atau Sarjana (S1) serta memiliki sertifikat pendidik sesuai dengan jenis layanan pendidikannya (kecuali untuk pendidikan kesetaraan). Kepala satuan PAUD, kepala sekolah SD dan SMP, serta pengawas sekolah PAUD/SD/SMP disyaratkan berasal dari guru, memiliki pengalaman manajerial minimal dua tahun, serta memiliki surat tanda tamat pendidikan dan pelatihan calon kepala/pengawas sekolah atau sertifikat guru penggerak. Sementara itu, latar belakang akademis untuk tenaga penunjang lainnya untuk layanan SD, SMP, dan Pendidikan Kesetaraan disyaratkan minimal lulusan sekolah menengah atas (SMA) atau sederajat.

b. **Standar Jumlah:** untuk tenaga pendidik, standar jumlah diukur dengan kecukupan formasi guru ASN untuk PAUD/SD/SMP/Pendidikan Kesetaraan yang diselenggarakan oleh pemda dan indeks distribusi guru SD/SMP/Pendidikan Kesetaraan. Untuk pengawas sekolah/penilik, standar jumlah diukur dengan rasio pengawas sekolah/penilik terhadap jumlah PAUD/SD/SMP/Pendidikan Kesetaraan.

2.4.3 Tata Cara Pemenuhan Standar

Permendikbudristi No. 32/2022 mengatur tata cara pemenuhan standar untuk PAUD, pendidikan dasar, dan pendidikan kesetaraan, termasuk:

- (a) **Pemenuhan kualitas** pendidik dan tenaga kependidikan dilaksanakan melalui: (a) peningkatan kualifikasi dan kompetensi bagi pendidik dan tenaga kependidikan yang belum memenuhi kualifikasi dan kompetensi yang dipersyaratkan; (b) pemberian beasiswa atau bantuan biaya pendidikan dalam peningkatan kualifikasi dan kompetensi pendidik dan tenaga kependidikan; dan/atau (c) fasilitasi kepala sekolah atau guru yang belum memiliki sertifikat guru penggerak untuk mengikuti pendidikan dan pelatihan guru penggerak.
- (b) **Pemenuhan jumlah** pendidik dan tenaga kependidikan dilaksanakan melalui: (a) pemetaan dan penataan penempatan untuk pemerataan pendidik dan tenaga kependidikan; (b) redistribusi guru ASN berdasarkan perhitungan dari Kementerian; (c) pengajuan formasi guru ASN sesuai dengan hasil perhitungan kekurangan guru oleh Kementerian; (d) penyediaan guru pembimbing khusus paling sedikit satu orang pada satuan pendidikan yang memiliki Peserta Didik penyandang disabilitas; (e) penempatan lulusan pendidikan dan pelatihan calon kepala sekolah/lulusan pendidikan guru penggerak sebagai kepala sekolah; (f) penempatan lulusan pendidikan dan pelatihan calon pengawas sekolah/lulusan pendidikan guru penggerak sebagai pengawas sekolah pengangkatan guru ASN yang lulus seleksi ASN; dan (g) pemetaan kecukupan jumlah pengawas sekolah.

2.4.4 Penghitungan Pencapaian SPM Pendidikan

Berdasarkan Permendikbudristi No. 32/2022, penghitungan pencapaian SPM Pendidikan mencakup 3 aspek:

- (1) **Standar Jumlah dan Kualitas Barang dan/atau Jasa.** Pemerintah Kabupaten/Kota perlu menghitung pencapaian standar jumlah dan kualitas barang dan/atau jasa sesuai dengan indikator yang tercantum dalam Tabel 2.3 di atas dengan beberapa formula sebagai berikut:

- **Angka partisipasi murni (APM)** untuk PAUD dihitung dengan membagi jumlah anak peserta didik PAUD usia 5-6 tahun dengan keseluruhan anak usia 5-6 tahun di satu kabupaten/kota.
 - **Angka partisipasi kasar (APK)** untuk SD dihitung dengan membagi jumlah anak yang bersekolah di SD (atau sederajat) dengan jumlah anak usia 7-12 tahun. Hal yang sama dilakukan untuk SMP (usia 13-15 tahun).
 - **Angka partisipasi sekolah (APS)** dihitung dengan membagi jumlah anak berusia 5-6 tahun, 7-12 tahun, dan 13-15 tahun yang berada di satuan pendidikan manapun dengan keseluruhan anak untuk masing-masing rentang usia di satu kabupaten/kota.
 - **Perbandingan APS kuintil terendah dan tertinggi** untuk PAUD dihitung dengan membandingkan APS bagi anak-anak dari keluarga dengan pendapatan 20% terendah dengan yang berpendapatan 20% tertinggi.
 - **Kompetensi literasi dan numerasi (dan kesenjangannya)** untuk SD, SMP, dan Pendidikan Kesetaraan dihitung dengan membandingkan perubahan rerata nilai kompetensi literasi dan numerasi berdasarkan hasil Asesmen Nasional pada tahun yang dilaporkan dengan tahun sebelumnya. Kesenjangan kompetensi literasi dan numerasi dilakukan dengan membandingkan rerata nilai kompetensi literasi dan numerasi antara peserta didik laki-laki dan perempuan dan antara yang berasal dari keluarga yang tidak mampu dan mampu.
 - **Indeks keamanan dan indeks kebhinekaan dan inklusivitas** untuk SD, SMP, dan Pendidikan Kesetaraan dilakukan dengan cara yang mirip dengan kompetensi literasi dan numerasi, yaitu dengan menghitung perubahan rerata indeks keamanan dan indeks kebhinekaan dan inklusivitas dibandingkan dengan tahun sebelumnya.
- (2) **Standar Jumlah dan Kualitas Pendidik dan Tenaga Pendidikan.** Pencapaian SPM Pendidikan dalam hal jumlah dan kualitas pendidik dan tenaga pendidikan dilakukan dengan menggunakan beberapa indikator yang dibahas dalam sub-bab 2.4.2 di atas, termasuk:

- **Jumlah pendidik sesuai dengan kualifikasi D-IV atau S1** untuk masing-masing jenis pelayanan wajib dengan menghitung pertumbuhannya dibandingkan dengan tahun sebelumnya.
- **Rasio pengawas/penilik dengan satuan pendidikan** dilakukan dengan membagi jumlah pengawas dan penilik dengan jumlah satuan pendidikan di masing-masing jenis pelayanan (PAUD, SD, dan SMP).
- **Kecukupan formasi ASN** untuk PAUD, SD, dan SMP dihitung berdasarkan jumlah formasi ASN yang diajukan pemda kabupaten/kota dibandingkan dengan jumlah kebutuhannya untuk masing-masing jenis pelayanan.
- **Proporsi lulusan program guru penggerak yang diangkat menjadi kepala sekolah atau pengawas sekolah** dihitung dengan membaginya dengan seluruh lulusan program guru penggerak untuk masing-masing jenis pelayanan.
- **Indeks distribusi guru** dihitung dengan menghitung pertumbuhan indeks distribusi guru pada tahun yang dilaporkan dibandingkan dengan indeks tahun sebelumnya untuk masing-masing jenis pelayanan.

2.5 SPM Kesehatan di Tingkat Kabupaten/Kota

Kementerian Kesehatan menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 6/2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan SPM Kesehatan. Jenis pelayanan dasar pada SPM Kesehatan daerah provinsi mencakup pelayanan kesehatan: (i) bagi penduduk terdampak krisis kesehatan akibat bencana dan/atau berpotensi bencana daerah provinsi; dan (ii) bagi penduduk pada kondisi kejadian luar biasa daerah provinsi. Sementara itu, pemda kabupaten/kota bertanggung jawab atas 12 jenis pelayanan kesehatan bagi: (1) ibu hamil; (2) ibu bersalin; (3) bayi baru lahir; (4) anak usia di bawah lima tahun (balita); (5) usia pendidikan dasar; (6) usia produktif; (7) usia lanjut; (8) penderita hipertensi; (9) penderita diabetes melitus; (10) orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) berat; (11) orang terduga tuberkulosis (TBC); dan (12) orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (*human immunodeficiency virus*, HIV). SPM Kesehatan mencakup: (1) standar jumlah dan kualitas barang dan/atau jasa kesehatan; (2) standar jumlah dan kualitas personil

kesehatan; dan (3) tata cara pemenuhan SPM kesehatan yang akan dibahas dalam tiga sub-bab berikut untuk 12 jenis pelayanan kesehatan wajib di tingkat kabupaten/kota.

2.5.1 Standar Jumlah dan Kualitas Barang dan/atau Jasa Kesehatan

Berdasarkan Permenkes 6/2024, standar jumlah dan kualitas barang/jasa kesehatan untuk 12 sasaran SPM Kesehatan kabupaten/kota dirangkum dalam tabel-tabel berikut:

Tabel 2.5.a Standar Jumlah dan Kualitas Barang/Jasa Kesehatan (1/3)

Ibu Hamil	Ibu Bersalin	Bayi Baru Lahir	Balita
● Vaksin Tetanus Difteri (Td) – 80% sasaran ibu hamil ● Tablet tambah darah – 180 tablet x jumlah sasaran ibu hamil ● Alat deteksi risiko ibu hamil – 100% sasaran ● Kartu ibu/rekam medis ibu – 100% sasaran ● Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) – sesuai kebutuhan ● Media Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) – sesuai kebutuhan ● Gel ultrasonografi (USG) – sesuai kebutuhan	● Formulir partograf – 100% sasaran ibu bersalin ● Kartu ibu/rekam medis ibu – terintegrasi dengan ibu hamil ● Buku KIA – terintegrasi dengan ibu hamil ● Media KIE – sesuai kebutuhan	● Vaksin hepatitis B dosis tunggal – 100% sasaran bayi baru lahir ● Vitamin K1 injeksi – 100% sasaran ● Salep/tetes mata antibiotic – 100% sasaran ● Formulir bayi baru lahir – 100% sasaran ● Formulir Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) – 3 x sasaran bayi baru lahir ● Buku KIA – terintegrasi dengan ibu hamil ● Media KIE – sesuai kebutuhan	● Kuisioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP) – sesuai kebutuhan ● Formulir Deteksi Dini Tumbuh Kembang (DDTK) – sesuai kebutuhan ● Buku KIA – khusus yang tidak memiliki ● Vitamin A biru – sesuai standar ● Vitamin A merah – sesuai standar ● Vaksin imunisasi dasar – sesuai standar ● Vaksin imunisasi lanjutan – sesuai standar ● Jarum suntik dan bahan habis pakai (BHP) – sesuai standar ● Peralatan anafilaktik – sesuai standar

Ibu Hamil	Ibu Bersalin	Bayi Baru Lahir	Balita
			● Formula terapi gizi buruk – sesuai standar

Tabel 2.5.b Standar Jumlah dan Kualitas Barang/Jasa Kesehatan (2/3)

Usia Pendidikan Dasar	Usia Produktif	Usia Lanjut	Penderita Hipertensi
● Form pencatatan/buku rapor kesehatanku – 100% siswa pendidikan dasar ● Form Pencatatan/buku pemantauan kesehatan - 100% anak usia pendidikan dasar di luar sekolah ● Kuesioner skrining kesehatan - 100% anak usia pendidikan dasar ● Formulir rekapitulasi hasil pelayanan kesehatan usia sekolah dan remaja di dalam sekolah – sesuai kebutuhan ● Formulir rekapitulasi hasil pelayanan kesehatan usia sekolah dan remaja di luar sekolah – sesuai kebutuhan ● Tablet tambah darah pada remaja putri kelas 7-9 dan usia 12-17 tahun di luar sekolah – 52 tablet x sasaran ● Alat pemeriksaan Hb dan strip Hb – sasaran remaja putri kelas 7 ● Media promosi kesehatan – media khusus remaja sehat	● Pedoman dan media KIE – 5 jenis di setiap fasilitas layanan kesehatan (fasyankes) ● Alat untuk melakukan skrining dan alat pelayanan keluarga berencana (KB) – sesuai kebutuhan ● Bahan medis habis pakai (BMHP) untuk melakukan skrining, melakukan Inspeksi Visual dengan Asam Asetat (IVA), dan pelayanan KB – sesuai sasaran ● Formulir pencatatan dan pelaporan/ matriks laporan Aplikasi Sehat Indonesiaku (ASIK), E Kohort Kesehatan Usia Produktif – sesuai kebutuhan ● Vaksin Tetanus Difteri (Td) – sejumlah sasaran wanita usia subur	● Alat pemeriksaan dini – sesuai kebutuhan ● BMHP: (a) Strip uji pemeriksaan gula darah, kolesterol; (b) lancet; dan (c) kapas alkohol – sesuai sasaran lanjut usia (lansia), 60 tahun ke atas ● Instrumen Skrining Lansia Sederhana dan Instrumen Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (AKS) – sesuai jumlah sasaran ● Buku Kesehatan Lansia atau aplikasi pencatatan terkait lainnya (ASIK, ekohort) – sesuai jumlah sasaran ● Media KIE – sesuai media dan sasaran	● Pedoman pengendalian hipertensi dan media KIE – minimal 2 ● Tensimeter – sesuai kebutuhan ● Formulir pencatatan dan pelaporan ASIK – sesuai kebutuhan ● Media promosi kesehatan – sesuai kebutuhan

Usia Pendidikan Dasar	Usia Produktif	Usia Lanjut	Penderita Hipertensi
• Vaksin Campak Rubela, DT, Td untuk pelaksanaan Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) – sesuai kebutuhan			

Tabel 2.5.c Standar Jumlah dan Kualitas Barang/Jasa Kesehatan (3/3)

Penderita Diabetes Melitus	ODGJ Berat	Orang Terduga TBC	Orang Berisiko HIV
• Alat pemantau kadar gula dalam darah – minimal 1 per fasyankes – dan BMHP gula darah dalam pemantauan kadar gula dalam darah – sesuai jumlah sasaran • Formulir pencatatan dan pelaporan Aplikasi SI PTM, ASIK, Simpus – sesuai kebutuhan • Pedoman dan media KIE – minimal 3 per fasyankes	• Buku Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ III) atau Buku Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa terbaru (bila sudah tersedia) – minimal 1 per fasyankes • Penyediaan psikofarmaka – sesuai kebutuhan • Penyediaan formulir skrining kesehatan jiwa dan/atau melalui aplikasi – sesuai kebutuhan • Penyediaan formulir pencatatan dan pelaporan melalui sistem informasi	• Media KIE – sesuai kebutuhan • Reagen Ziehl Neelsen (ZN) TB – sesuai sasaran • Masker bedah dan masker N95 – sesuai sasaran • Pot dahak, kaca slide, dan BMHK – sesuai kebutuhan • Lampu spiritus/ bunsen, ose/lidi, rak pengering – sesuai kebutuhan • Kartrid tes cepat molekuler – sesuai kebutuhan • Formulir pencatatan dan pelaporan – sesuai kebutuhan • Pedoman/ standar operasional prosedur (SOP) – sesuai kebutuhan • Tuberkulin – sesuai kebutuhan	• Media KIE – sesuai kebutuhan • Tes Cepat HIV (RDT) pertama – sesuai kebutuhan • BMHP – sesuai kebutuhan • Alat tulis dan rekam medis berisi nomor rekam medis, nomor fasyankes pelaksana, NIK – sesuai kebutuhan

Penderita Diabetes Melitus	ODGJ Berat	Orang Terduga TBC	Orang Berisiko HIV
	kesehatan – sesuai kebutuhan • Media KIE – sesuai kebutuhan		

2.5.2 Standar Jumlah dan Kualitas Personil (Sumber Daya Manusia Kesehatan, SDM)

Berdasarkan Permenkes 6/2024, standar jumlah dan kualitas personil/SDMK untuk 12 sasaran SPM Kesehatan kabupaten/kota dirangkum dalam tabel-tabel berikut:

Tabel 2.6.a Standar Jumlah dan Kualitas SDM (1/3)

Ibu Hamil	Ibu Bersalin	Bayi Baru Lahir	Balita
• Dokter/ dokter spesialis obstetri dan ginekologi • Bidan • Perawat • Tenaga kefarmasian • Tenaga gizi	• Dokter/dokter spesialis obstetri dan ginekologi • Bidan • Perawat • Tenaga kefarmasian • Tenaga gizi	• Dokter/dokter spesialis anak • Bidan • Perawat • Tenaga kefarmasian • Tenaga Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku • Tenaga gizi	• Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan: Dokter; Bidan; Perawat; Tenaga Gizi. • Tenaga non kesehatan terlatih atau mempunyai kualifikasi tertentu: Guru PAUD, Kader kesehatan

Tabel 2.6.b Standar Jumlah dan Kualitas SDM (2/3)

Usia Pendidikan Dasar	Usia Produktif	Usia Lanjut	Penderita Hipertensi
• Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan: Dokter/dokter gigi; Bidan;	• Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan: Dokter; Bidan; Perawat; Tenaga gizi; Tenaga kesmas.	• Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan: Dokter; Bidan; Perawat; Tenaga	• Dokter • Bidan • Perawat • Tenaga gizi

Usia Pendidikan Dasar	Usia Produktif	Usia Lanjut	Penderita Hipertensi
Perawat; Tenaga gizi; Tenaga kefarmasian; Tenaga kesehatan masyarakat (kesmas). • Tenaga non kesehatan terlatih atau mempunyai kualifikasi tertentu: Guru, Kader kesehatan/ dokter kecil/ <i>peer counselor</i>	• Kader kesehatan terlatih dan mempunyai kualifikasi tertentu	gizi; Tenaga kesmas. • Kader kesehatan terlatih dan mempunyai kualifikasi tertentu	• Tenaga promosi kesehatan dan ilmu perilaku • Tenaga kefarmasian • Tenaga kesmas

Tabel 2.6.c Standar Jumlah dan Kualitas SDM (3/3)

Penderita Diabetes Melitus	ODGJ Berat	Orang Terduga TBC	Orang Berisiko HIV
• Dokter • Bidan • Perawat • Tenaga kefarmasian • Tenaga kesmas • Tenaga gizi • Ahli teknologi laboratorium medik (ATLM)	• Tenaga Medis; • Tenaga Kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan di bidang kesehatan jiwa (contoh: Psikolog klinis, perawat jiwa, perawat terlatih); • Tenaga profesional lainnya;	• Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan: Dokter/dokter spesialis penyakit dalam/dokter spesialis paru; Perawat; Tenaga kefarmasian; Tenaga kesmas; ATLM; Radiografer. • Kader kesehatan	• Tenaga kesehatan: Dokter/dokter spesialis penyakit dalam/dokter spesialis kulit dan kelamin; Perawat; Bidan; ATLM; Tenaga kesmas. • Tenaga non kesehatan terlatih atau mempunyai kualifikasi tertentu: pendamping dan penjangkauan

Penderita Diabetes Melitus	ODGJ Berat	Orang Terduga TBC	Orang Berisiko HIV
	Tenaga lain yang terlatih di bidang kesehatan jiwa.		

2.5.3 Tata Cara Pemenuhan SPM Kesehatan

Berdasarkan Permenkes 6/2024, mekanisme pemenuhan untuk 12 sasaran SPM Kesehatan kabupaten/kota dirangkum dalam tabel-tabel berikut.

Tabel 2.7.a Mekanisme Pelaksanaan Pemenuhan SPM Kesehatan (1/3)

Ibu Hamil	Ibu Bersalin	Bayi Baru Lahir	Balita
- Penetapan sasaran ibu hamil dan ibu bersalin dalam satu tahun menggunakan data proyeksi BPS atau data valid lainnya, yang ditetapkan oleh Kepala Daerah. - Standar kuantitas adalah kunjungan 6 kali selama periode kehamilan (K6): 1 x pada trimester pertama, 2 x pada trimester kedua, dan 2 x pada trimester ketiga. - Standar kualitas yaitu pelayanan antenatal yang memenuhi 10 T dan pelayanan ultrasonografi	- Penetapan sasaran ibu bersalin dalam satu tahun menggunakan data proyeksi BPS atau data valid lainnya, yang ditetapkan oleh Kepala Daerah. - Standar persalinan normal adalah Acuan Persalinan Normal (APN) sesuai standar: Persalinan dilakukan di fasyankes; dan Persalinan dilakukan oleh tim paling sedikit 1 Tenaga Medis dan 2 Tenaga Kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan - Standar persalinan komplikasi mengacu pada Buku Saku	- Penetapan sasaran bayi baru lahir dalam satu tahun menggunakan data proyeksi BPS atau data valid lainnya, yang ditetapkan oleh Kepala Daerah. - Standar kuantitas adalah kunjungan minimal 3 kali selama periode neonatal: Kunjungan Neonatal 1 (KN1) 6-48 jam; KN2 3-7 hari; dan KN3 8-28 hari. - Standar kualitas: (a) Pelayanan neonatal esensial saat lahir (0-6 jam); dan (b) Pelayanan neonatal esensial setelah lahir (6 jam-28 hari).	- Penetapan sasaran balita dalam satu tahun menggunakan data proyeksi BPS atau data valid lainnya, yang ditetapkan oleh Kepala Daerah. - Pelayanan kesehatan balita sehat adalah pelayanan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan menggunakan buku KIA dan skrining tumbuh kembang menggunakan alat antropometri dan alat deteksi dini perkembangan anak, meliputi: (a) Pelayanan kesehatan

Ibu Hamil	Ibu Bersalin	Bayi Baru Lahir	Balita
	Pelayanan Kesehatan Ibu di fasyankes dasar dan rujukan.		balita usia 0-11 bulan: (b) Pelayanan kesehatan balita usia 12-23 bulan: dan (c) Pelayanan kesehatan balita usia 24-59 bulan. • Pelayanan kesehatan balita sakit menggunakan pendekatan manajemen terpadu balita sakit (MTBS).

Tabel 2.7.b Mekanisme Pelaksanaan Pemenuhan SPM Kesehatan (2/3)

Usia Pendidikan Dasar	Usia Produktif	Usia Lanjut	Penderita Hipertensi
• Penetapan sasaran anak usia 7-15 tahun, baik di dalam maupun di luar satuan pendidikan dasar dalam satu tahun menggunakan data proyeksi BPS atau data valid lainnya, yang ditetapkan oleh Kepala Daerah. • Pelaksanaan skrining kesehatan anak usia pendidikan dasar • Tindaklanjut hasil skrining kesehatan:	• Penetapan sasaran usia produktif (15-59 tahun) dalam satu tahun menggunakan data proyeksi BPS atau data valid lainnya, yang ditetapkan oleh Kepala Daerah. • Pelayanan edukasi pada usia produktif dilaksanakan di fasyankes, UKBM, dan/atau KUA/lembaga agama/rumah ibadah. • Pelayanan Skrining faktor risiko pada usia produktif minimal 1 kali dalam setahun	• Penetapan sasaran usia lanjut (60 tahun atau lebih) dalam satu tahun menggunakan data proyeksi BPS atau data valid lainnya, yang ditetapkan oleh Kepala Daerah. • Pelayanan edukasi pada usia lanjut dilaksanakan di fasyankes dan/atau UKBM dan/atau kunjungan rumah. • Pelayanan skrining faktor risiko pada usia lanjut dilakukan	• Penetapan sasaran penderita hipertensi dalam satu tahun menggunakan data RISKESDAS/Survei Kesehatan Indonesia (SKI) terbaru atau data valid lainnya, yang ditetapkan oleh Kepala Daerah. • Pelayanan kesehatan hipertensi adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang meliputi: pengukuran tekanan darah dilakukan minimal satu kali sebulan di fasyankes; Konseling

Usia Pendidikan Dasar	Usia Produktif	Usia Lanjut	Penderita Hipertensi
memberikan umpan balik, melakukan rujukan, memberikan penyuluhan kesehatan • Pemberian imunisasi pada pelaksanaan Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS)	untuk penyakit menular, penyakit tidak menular, dan kesehatan calon pengantin	minimal 1 kali dalam setahun • Tindaklanjuti hasil skrining faktor risiko pada usia lanjut: pemeriksaan lanjutan; melakukan rujukan jika diperlukan; dan memberikan penyuluhan kesehatan.	kepatuhan terapi non farmakologi dan farmakologi; dan melakukan rujukan jika diperlukan

Tabel 2.7.c Mekanisme Pelaksanaan Pemenuhan SPM Kesehatan (3/3)

Penderita Diabetes Melitus	ODGJ Berat	Orang Terduga TBC	Orang Berisiko HIV
• Penetapan sasaran penderita diabetes melitus dalam satu tahun menggunakan data RISKESDAS/Survei Kesehatan Indonesia (SKI) terbaru atau data valid lainnya, yang ditetapkan oleh Kepala Daerah. • Pelayanan kesehatan diabetes melitus adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang meliputi: pemeriksaan klinis yang dilakukan minimal 1 x sebulan	• Penetapan sasaran penderita ODGJ berat dalam satu tahun menggunakan data RISKESDAS/Survei Kesehatan Indonesia (SKI) terbaru atau data valid lainnya, yang ditetapkan oleh Kepala Daerah. • Pemeriksaan kesehatan jiwa : (a) pemeriksaan status mental; dan (b) wawancara. • Edukasi kepatuhan minum obat kepada pasien dan keluarga/caregiver	• Penetapan sasaran orang terduga TBC menggunakan data orang dengan gejala TBC yang datang ke fasyankes dan kontak erat/ serumah dengan penderita TBC yang ditetapkan oleh Kepala Daerah dengan memperhatikan perkiraan yang sudah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan. • Pelayanan orang terduga TBC melalui pemeriksaan orang dengan gejala TBC yang datang ke fasyankes dan terintegrasi dengan pelayanan kesehatan lainnya serta penemuan	• Penetapan sasaran HIV ditetapkan oleh Kepala Daerah berdasarkan orang yang berisiko terinfeksi HIV (penderita TBC, IMS, pekerja seks, LSL, transgender, penasun, WBP, dan ibu hamil). • Edukasi perilaku berisiko dan pencegahan penularan.

Penderita Diabetes Melitus	ODGJ Berat	Orang Terduga TBC	Orang Berisiko HIV
di fasyankes; mendapatkan pemeriksaan penunjang minimal 1 x sebulan di fasyankes; terapi non farmakologi (edukasi perubahan gaya hidup sehat); terapi farmakologi sesuai kondisi pasien; dan melakukan rujukan jika diperlukan.	● Melakukan penatalaksanaan awal dan melakukan rujukan sesuai indikasi. ● Tindak lanjut rujuk balik dan pemantauan minum obat.	secara aktif melalui pelacakan dan pemeriksaan kontak skrining secara masal terutama pada kelompok rentan dan berisiko dan skrining pada kondisi situasi khusus. ● Pemeriksaan klinis terduga TBC dilakukan minimal 1 kali dalam setahun, yaitu dengan pemeriksaan gejala dan tanda. ● Pemeriksaan penunjang terduga TBC diutamakan menggunakan Tes Cepat Molekuler (TCM), mikroskopis, atau radiologis sesuai pedoman atau standar operasional prosedur yang berlaku. ● Edukasi perilaku berisiko dan pencegahan penularan. ● Melakukan rujukan jika diperlukan	● Skrining dilakukan dengan pemeriksaan Tes Cepat HIV minimal 1 kali dalam setahun. ● Melakukan rujukan jika diperlukan.

2.5.4 Penghitungan Pencapaian SPM Kesehatan

Penghitungan pencapaian SPM Kesehatan di tingkat kabupaten/kota dilakukan untuk masing-masing jenis pelayanan dasar yang menjadi kewajiban pemda kabupaten/kota dan mencakup:

- (1) **Penghitungan Persentase Penerima Layanan Dasar.** Untuk masing-masing jenis pelayanan dasar, persentase dari jumlah aktual orang yang memperoleh layanan dasar sesuai standar dalam waktu satu tahun dibagi dengan sasaran yang ditetapkan oleh kepala daerah (lihat butir pertama pada Tabel 2.7.a, 2.7.b, dan 2.7.c).
- (2) **Penghitungan Persentase Pencapaian Mutu Barang/Jasa.** Untuk masing-masing jenis pelayanan dasar, pemda kabupaten/kota memperkirakan jumlah kebutuhan barang/jasa seperti yang tercantum dalam Tabel 2.5.a, 2.5.b, dan 2.5.c. Persentase pencapaian dihitung berdasarkan jumlah aktual barang/jasa yang disediakan dalam satu tahun dibandingkan dengan jumlah kebutuhannya untuk masing-masing jenis barang dan jasa. Pencapaian mutu barang dan jasa merupakan rerata sederhana dari persentase pencapaian seluruh barang/jasa yang disyaratkan untuk masing-masing jenis layanan dasar.
- (3) **Penghitungan Persentase Pencapaian Mutu SDM.** Sama halnya dengan perhitungan pencapaian mutu barang/jasa, pemda kabupaten/kota memperkirakan jumlah kebutuhan SDM seperti yang tercantum dalam Tabel 2.6.a, 2.6.b, dan 2.6.c. Persentase pencapaian dihitung berdasarkan jumlah aktual SDM dalam satu tahun dibandingkan dengan jumlah kebutuhannya untuk masing-masing jenis SDM. Pencapaian mutu SDM merupakan rerata sederhana dari persentase pencapaian seluruh SDM yang disyaratkan untuk masing-masing jenis layanan dasar.

BAB III LANGKAH PENERAPAN DESIGN THINKING DALAM MENDUKUNG CAPAIAN SPM

3.1. EMPHATIZE

3.1.1. Pengertian Emphatize

Empathize merupakan tahap pertama dalam proses *Design Thinking* yang bertujuan untuk membangun pemahaman yang mendalam terhadap kebutuhan, pengalaman, dan tantangan yang dihadapi oleh pengguna atau masyarakat. Tahap ini menekankan pentingnya melihat persoalan dari sudut pandang penerima layanan, bukan semata-mata dari perspektif penyelenggara.

Dengan sikap terbuka, ingin tahu, dan tanpa prasangka, peserta berupaya menggali realitas yang sebenarnya terjadi di lapangan. Proses empathize dilakukan melalui berbagai cara, seperti observasi langsung, wawancara, diskusi, serta pengumpulan cerita dan pengalaman pengguna. Pendekatan ini membantu mengungkap kebutuhan yang sering kali tidak terlihat atau tidak terungkap secara eksplisit. Tidak hanya berfokus pada data kuantitatif, tahap ini juga memberi ruang pada pemahaman aspek emosional, harapan, hambatan, dan motivasi masyarakat dalam menerima layanan.

Melalui pemahaman yang komprehensif tersebut, peserta dapat mengidentifikasi akar masalah secara lebih akurat dan menemukan ruang perbaikan yang relevan. Tahap empathize menjadi pondasi penting bagi tahapan berikutnya, karena kualitas solusi yang dihasilkan sangat bergantung pada kedalaman pemahaman terhadap pengguna. Tanpa empati yang kuat, solusi berisiko tidak tepat sasaran atau tidak menjawab kebutuhan nyata masyarakat.

3.1.2. Penerapan Emphatize dalam SPM

Penerapan tahap *Emphatize* dalam penyusunan Standar Pelayanan Minimal (SPM) merupakan langkah awal yang sangat penting untuk memastikan bahwa standar yang dirumuskan benar-benar berorientasi pada kebutuhan masyarakat sebagai pengguna layanan. Pada tahap ini, penyusun SPM berupaya memahami secara mendalam pengalaman, harapan, keluhan, serta hambatan yang dihadapi masyarakat dalam mengakses pelayanan. Pendekatan yang digunakan tidak hanya bersifat administratif,

tetapi juga humanis, dengan menempatkan masyarakat sebagai pusat perhatian (*user-centered approach*).

Proses *Emphatize* dilakukan melalui berbagai metode, seperti observasi langsung terhadap proses pelayanan, wawancara dengan pengguna layanan, penyebaran kuesioner kepuasan masyarakat, serta analisis data pengaduan dan saran. Selain itu, diskusi kelompok terarah (*focus group discussion*) dapat dilakukan untuk menggali permasalahan yang lebih spesifik. Melalui pendekatan ini, penyusun SPM dapat memahami kesenjangan antara standar pelayanan yang telah ditetapkan dengan realitas yang dialami masyarakat di lapangan.

Sebagai contoh dalam bidang pendidikan, ketika ditemukan kasus anak tidak sekolah, tahap *Emphatize* dilakukan dengan menggali penyebab utama dari perspektif anak dan keluarganya. Hasil wawancara mungkin menunjukkan bahwa anak tidak sekolah karena faktor ekonomi, jarak sekolah yang jauh, kurangnya transportasi, atau karena harus membantu orang tua bekerja. Bahkan bisa ditemukan faktor psikologis seperti rasa tidak percaya diri atau pengalaman perundungan. Dengan memahami akar masalah tersebut, penyusunan SPM pendidikan dapat lebih responsif, misalnya dengan menetapkan standar layanan berupa program bantuan biaya pendidikan, penyediaan sekolah terbuka, layanan pendidikan jarak jauh, atau pendampingan sosial bagi keluarga rentan.

Contoh lainnya dalam bidang kesehatan, khususnya penanganan stunting, tahap *Emphatize* dilakukan dengan memahami kondisi ibu dan anak secara langsung. Tim dapat melakukan kunjungan rumah untuk mengetahui pola asuh, pola makan, kondisi sanitasi, serta akses keluarga terhadap layanan kesehatan. Dari proses tersebut mungkin ditemukan bahwa stunting bukan hanya disebabkan oleh kurangnya asupan gizi, tetapi juga rendahnya pengetahuan orang tua tentang nutrisi, keterbatasan ekonomi, atau minimnya akses air bersih dan fasilitas kesehatan. Pemahaman yang mendalam ini akan membantu penyusun SPM kesehatan menetapkan standar pelayanan yang komprehensif, seperti pemeriksaan rutin ibu hamil, edukasi gizi, pemberian makanan tambahan, pemantauan tumbuh kembang anak, serta intervensi sanitasi lingkungan.

Dengan demikian, penerapan *Emphatize* dalam SPM menjadikan proses penyusunan standar pelayanan lebih berbasis pada realitas sosial masyarakat. Standar yang dihasilkan tidak hanya bersifat normatif dan administratif, tetapi benar-benar menjawab

kebutuhan nyata, sehingga pelayanan publik menjadi lebih tepat sasaran, inklusif, dan berdampak langsung terhadap peningkatan kualitas hidup masyarakat. Secara praktis, tahap ini dapat diperkuat dengan penggunaan alat bantu seperti lembar observasi terstruktur, panduan wawancara mendalam, kuesioner digital (misalnya melalui Google Form), peta empati (*empathy map*), serta customer journey map untuk memetakan pengalaman pengguna dari awal hingga akhir proses layanan. Penggunaan alat bantu tersebut memudahkan pengumpulan data yang sistematis, analisis temuan secara visual, serta perumusan kebutuhan prioritas secara lebih akurat dan terukur.

Berikut ini penggunaan alat bantu dalam tahap empathize;

1. Lembar Observasi Terstruktur

Lembar ini digunakan saat melakukan pengamatan langsung di lokasi pelayanan.

Contoh dalam pendidikan (anak tidak sekolah):

Petugas mencatat kondisi rumah, aktivitas harian anak, jarak ke sekolah, serta interaksi anak dengan lingkungan sekitar. Format observasi dapat memuat kolom:

- 1) Identitas responden
- 2) Kondisi sosial ekonomi
- 3) Hambatan akses pendidikan
- 4) Catatan perilaku atau situasi khusus

Contoh dalam kesehatan (stunting):

Petugas mencatat kondisi sanitasi rumah, ketersediaan air bersih, pola makan anak, serta kepemilikan buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak).

2. Panduan Wawancara Mendalam

Panduan ini berisi daftar pertanyaan terbuka untuk menggali pengalaman dan perasaan responden.

Contoh pertanyaan bidang pendidikan:

- 1) Mengapa anak tidak melanjutkan sekolah?
- 2) Apa kendala terbesar yang dihadapi keluarga?
- 3) Apa harapan orang tua terhadap layanan pendidikan?

Contoh pertanyaan bidang kesehatan (stunting):

- 1) Bagaimana pola makan anak setiap hari?
- 2) Apakah ibu rutin memeriksakan kehamilan/balita ke fasilitas kesehatan?
- 3) Kendala apa yang dihadapi dalam memenuhi kebutuhan gizi anak?

3. Kuesioner Digital (misalnya melalui Google Form)

Digunakan untuk menjangkau responden lebih luas dan mengumpulkan data kuantitatif secara cepat.

Contoh isi kuesioner pendidikan:

- Apakah terdapat anak usia sekolah di rumah Anda yang tidak bersekolah?
- Apa alasan utama? (biaya, jarak, bekerja, lainnya)
- Apakah Anda mengetahui adanya bantuan pendidikan dari pemerintah?

Contoh kuesioner kesehatan:

- Apakah balita rutin ditimbang setiap bulan?
- Apakah keluarga memiliki akses air bersih?
- Apakah pernah menerima penyuluhan gizi?

4. Peta Empati (*Empathy Map*)

Digunakan untuk merangkum hasil observasi dan wawancara dalam empat aspek utama:

- Apa yang dipikirkan dan dirasakan?
- Apa yang dilihat?
- Apa yang didengar?
- Apa yang dikatakan dan dilakukan?

Contoh anak tidak sekolah:

- Berpikir: “Sekolah mahal.”
- Merasa: Minder karena tidak punya seragam.
- Melihat: Teman sebaya bekerja membantu orang tua.
- Mengatakan: Ingin sekolah tetapi tidak ingin membebani orang tua.

5. Customer Journey Map

Digunakan untuk memetakan perjalanan pengguna saat mengakses layanan dari awal hingga akhir.

Contoh layanan pendidikan: Tahapan yang perlu dilakukan

- Mencari informasi sekolah
- Proses pendaftaran
- Pembayaran biaya
- Kehadiran di sekolah

Dari pemetaan ini dapat terlihat titik hambatan (misalnya biaya pendaftaran atau jarak transportasi).

Contoh layanan kesehatan (stunting):

- Ibu hamil mengetahui jadwal posyandu
- Datang ke posyandu
- Penimbangan dan pencatatan
- Konseling gizi

Jika ditemukan bahwa banyak ibu tidak hadir karena jadwal tidak sesuai jam kerja, maka hal tersebut menjadi bahan perbaikan dalam SPM.

3.1.3. Hasil Emphatize

Hasil dari tahap *Emphatize* dalam penyusunan Standar Pelayanan Minimal (SPM) adalah diperolehnya gambaran menyeluruh mengenai kondisi nyata masyarakat sebagai penerima layanan. Data yang terkumpul melalui observasi, wawancara, kuesioner, peta empati, dan pemetaan perjalanan layanan menghasilkan pemahaman yang lebih mendalam tentang kebutuhan, hambatan, serta harapan pengguna layanan. Informasi ini menjadi dasar yang kuat dalam merumuskan standar pelayanan yang lebih relevan dan tepat sasaran.

Dalam bidang pendidikan, hasil *Emphatize* menunjukkan bahwa kasus anak tidak sekolah tidak hanya disebabkan oleh faktor ekonomi, tetapi juga oleh jarak sekolah yang jauh, kurangnya transportasi, kebutuhan membantu orang tua bekerja, serta

rendahnya motivasi akibat pengalaman sosial yang kurang mendukung. Selain itu, ditemukan bahwa sebagian orang tua kurang memahami program bantuan pendidikan yang tersedia. Temuan ini menghasilkan pemetaan masalah yang lebih rinci dan prioritas intervensi yang jelas dalam penyusunan SPM pendidikan.

Dalam bidang kesehatan, khususnya terkait stunting, hasil tahap *Emphasize* mengungkap bahwa permasalahan tidak semata-mata berkaitan dengan kurangnya asupan gizi, tetapi juga dipengaruhi oleh pola asuh, kurangnya edukasi tentang nutrisi, keterbatasan ekonomi, sanitasi yang belum memadai, serta ketidakteraturan kunjungan ke layanan kesehatan. Ditemukan pula bahwa sebagian keluarga belum memahami pentingnya pemantauan tumbuh kembang anak secara rutin. Temuan ini memberikan dasar bagi penyusunan SPM kesehatan yang lebih komprehensif dan terintegrasi.

Secara umum, hasil tahap *Emphasize* meliputi:

1. Teridentifikasinya akar permasalahan utama secara faktual.
2. Tersusunnya daftar kebutuhan prioritas masyarakat.
3. Terpetakannya kelompok rentan yang memerlukan perhatian khusus.
4. Diperolehnya insight sosial dan emosional pengguna layanan.
5. Tersedianya data awal sebagai dasar perumusan *problem statement* pada tahap *Define*.

Dengan adanya hasil tersebut, penyusunan SPM menjadi lebih berbasis bukti (*evidence-based*), responsif terhadap kebutuhan riil masyarakat, serta berorientasi pada peningkatan kualitas pelayanan yang berkeadilan dan inklusif.

3.1.4. Manfaat *Emphasize*

Penerapan tahap *Emphasize* dalam penyusunan Standar Pelayanan Minimal (SPM) memberikan berbagai manfaat strategis dalam meningkatkan kualitas pelayanan publik. Tahap ini memastikan bahwa standar yang dirumuskan benar-benar berpijak pada kebutuhan nyata masyarakat, bukan sekadar pada asumsi atau pendekatan administratif.

Pertama, *Emphasize* membantu menghasilkan kebijakan yang lebih tepat sasaran karena didasarkan pada data dan pengalaman langsung pengguna layanan. Dalam kasus pendidikan, misalnya, pemahaman mendalam tentang penyebab anak tidak sekolah

memungkinkan pemerintah menetapkan standar layanan yang mencakup bantuan biaya, akses transportasi, atau pendampingan keluarga.

Kedua, dalam bidang kesehatan seperti penanganan stunting, tahap ini membantu mengidentifikasi faktor penyebab yang kompleks dan saling berkaitan, sehingga SPM dapat dirancang secara lebih komprehensif, mencakup edukasi gizi, pemantauan tumbuh kembang, hingga perbaikan sanitasi. Dengan demikian, intervensi yang dilakukan menjadi lebih efektif dan berkelanjutan.

Ketiga, tahap *Emphasize* meningkatkan partisipasi dan kepercayaan masyarakat terhadap layanan publik. Ketika masyarakat merasa didengar dan dilibatkan dalam proses penyusunan standar pelayanan, akan tumbuh rasa memiliki (*sense of ownership*) serta dukungan terhadap implementasi kebijakan.

Keempat, manfaat lainnya adalah terciptanya pelayanan yang lebih inklusif dan berkeadilan. Melalui pemetaan kelompok rentan dan kebutuhan khusus, SPM dapat dirancang agar tidak diskriminatif serta mampu menjangkau seluruh lapisan masyarakat.

Secara keseluruhan, tahap *Emphasize* memberikan manfaat berupa meningkatnya efektivitas program, ketepatan perumusan standar, efisiensi penggunaan sumber daya, serta terwujudnya pelayanan publik yang responsif, humanis, dan berorientasi pada peningkatan kesejahteraan masyarakat.

3.2. DEFINE

3.2.1. Pengertian Define

Define merupakan tahap kedua dalam proses *Design Thinking* setelah tahap *Emphasize*. Pada tahap ini dilakukan proses analisis dan sintesis terhadap seluruh data serta temuan yang telah dikumpulkan sebelumnya untuk merumuskan inti permasalahan secara jelas, terfokus, dan berbasis kebutuhan pengguna. Jika pada tahap *Emphasize* penekanan berada pada pemahaman yang mendalam terhadap pengalaman masyarakat, maka pada tahap *Define* fokusnya adalah memperjelas “masalah apa yang sebenarnya harus diselesaikan.”

Tahap ini bertujuan untuk menyusun *problem statement* yang spesifik, terarah, dan berorientasi pada pengguna (*user-centered*). Rumusan masalah tidak dibuat secara umum atau terlalu luas, melainkan dipersempit pada isu prioritas yang memiliki dampak signifikan terhadap kualitas pelayanan. Dengan demikian, penyusunan Standar Pelayanan Minimal (SPM) memiliki fokus yang jelas dan tidak melebar ke berbagai persoalan yang kurang mendesak.

Tahap *Define* menjadi jembatan penting antara pemahaman masalah dan pencarian solusi. Kualitas rumusan masalah pada tahap ini akan sangat menentukan ketepatan solusi yang dihasilkan pada tahap berikutnya.

3.2.2. Penerapan Define dalam SPM

Penerapan tahap *Define* dalam penyusunan SPM dilakukan melalui beberapa langkah sistematis, antara lain:

1. Mengelompokkan data hasil observasi, wawancara, dan kuesioner.
2. Mengidentifikasi pola masalah yang paling sering muncul.
3. Menentukan akar penyebab utama permasalahan.
4. Menetapkan prioritas isu yang akan ditangani.
5. Menyusun *problem statement* secara jelas dan terukur.

Dalam bidang pendidikan, berdasarkan hasil *Emphasize* ditemukan bahwa anak tidak sekolah disebabkan oleh kombinasi faktor ekonomi, jarak sekolah, dan kurangnya pemahaman orang tua terhadap program bantuan. Pada tahap *Define*, data tersebut dianalisis untuk menentukan fokus utama. Misalnya dirumuskan:

“Anak usia sekolah dari keluarga berpenghasilan rendah membutuhkan akses pendidikan yang terjangkau dan mudah dijangkau karena keterbatasan biaya dan transportasi.” Rumusan ini kemudian menjadi dasar dalam menetapkan standar pelayanan pendidikan yang menekankan aspek keterjangkauan dan aksesibilitas.

Dalam bidang **kesehatan**, khususnya terkait stunting, hasil analisis menunjukkan bahwa penyebab dominan adalah rendahnya pemahaman gizi dan tidak rutinnya pemantauan tumbuh kembang anak. Maka pada tahap *Define* dapat dirumuskan:

“Keluarga dengan balita membutuhkan pendampingan gizi dan pemantauan kesehatan yang rutin karena kurangnya edukasi dan akses layanan yang berkelanjutan.” Rumusan tersebut memperjelas arah intervensi dalam penyusunan SPM kesehatan

A. Praktik Tahap DEFINE dalam Penyusunan SPM

Tahap *Define* tidak berhenti pada analisis teoritis, tetapi dilakukan melalui langkah kerja yang konkret dan sistematis sebagai berikut:

1. Mengelompokkan Data Hasil Observasi, Wawancara, dan Kuesioner

Secara praktik, tim mengumpulkan seluruh data lapangan kemudian menyusunnya dalam tabel atau matriks analisis. **Langkah teknis:**

- 1) Menyalin semua hasil wawancara dalam bentuk ringkasan.
- 2) Mengelompokkan jawaban yang serupa dalam kategori tertentu.
- 3) Memberi kode pada setiap jenis masalah (misalnya: EK = ekonomi, JR = jarak, ED = edukasi, SN = sanitasi).

Contoh pendidikan (anak tidak sekolah):

- 1) 60% responden menyebut alasan ekonomi.
- 2) 25% menyebut jarak sekolah.
- 3) 15% menyebut kurangnya motivasi.

Data ini kemudian dikelompokkan menjadi tiga kategori besar: ekonomi, akses, dan faktor psikososial.

Contoh kesehatan (stunting):

1. Pola makan kurang beragam.
2. Tidak rutin datang ke posyandu.
3. Sanitasi kurang memadai.

Semua data dikelompokkan ke dalam kategori: gizi, perilaku kunjungan, dan lingkungan.

2. Mengidentifikasi Pola Masalah yang Paling Sering Muncul

Setelah data dikelompokkan, tim menganalisis frekuensi dan kecenderungan masalah.

Langkah teknis:

- Menghitung jumlah kemunculan setiap kategori masalah.
- Menentukan masalah dominan berdasarkan persentase atau dampaknya.
- Membandingkan antar wilayah/kelompok sasaran jika diperlukan.

3. Menentukan Akar Penyebab Utama Permasalahan

Tim kemudian menggunakan teknik analisis seperti:

1. **Metode 5 Why (mengapa berulang kali)**
2. Diagram sebab-akibat (fishbone)
3. Diskusi tim terfokus

4. Menetapkan Prioritas Isu yang Akan Ditangani

Tidak semua masalah dapat ditangani sekaligus. Maka dilakukan penentuan prioritas berdasarkan:

1. Tingkat urgensi
2. Dampak terhadap masyarakat
3. Ketersediaan sumber daya
4. Kewenangan dalam SPM

Contoh:

Jika faktor ekonomi paling dominan dalam kasus anak tidak sekolah, maka prioritas SPM difokuskan pada akses dan keterjangkauan pendidikan terlebih dahulu.

Dalam kasus stunting, jika edukasi gizi menjadi penyebab utama, maka prioritas adalah penguatan penyuluhan dan pemantauan rutin.

5. Menyusun Problem Statement Secara Jelas dan Terukur

Tahap akhir adalah merumuskan masalah dalam kalimat yang:

- 1) Berorientasi pada pengguna
- 2) Spesifik
- 3) Tidak terlalu luas
- 4) Membuka ruang solusi

Format umum:

[Kelompok sasaran] membutuhkan [kebutuhan utama] karena [akar penyebab].

Contoh pendidikan:

“Anak usia sekolah dari keluarga berpenghasilan rendah membutuhkan akses pendidikan yang terjangkau dan mudah dijangkau karena keterbatasan biaya dan transportasi.”

Contoh kesehatan:

“Keluarga dengan balita membutuhkan pendampingan gizi dan pemantauan kesehatan yang rutin karena rendahnya pemahaman tentang nutrisi dan tumbuh kembang anak.”

Secara sederhana, praktik *Define* dalam SPM dapat diringkas menjadi: *Mengubah data lapangan → menjadi pola masalah → menemukan akar penyebab → menentukan prioritas → merumuskan masalah secara fokus dan terarah.*

Dengan praktik yang sistematis ini, penyusunan SPM menjadi lebih tajam, terukur, dan berbasis bukti, sehingga solusi pada tahap berikutnya benar-benar menjawab permasalahan inti masyarakat.

3.2.3. Hasil Define

Hasil dari tahap *Define* dalam penyusunan SPM adalah terumuskannya masalah inti secara terfokus dan berbasis bukti. Hasil tersebut meliputi:

1. Tersusunnya *problem statement* yang jelas dan spesifik.
2. Ditetapkannya prioritas permasalahan yang akan ditangani dalam SPM.

3. Teridentifikasinya kebutuhan utama masyarakat secara terarah.
4. Ditentukannya batasan ruang lingkup intervensi pelayanan.
5. Tersedianya dasar penyusunan indikator dan standar mutu pelayanan.

Dalam konteks pendidikan, hasil *Define* dapat berupa penetapan bahwa fokus utama SPM adalah peningkatan akses dan keterjangkauan pendidikan bagi keluarga miskin. Dalam konteks kesehatan, hasilnya dapat berupa prioritas pada penguatan layanan pemantauan gizi dan edukasi keluarga secara berkala. Dengan adanya hasil yang terstruktur ini, proses perencanaan menjadi lebih sistematis dan tidak tumpang tindih.

3.2.4. Manfaat Define

Penerapan tahap *Define* dalam penyusunan SPM memberikan berbagai manfaat strategis, antara lain:

1. memperjelas arah kebijakan dan fokus pelayanan sehingga sumber daya dapat digunakan secara lebih efektif.
2. meningkatkan ketepatan sasaran program karena masalah telah dirumuskan secara spesifik dan berbasis data.
3. membantu penyusunan indikator kinerja yang lebih realistis, terukur, dan dapat dievaluasi.
4. mengurangi risiko kesalahan dalam merancang solusi karena intervensi didasarkan pada akar permasalahan, bukan pada gejala semata.
5. memperkuat integrasi antarprogram, khususnya dalam kasus yang bersifat multidimensi seperti anak tidak sekolah dan stunting, yang memerlukan kolaborasi lintas sektor.

Secara keseluruhan, tahap *Define* memastikan bahwa Standar Pelayanan Minimal disusun dengan fokus yang jelas, berbasis bukti, dan berorientasi pada penyelesaian masalah inti masyarakat. Tahap ini menjadi fondasi penting sebelum memasuki tahap berikutnya, yaitu *Ideate*, dalam merancang alternatif solusi yang inovatif dan aplikatif.

3.3. IDEATE

3.3.1. Pengertian Ideate

Ideate merupakan tahap ketiga dalam proses *Design Thinking* setelah tahap *Define*. Pada tahap ini, tim mulai menghasilkan berbagai alternatif solusi berdasarkan rumusan masalah yang telah ditetapkan sebelumnya. Jika pada tahap *Define* fokusnya adalah memperjelas masalah inti, maka pada tahap *Ideate* fokusnya adalah memperluas kemungkinan solusi secara kreatif dan terbuka.

Tahap ini menekankan pada proses berpikir divergen, yaitu menghasilkan sebanyak mungkin ide tanpa langsung menilai atau menyaringnya. Tujuannya adalah menemukan solusi inovatif yang relevan, realistis, dan mampu menjawab kebutuhan masyarakat sesuai dengan prioritas dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM).

Secara konseptual, tahap *Ideate* merupakan ruang eksplorasi gagasan yang mendorong tim untuk keluar dari pola pikir konvensional dan rutinitas birokratis. Pada tahap ini, tidak ada ide yang langsung dianggap salah atau tidak mungkin, karena setiap gagasan memiliki potensi untuk dikembangkan atau dikombinasikan dengan ide lainnya. Pendekatan ini bertujuan untuk memperkaya pilihan solusi sebelum dilakukan proses seleksi dan penyempurnaan.

Dalam konteks penyusunan SPM, tahap *Ideate* sangat penting untuk mencegah lahirnya kebijakan yang monoton atau sekadar mengulang pola lama. Dengan membuka ruang kreativitas dan kolaborasi, tim dapat merancang standar pelayanan yang lebih adaptif terhadap perubahan sosial, perkembangan teknologi, serta dinamika kebutuhan masyarakat. Ide yang dihasilkan pada tahap ini dapat berupa inovasi program, perbaikan prosedur layanan, pemanfaatan teknologi digital, hingga model kolaborasi lintas sektor.

Dengan demikian, tahap *Ideate* bukan sekadar proses mencari solusi, tetapi juga proses membangun budaya inovatif dalam penyelenggaraan pelayanan publik. Kualitas dan keberagaman ide yang dihasilkan akan sangat menentukan efektivitas tahap selanjutnya, yaitu *Prototype* dan *Test*, dalam menghasilkan Standar Pelayanan Minimal yang benar-benar solutif dan berkelanjutan.

3.3.2. Penerapan Ideate dalam SPM

Penerapan tahap *Ideate* dalam penyusunan SPM dilakukan melalui proses curah gagasan (*brainstorming*) dan pengembangan alternatif solusi berdasarkan *problem statement* yang telah dirumuskan.

Langkah-langkah yang dilakukan:

1. Mengumpulkan tim lintas sektor (pendidikan, kesehatan, sosial, dll.).
2. Melakukan sesi brainstorming tanpa mengkritik ide.
3. Menuliskan semua ide di papan tulis atau kertas kerja.
4. Mengelompokkan ide yang serupa.
5. Menilai kelayakan berdasarkan dampak dan sumber daya.

Contoh Bidang Pendidikan (Anak Tidak Sekolah)

Problem Statement:

“Anak usia sekolah dari keluarga berpenghasilan rendah membutuhkan akses pendidikan yang terjangkau dan mudah dijangkau.”

Proses Ideate menghasilkan berbagai alternatif solusi:

1. Program bantuan biaya pendidikan.
2. Penyediaan transportasi sekolah gratis.
3. Sekolah terbuka atau kelas sore.
4. Pembelajaran daring berbasis komunitas.
5. Pendampingan keluarga oleh pekerja sosial.
6. Program beasiswa berbasis desa.

Pada tahap ini, seluruh ide dihimpun tanpa langsung diseleksi atau dinilai kelayakannya. Tim mendorong setiap peserta untuk memberikan gagasan berdasarkan perspektif masing-masing, baik dari unsur pendidikan, sosial, pemerintahan desa, maupun masyarakat. Proses ini biasanya dilakukan melalui sesi *brainstorming* terstruktur, di mana setiap ide dituliskan secara terbuka agar dapat dilihat dan dikembangkan bersama.

Setelah semua ide terkumpul, dilakukan pengelompokan berdasarkan jenis intervensi, misalnya intervensi pembiayaan, aksesibilitas, metode pembelajaran, dan pendampingan sosial. Tahap berikutnya adalah menganalisis setiap ide berdasarkan kriteria tertentu, seperti tingkat urgensi, dampak terhadap penurunan angka anak tidak sekolah, ketersediaan anggaran, serta kesesuaian dengan kewenangan dalam SPM.

Melalui proses tersebut, tim tidak hanya memilih satu solusi tunggal, tetapi dapat mengombinasikan beberapa ide menjadi paket intervensi yang lebih komprehensif. Misalnya, bantuan biaya pendidikan dikombinasikan dengan pendampingan keluarga dan penyediaan transportasi bagi wilayah terpencil. Dengan pendekatan ini, solusi yang dihasilkan tidak bersifat parsial, melainkan mampu menjawab berbagai aspek permasalahan secara terpadu.

Dengan demikian, tahap *Ideate* dalam konteks pendidikan memastikan bahwa SPM yang disusun tidak hanya berfokus pada satu dimensi masalah, tetapi mempertimbangkan berbagai alternatif solusi yang realistis, kolaboratif, dan berdampak langsung terhadap peningkatan akses pendidikan bagi anak-anak dari keluarga kurang mampu.

Contoh Bidang Kesehatan (Stunting)

Problem Statement:

“Keluarga dengan balita membutuhkan pendampingan gizi dan pemantauan kesehatan yang rutin.”

Ide-ide yang muncul:

1. Kelas edukasi gizi bulanan untuk ibu balita.
2. Kunjungan rumah oleh kader kesehatan.
3. Aplikasi pemantauan tumbuh kembang anak.
4. Pemberian makanan tambahan lokal bergizi.
5. Program dapur sehat desa.
6. Penjadwalan posyandu di luar jam kerja.

Pada tahap *Ideate*, seluruh gagasan tersebut dihimpun melalui diskusi tim lintas sektor yang melibatkan tenaga kesehatan, kader posyandu, perangkat desa, serta unsur

pemberdayaan masyarakat. Setiap peserta didorong untuk menyampaikan ide berdasarkan pengalaman lapangan, tanpa langsung mempertimbangkan keterbatasan anggaran atau regulasi. Tujuannya adalah memperluas kemungkinan solusi sebelum dilakukan proses seleksi.

Setelah ide terkumpul, tim melakukan pengelompokan berdasarkan jenis intervensi, seperti intervensi edukatif (kelas gizi), intervensi preventif (pemantauan rutin), intervensi kuratif (pemberian makanan tambahan), serta intervensi berbasis sistem (aplikasi pemantauan dan penyesuaian jadwal layanan). Proses ini membantu melihat bahwa penanganan stunting tidak cukup dilakukan melalui satu pendekatan saja, melainkan memerlukan kombinasi strategi yang saling melengkapi.

Selanjutnya, setiap ide dianalisis berdasarkan kriteria dampak, kemudahan implementasi, ketersediaan sumber daya, serta kesesuaian dengan kewenangan dalam SPM kesehatan. Misalnya, jika rendahnya kehadiran ibu balita ke posyandu menjadi masalah utama, maka penyesuaian jadwal layanan dan kunjungan rumah dapat menjadi prioritas. Jika kurangnya pemahaman gizi menjadi faktor dominan, maka kelas edukasi dan pendampingan intensif menjadi fokus utama.

Melalui proses ini, solusi yang dipilih bukan hanya yang paling mudah dilaksanakan, tetapi yang paling berpotensi memberikan dampak signifikan terhadap penurunan angka stunting. Dengan demikian, tahap *Ideate* dalam bidang kesehatan menghasilkan rancangan intervensi yang lebih komprehensif, terintegrasi, dan responsif terhadap kebutuhan nyata keluarga dengan balita.

3.3.3. Hasil Ideate

Hasil dari tahap *Ideate* dalam penyusunan Standar Pelayanan Minimal (SPM) meliputi:

1. Terkumpulnya berbagai alternatif solusi inovatif.
2. Tersusunnya daftar solusi prioritas.
3. Terpilihnya intervensi yang paling realistis dan berdampak.
4. Terbentuknya rancangan awal program atau standar layanan baru.

5. Tersedianya opsi solusi untuk diuji pada tahap berikutnya (*Prototype*).

Secara naratif, tahap *Ideate* menghasilkan peta solusi yang lebih kaya dan terstruktur dibandingkan sekadar satu pilihan kebijakan. Jika sebelumnya masalah telah dirumuskan secara jelas pada tahap *Define*, maka pada tahap ini organisasi memiliki berbagai alternatif tindakan yang dapat dipertimbangkan. Hasilnya bukan hanya daftar ide, tetapi juga kerangka solusi yang telah dikelompokkan, dianalisis, dan diselaraskan dengan prioritas kebutuhan masyarakat serta kapasitas penyelenggara layanan.

Dalam bidang pendidikan, hasil tahap *Ideate* dapat berupa rancangan awal program peningkatan akses sekolah yang mencakup kombinasi bantuan biaya, penyediaan transportasi, serta pendampingan keluarga rentan. Artinya, solusi tidak lagi berdiri sendiri, melainkan dirancang sebagai paket intervensi yang saling mendukung untuk menurunkan angka anak tidak sekolah secara signifikan.

Sementara itu, dalam bidang kesehatan, khususnya penanganan stunting, hasil *Ideate* dapat berupa model intervensi gizi terpadu berbasis komunitas. Model tersebut dapat mencakup edukasi gizi berkala, pemantauan tumbuh kembang rutin, kunjungan rumah oleh kader kesehatan, serta penguatan sanitasi lingkungan. Dengan demikian, solusi yang dihasilkan tidak parsial, tetapi menyentuh berbagai aspek penyebab stunting secara menyeluruh.

Lebih jauh, hasil tahap *Ideate* juga memperkuat arah kebijakan karena setiap solusi telah melalui proses pertimbangan dampak, kelayakan, serta kesesuaian dengan kewenangan dalam SPM. Hal ini membuat tahap selanjutnya, yaitu *Prototype*, dapat dilakukan dengan lebih fokus dan terarah. Dengan kata lain, tahap *Ideate* menghasilkan fondasi konseptual yang kuat untuk pengembangan dan pengujian program secara nyata, sehingga SPM yang disusun benar-benar aplikatif dan berdaya guna bagi masyarakat.

3.3.4. Manfaat Ideate

Tahap *Ideate* memberikan beberapa manfaat penting dalam penyusunan Standar Pelayanan Minimal (SPM), yaitu:

1. Mendorong kreativitas dan inovasi dalam pelayanan publik.
2. Membuka ruang kolaborasi lintas sektor.
3. Menghasilkan solusi yang tidak monoton atau sekadar formalitas.
4. Memungkinkan perbandingan berbagai alternatif sebelum diputuskan.
5. Meningkatkan peluang terciptanya standar pelayanan yang lebih efektif dan adaptif.

Secara lebih mendalam, manfaat tahap *Ideate* sangat berkaitan erat dengan proses sebelumnya, yaitu *Emphasize* dan *Define*. Setelah kebutuhan masyarakat dipahami secara komprehensif dan masalah inti dirumuskan secara jelas, tahap *Ideate* menjadi ruang strategis untuk menerjemahkan pemahaman tersebut ke dalam berbagai kemungkinan solusi. Dengan demikian, solusi yang dihasilkan bukan lahir dari asumsi atau kebiasaan lama, tetapi benar-benar berasal dari analisis kebutuhan dan prioritas yang telah ditetapkan.

Dalam konteks pendidikan, misalnya terkait anak tidak sekolah, tahap *Ideate* memungkinkan munculnya berbagai alternatif yang lebih variatif dibandingkan hanya sekadar bantuan biaya. Solusi dapat mencakup pendekatan sosial, teknologi, maupun kolaborasi komunitas. Hal ini memberikan fleksibilitas bagi penyusun SPM untuk memilih atau mengombinasikan solusi yang paling sesuai dengan kondisi daerah.

Dalam konteks kesehatan, khususnya penanganan stunting, tahap ini membuka peluang integrasi lintas sektor antara kesehatan, pemberdayaan masyarakat, dan sanitasi lingkungan. Dengan menghasilkan beberapa opsi intervensi, penyusun SPM dapat mempertimbangkan dampak jangka pendek dan jangka panjang sebelum menetapkan standar layanan yang final.

Selain itu, tahap *Ideate* juga memperkuat budaya partisipatif dalam organisasi. Melalui diskusi terbuka dan *brainstorming*, setiap pemangku kepentingan memiliki

ruang untuk menyampaikan gagasan. Hal ini tidak hanya memperkaya solusi, tetapi juga meningkatkan komitmen bersama terhadap implementasi standar pelayanan yang telah disepakati.

Secara keseluruhan, tahap *Ideate* memastikan bahwa Standar Pelayanan Minimal tidak berhenti pada identifikasi masalah, melainkan berkembang menjadi seperangkat alternatif solusi yang inovatif, aplikatif, dan kontekstual. Tahap ini menjadi jembatan penting menuju tahap berikutnya, yaitu *Prototype*, di mana ide-ide terpilih mulai dirancang secara lebih konkret dan diuji untuk melihat efektivitasnya sebelum diimplementasikan secara luas.

3.4. PROTOTYPE

3.4.1. Pengertian Prototype

Prototype merupakan tahap keempat dalam proses *Design Thinking* setelah tahap *Ideate*. Pada tahap ini, ide-ide terbaik yang telah dipilih tidak lagi berhenti pada konsep, tetapi mulai diwujudkan dalam bentuk nyata, meskipun masih dalam skala terbatas atau sederhana. Jika pada tahap *Ideate* fokusnya adalah menghasilkan sebanyak mungkin alternatif solusi, maka pada tahap *Prototype* fokusnya adalah membuat representasi konkret dari solusi tersebut agar dapat diuji dan dievaluasi.

Secara konseptual, *Prototype* adalah proses menerjemahkan gagasan menjadi model awal (model uji coba). Bentuknya tidak harus sempurna atau langsung berskala besar. Prototipe bisa berupa simulasi layanan, rancangan alur prosedur baru, contoh formulir, aplikasi sederhana, modul pendampingan, atau program percontohan di satu wilayah tertentu. Tujuan utamanya adalah melihat bagaimana solusi tersebut bekerja dalam praktik sebelum diterapkan secara luas dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM).

Tahap ini menekankan pada prinsip “belajar melalui tindakan”. Artinya, organisasi tidak menunggu hingga semua terlihat sempurna, tetapi mulai menguji dalam skala kecil untuk memperoleh pembelajaran nyata. Dari proses tersebut akan terlihat

kekuatan, kelemahan, hambatan teknis, serta respons masyarakat terhadap solusi yang dirancang.

Dalam konteks penyusunan SPM, tahap *Prototype* sangat penting untuk memastikan bahwa standar pelayanan yang dirumuskan benar-benar operasional dan tidak hanya normatif. Banyak kebijakan gagal karena tidak pernah diuji dalam kondisi riil sebelum ditetapkan. Dengan adanya prototipe, risiko kesalahan dapat diminimalkan, dan perbaikan dapat dilakukan sejak awal.

Sebagai contoh dalam bidang pendidikan (anak tidak sekolah), jika pada tahap *Ideate* dipilih solusi kombinasi bantuan biaya dan pendampingan keluarga, maka pada tahap *Prototype* dapat dilakukan uji coba program di satu desa atau kecamatan tertentu. Dibuat mekanisme pendataan, alur pemberian bantuan, serta jadwal pendampingan oleh petugas sosial. Dari uji coba tersebut dapat dilihat apakah anak benar-benar kembali bersekolah, apakah prosedurnya mudah dipahami, dan apakah ada kendala administratif.

Dalam bidang kesehatan (stunting), jika solusi yang dipilih adalah kelas gizi dan kunjungan rumah kader, maka prototipe dapat berupa pelaksanaan program selama tiga bulan di wilayah dengan angka stunting tinggi. Disusun modul sederhana, jadwal kunjungan, serta format pemantauan tumbuh kembang. Hasil pelaksanaan tersebut kemudian dianalisis untuk melihat efektivitasnya sebelum dijadikan standar layanan tetap.

Dengan demikian, tahap *Prototype* bukan sekadar uji coba teknis, tetapi proses pembelajaran strategis yang menjembatani ide dan implementasi kebijakan. Tahap ini memastikan bahwa Standar Pelayanan Minimal yang dihasilkan benar-benar aplikatif, realistis, dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

3.4.2. Penerapan Prototype

Tahap *Prototype* merupakan fase di mana ide-ide yang telah dipilih pada tahap *Ideate* mulai diwujudkan dalam bentuk nyata untuk diuji coba. Jika pada tahap sebelumnya solusi masih berupa gagasan konseptual, maka pada tahap ini solusi tersebut diterjemahkan menjadi model awal yang dapat dilihat, dijalankan, dan dievaluasi secara

langsung. Dalam konteks penyusunan Standar Pelayanan Minimal (SPM), *Prototype* menjadi jembatan antara perencanaan dan implementasi.

Secara naratif, *Prototype* adalah proses pembelajaran melalui praktik. Organisasi tidak menunggu hingga kebijakan sempurna untuk diterapkan secara luas, tetapi memulai dengan uji coba dalam skala kecil dan terkendali. Tujuannya adalah untuk mengidentifikasi potensi kendala, menilai efektivitas solusi, serta memahami respons masyarakat sebagai penerima layanan. Dari sini akan diperoleh umpan balik yang sangat berharga untuk penyempurnaan sebelum standar ditetapkan secara permanen.

Dalam pelaksanaannya, prototipe dapat berbentuk simulasi prosedur pelayanan, program percontohan di satu wilayah, penyusunan modul layanan, atau penerapan sistem baru secara terbatas. Bentuknya tidak harus kompleks, yang terpenting adalah mampu menggambarkan bagaimana solusi tersebut bekerja dalam kondisi nyata. Dengan pendekatan ini, risiko kegagalan kebijakan dapat ditekan karena perbaikan dilakukan sejak tahap awal.

Sebagai contoh dalam bidang pendidikan terkait anak tidak sekolah, jika solusi yang dipilih adalah program bantuan biaya dan pendampingan keluarga, maka tahap *Prototype* dapat dilakukan melalui uji coba di satu desa. Dibuat mekanisme pendataan anak putus sekolah, prosedur penyaluran bantuan, serta jadwal kunjungan pendamping sosial. Selama masa uji coba, dievaluasi apakah anak kembali bersekolah, apakah prosedur mudah dipahami orang tua, dan apakah ada hambatan administratif. Hasil evaluasi tersebut menjadi dasar penyempurnaan desain layanan sebelum dimasukkan dalam SPM secara resmi.

Dalam bidang kesehatan, khususnya penanganan stunting, prototipe dapat berupa pelaksanaan kelas edukasi gizi dan kunjungan rumah kader kesehatan selama periode tertentu di wilayah dengan angka stunting tinggi. Disusun format pemantauan pertumbuhan anak, jadwal kunjungan rutin, serta materi edukasi yang sederhana. Selama pelaksanaan, dicermati tingkat partisipasi ibu balita, perubahan pola pemberian makanan, serta perkembangan berat dan tinggi badan anak. Temuan dari proses ini akan menunjukkan apakah intervensi efektif atau perlu penyesuaian metode.

Tahap *Prototype* juga memperkuat koordinasi lintas sektor karena pelaksanaan uji coba memerlukan kerja sama yang nyata, bukan sekadar diskusi perencanaan. Pada fase ini

terlihat dengan jelas pembagian peran, kebutuhan sumber daya, serta kesiapan sistem pendukung. Hal tersebut membantu organisasi memastikan bahwa SPM yang dirumuskan benar-benar realistis dan sesuai dengan kapasitas daerah.

Tahap *Prototype* merupakan fase di mana ide-ide yang telah dipilih pada tahap *Ideate* diwujudkan dalam bentuk nyata untuk diuji coba secara terbatas. Pada tahap ini, solusi tidak lagi sebatas konsep atau rencana tertulis, tetapi mulai diterapkan dalam skala kecil agar dapat diamati efektivitasnya. Dalam penyusunan Standar Pelayanan Minimal (SPM), *Prototype* berfungsi sebagai tahap percobaan sebelum kebijakan diberlakukan secara luas.

Secara naratif, *Prototype* adalah proses “menguji sebelum menetapkan”. Organisasi mulai menjalankan rancangan program dalam kondisi nyata untuk melihat bagaimana prosedur berjalan, bagaimana respons masyarakat, serta kendala apa saja yang muncul di lapangan. Melalui proses ini, penyempurnaan dapat dilakukan berdasarkan pengalaman langsung, bukan sekadar asumsi.

Sebagai contoh dalam bidang pendidikan terkait anak tidak sekolah, jika pada tahap *Ideate* dipilih solusi berupa bantuan biaya pendidikan dan pendampingan keluarga, maka penerapan prototipe dapat dilakukan di satu desa dengan angka putus sekolah tinggi. Langkah praktisnya meliputi:

1. Melakukan pendataan ulang anak yang tidak sekolah.
2. Menyusun alur penyaluran bantuan yang sederhana dan transparan.
3. Menugaskan pendamping sosial untuk melakukan kunjungan rumah dua kali dalam sebulan.
4. Membuat format monitoring kehadiran sekolah.

Program ini dijalankan selama tiga bulan sebagai uji coba. Dari pelaksanaan tersebut dapat diketahui apakah bantuan benar-benar mengurangi angka putus sekolah, apakah orang tua kooperatif, serta apakah mekanisme administrasi terlalu rumit atau sudah efektif. Jika ditemukan hambatan, misalnya keterlambatan pencairan bantuan, maka sistem dapat diperbaiki sebelum dijadikan standar tetap dalam SPM.

Dalam bidang kesehatan, khususnya penanganan stunting, prototipe dapat berupa pelaksanaan kelas edukasi gizi dan kunjungan rumah kader kesehatan di satu wilayah prioritas. Contoh penerapannya meliputi:

1. Menyusun modul sederhana tentang gizi seimbang berbasis bahan pangan lokal.
2. Menetapkan jadwal kelas gizi bulanan di posyandu.
3. Melakukan kunjungan rumah bagi balita dengan risiko stunting.
4. Menggunakan kartu pemantauan pertumbuhan untuk mencatat berat dan tinggi badan setiap bulan.

Program uji coba ini dilaksanakan selama periode tertentu, misalnya tiga hingga enam bulan. Selama pelaksanaan, dilakukan evaluasi terhadap tingkat kehadiran ibu balita, perubahan pola makan anak, serta perkembangan indikator pertumbuhan. Jika ditemukan bahwa jadwal posyandu kurang sesuai dengan waktu kerja orang tua, maka jadwal dapat disesuaikan sebelum program diadopsi sebagai bagian dari SPM.

Melalui contoh-contoh tersebut, terlihat bahwa tahap *Prototype* bukan sekadar simulasi, tetapi implementasi nyata dalam skala terbatas yang terkontrol. Tahap ini memungkinkan organisasi belajar dari pengalaman langsung, mengidentifikasi kekurangan sejak dini, serta memastikan bahwa standar pelayanan yang ditetapkan benar-benar aplikatif, realistis, dan berdampak bagi masyarakat.

3.4.3. Hasil Prototype

Hasil dari tahap *Prototype* dalam penyusunan Standar Pelayanan Minimal (SPM) adalah diperolehnya gambaran nyata mengenai efektivitas, kelayakan, dan kesiapan suatu solusi sebelum diterapkan secara luas. Jika pada tahap *Ideate* organisasi menghasilkan berbagai alternatif solusi, maka pada tahap *Prototype* terjadi perubahan penting: ide yang bersifat konseptual diuji dalam praktik dan menghasilkan pembelajaran konkret.

Secara naratif, tahap ini menghasilkan validasi awal terhadap solusi yang dirancang. Organisasi dapat mengetahui apakah prosedur yang disusun sudah mudah dipahami, apakah sumber daya yang tersedia mencukupi, serta bagaimana respons masyarakat sebagai penerima layanan. Dari proses ini biasanya muncul temuan berupa kekuatan

program, kelemahan teknis, kebutuhan penyesuaian alur kerja, hingga potensi risiko yang sebelumnya tidak teridentifikasi.

Dalam bidang pendidikan, misalnya pada uji coba program penanganan anak tidak sekolah, hasil *Prototype* dapat berupa data peningkatan kehadiran siswa setelah diberikan bantuan biaya dan pendampingan keluarga. Selain itu, diperoleh informasi mengenai kendala administratif, tingkat partisipasi orang tua, serta efektivitas sistem monitoring. Dari hasil tersebut dapat disimpulkan apakah model intervensi sudah tepat atau perlu penyederhanaan prosedur dan penguatan pendampingan.

Dalam bidang kesehatan, khususnya penanganan stunting, hasil *Prototype* dapat berupa peningkatan kehadiran ibu balita di kelas gizi, perbaikan pola pemberian makanan, serta perubahan indikator pertumbuhan anak dalam periode uji coba. Di sisi lain, mungkin ditemukan tantangan seperti keterbatasan waktu kader atau kurangnya pemahaman awal masyarakat terhadap materi gizi. Temuan-temuan ini menjadi bahan perbaikan sebelum program ditetapkan sebagai standar pelayanan tetap.

Lebih jauh, hasil tahap *Prototype* juga memperlihatkan tingkat kesiapan organisasi dalam mengimplementasikan kebijakan. Terlihat dengan jelas kebutuhan anggaran riil, pembagian peran antartugas, serta efektivitas koordinasi lintas sektor. Hal ini sangat penting agar SPM yang disusun tidak hanya baik secara konsep, tetapi juga realistis dalam pelaksanaan.

Dengan demikian, hasil *Prototype* bukan hanya laporan uji coba, melainkan fondasi penyempurnaan kebijakan. Tahap ini menghasilkan pembelajaran praktis, penyesuaian desain layanan, serta keyakinan bahwa standar yang akan ditetapkan benar-benar teruji, aplikatif, dan berorientasi pada kebutuhan masyarakat.

3.4.4. Manfaat Prototype

Tahap *Prototype* dalam penyusunan Standar Pelayanan Minimal (SPM) memiliki manfaat yang sangat strategis karena menjadi fase pembuktian sebelum suatu kebijakan diterapkan secara luas. Jika pada tahap *Define* masalah telah dirumuskan dengan jelas dan pada tahap *Ideate* berbagai solusi telah dirancang, maka pada tahap *Prototype* manfaat utamanya adalah memastikan bahwa solusi tersebut benar-benar dapat dijalankan secara efektif di lapangan.

Adapun beberapa manfaat utama tahap *Prototype* adalah sebagai berikut:

1. Mengurangi risiko kegagalan kebijakan karena solusi diuji terlebih dahulu.
2. Mengidentifikasi kelemahan teknis dan administratif sejak dini.
3. Memperoleh umpan balik langsung dari masyarakat penerima layanan.
4. Menyesuaikan desain program agar lebih realistis dan operasional.
5. Meningkatkan kesiapan organisasi sebelum implementasi skala penuh.

Secara naratif, manfaat terbesar dari *Prototype* adalah terciptanya proses pembelajaran berbasis pengalaman nyata. Organisasi tidak lagi hanya mengandalkan asumsi atau perencanaan di atas kertas, tetapi memperoleh data faktual dari pelaksanaan uji coba. Hal ini membantu memperjelas apakah prosedur terlalu rumit, apakah sumber daya mencukupi, dan apakah masyarakat dapat menerima serta memahami layanan yang diberikan.

Dalam bidang pendidikan, misalnya pada uji coba program penanganan anak tidak sekolah, manfaat *Prototype* terlihat dari kemampuan pemerintah daerah mengetahui secara langsung efektivitas bantuan biaya dan pendampingan keluarga. Jika ditemukan bahwa kendala utama justru pada proses pendataan, maka sistem pendataan dapat diperbaiki sebelum dijadikan standar tetap. Dengan demikian, kebijakan yang dihasilkan menjadi lebih tepat sasaran dan efisien.

Dalam bidang kesehatan, khususnya penanganan stunting, manfaat *Prototype* tampak dari kemampuan mengevaluasi metode edukasi gizi dan kunjungan rumah kader. Apabila partisipasi ibu balita rendah karena jadwal tidak sesuai, maka jadwal dapat disesuaikan. Jika materi terlalu teknis, maka dapat disederhanakan. Perbaikan-perbaikan ini memastikan bahwa ketika program diadopsi sebagai bagian dari SPM, pelaksanaannya sudah lebih matang dan siap diterapkan secara luas.

Selain itu, tahap *Prototype* juga meningkatkan kepercayaan diri organisasi dan pemangku kepentingan. Karena solusi telah diuji dan diperbaiki, implementasi penuh akan lebih terarah dan minim resistensi. Dengan demikian, manfaat *Prototype* bukan hanya pada aspek teknis, tetapi juga pada peningkatan kualitas kebijakan, efektivitas pelayanan, serta keberlanjutan program dalam jangka panjang.

3.5. TEST

3.5.1. Pengertian Test

Tahap *Test* merupakan fase akhir dalam proses *Design Thinking* setelah melalui tahapan *Emphatize*, *Define*, *Ideate*, dan *Prototype*. Pada tahap ini, solusi yang telah diuji coba dalam bentuk prototipe dievaluasi secara lebih menyeluruh untuk menilai efektivitas, dampak, serta tingkat keberhasilannya sebelum ditetapkan atau diperluas penerapannya.

Secara naratif, tahap *Test* adalah proses pengujian akhir yang bertujuan memastikan bahwa solusi benar-benar menjawab masalah yang telah dirumuskan pada tahap *Define*. Jika pada tahap *Prototype* fokusnya adalah uji coba terbatas dan perbaikan awal, maka pada tahap *Test* evaluasi dilakukan secara lebih sistematis dan berbasis data. Proses ini dapat melibatkan pengukuran indikator kinerja, analisis dampak terhadap masyarakat, serta pengumpulan umpan balik dari berbagai pihak yang terlibat.

Dalam konteks penyusunan Standar Pelayanan Minimal (SPM), tahap *Test* memastikan bahwa standar pelayanan yang akan ditetapkan telah melalui proses pembuktian yang memadai. Evaluasi dilakukan untuk melihat apakah solusi benar-benar efektif, efisien, dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Jika masih ditemukan kekurangan, maka perbaikan dapat dilakukan sebelum kebijakan ditetapkan secara permanen.

Sebagai contoh dalam bidang pendidikan terkait anak tidak sekolah, tahap *Test* dilakukan dengan menganalisis data hasil uji coba program: apakah angka anak kembali bersekolah meningkat secara signifikan, apakah tingkat kehadiran stabil, serta bagaimana tingkat kepuasan orang tua terhadap mekanisme layanan. Jika hasilnya positif dan konsisten, maka model intervensi tersebut dapat diintegrasikan ke dalam SPM secara resmi.

Dalam bidang kesehatan, khususnya penanganan stunting, tahap *Test* dapat dilakukan dengan membandingkan data pertumbuhan balita sebelum dan sesudah intervensi, mengukur tingkat partisipasi keluarga, serta menilai efektivitas sistem pemantauan.

Dari evaluasi tersebut dapat ditentukan apakah program layak diperluas ke wilayah lain atau memerlukan penyesuaian tambahan.

Dengan demikian, tahap *Test* bukan sekadar evaluasi formal, tetapi proses validasi akhir untuk memastikan bahwa solusi yang dirancang benar-benar berdampak dan berkelanjutan. Tahap ini menutup rangkaian *Design Thinking* dengan memastikan bahwa kebijakan yang ditetapkan dalam SPM telah teruji secara konseptual, praktis, dan empiris.

3.5.2. Penerapan Test

Tahap *Test* merupakan proses evaluasi komprehensif terhadap solusi yang telah melalui tahap *Prototype*. Jika pada tahap *Prototype* fokusnya adalah uji coba dan penyempurnaan awal, maka pada tahap *Test* penilaian dilakukan secara lebih sistematis, terstruktur, dan berbasis indikator kinerja yang jelas. Tujuannya adalah memastikan bahwa solusi benar-benar efektif dalam menyelesaikan masalah utama yang telah dirumuskan pada tahap *Define*, serta layak untuk ditetapkan sebagai bagian resmi dari Standar Pelayanan Minimal (SPM).

Secara naratif, tahap *Test* menjadi titik penentu apakah suatu inovasi pelayanan dapat diinstitusionalisasikan atau perlu dilakukan revisi kembali. Pada fase ini, organisasi tidak hanya melihat apakah program berjalan, tetapi menilai sejauh mana dampaknya terhadap perubahan kondisi masyarakat. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan kondisi sebelum intervensi, selama uji coba, dan setelah intervensi berjalan dalam periode tertentu.

Langkah-Langkah Penerapan Tahap Test

Agar pelaksanaan *Test* berjalan efektif, beberapa langkah penting perlu dilakukan:

1. **Menetapkan indikator keberhasilan yang terukur**, baik indikator output (jumlah layanan diberikan) maupun outcome (perubahan kondisi masyarakat).
2. **Mengumpulkan data secara sistematis**, melalui laporan administrasi, survei lapangan, observasi, maupun wawancara.

3. **Menganalisis data secara kuantitatif dan kualitatif**, untuk melihat hubungan antara intervensi dan dampak yang dihasilkan.
4. **Menghimpun umpan balik dari pemangku kepentingan**, termasuk masyarakat penerima manfaat dan petugas pelaksana.
5. **Menyusun rekomendasi kebijakan**, apakah program dilanjutkan, diperbaiki, diperluas, atau dihentikan.

Dengan langkah-langkah tersebut, tahap *Test* memastikan bahwa pengambilan keputusan benar-benar berbasis bukti (*evidence-based policy*), bukan semata-mata persepsi atau tekanan administratif.

Contoh Penerapan di Bidang Pendidikan (Anak Tidak Sekolah)

Setelah prototipe program bantuan biaya pendidikan dan pendampingan keluarga dijalankan di satu wilayah, tahap *Test* dilakukan dengan evaluasi menyeluruh selama enam bulan.

Indikator yang digunakan antara lain:

1. Persentase anak yang kembali bersekolah.
2. Tingkat kehadiran minimal 85% per bulan.
3. Jumlah anak yang bertahan di sekolah hingga akhir semester.
4. Tingkat kepuasan orang tua dan guru terhadap mekanisme program.

Data dikumpulkan dari laporan sekolah, absensi siswa, serta wawancara dengan orang tua dan guru. Hasil evaluasi mungkin menunjukkan bahwa 70% anak kembali bersekolah dan tingkat kehadiran stabil. Namun ditemukan kendala pada proses pencairan bantuan yang memerlukan waktu lama.

Dari hasil tersebut, organisasi dapat menyimpulkan bahwa model intervensi efektif dalam meningkatkan partisipasi sekolah, tetapi perlu perbaikan pada mekanisme administrasi. Dengan demikian, sebelum ditetapkan sebagai bagian dari SPM, sistem penyaluran bantuan disederhanakan agar lebih cepat dan transparan.

Contoh Penerapan di Bidang Kesehatan (Stunting)

Dalam program penanganan stunting, setelah prototipe kelas edukasi gizi dan kunjungan rumah berjalan selama tiga hingga enam bulan, tahap *Test* dilakukan dengan pendekatan evaluasi berbasis data pertumbuhan balita.

Indikator evaluasi meliputi:

1. Perubahan berat dan tinggi badan balita sesuai standar pertumbuhan.
2. Penurunan jumlah balita dengan status gizi kurang.
3. Peningkatan kehadiran ibu balita di posyandu.
4. Perubahan perilaku pemberian makanan di rumah.

Selain pengukuran kuantitatif, dilakukan diskusi kelompok dengan ibu balita untuk menilai sejauh mana materi edukasi dipahami dan diterapkan. Hasil evaluasi dapat menunjukkan adanya peningkatan berat badan rata-rata balita dan kenaikan partisipasi posyandu sebesar 30%. Namun ditemukan bahwa sebagian ibu masih kesulitan memahami istilah teknis dalam modul gizi.

Berdasarkan temuan tersebut, materi edukasi kemudian disederhanakan dengan bahasa yang lebih komunikatif dan contoh berbasis bahan pangan lokal. Setelah revisi, program dinyatakan siap untuk diperluas dan dimasukkan dalam SPM kesehatan.

Dari uraian di atas, terlihat bahwa tahap *Test* bukan sekadar formalitas evaluasi, melainkan proses validasi akhir sebelum kebijakan dilembagakan. Tahap ini memastikan bahwa solusi yang dirancang benar-benar memberikan dampak nyata, efisien secara sumber daya, serta dapat diterima oleh masyarakat.

Dengan adanya tahap *Test*, penyusunan SPM menjadi lebih akuntabel, transparan, dan berbasis hasil. Standar pelayanan yang ditetapkan bukan hanya memenuhi ketentuan administratif, tetapi telah terbukti mampu meningkatkan kualitas layanan publik dan kesejahteraan masyarakat secara berkelanjutan.

3.5.3. Hasil Test

Hasil dari tahap *Test* merupakan kesimpulan akhir atas seluruh rangkaian proses *Design Thinking* dalam penyusunan Standar Pelayanan Minimal (SPM). Pada tahap ini diperoleh kepastian apakah solusi yang telah melalui proses *Emphatize*, *Define*, *Ideate*, dan *Prototype* benar-benar efektif, relevan, serta layak ditetapkan sebagai standar

pelayanan resmi. Dengan kata lain, tahap *Test* menghasilkan keputusan berbasis bukti mengenai keberlanjutan suatu program.

Secara naratif, hasil *Test* menunjukkan tingkat keberhasilan intervensi berdasarkan indikator yang telah ditetapkan sebelumnya. Hasil tersebut dapat berupa peningkatan capaian layanan, perubahan perilaku masyarakat, efisiensi proses pelayanan, maupun peningkatan kepuasan penerima manfaat. Selain itu, tahap ini juga menghasilkan rekomendasi konkret: apakah program diterima tanpa perubahan, diterima dengan revisi, diperluas ke wilayah lain, atau justru perlu dirancang ulang.

Dalam bidang pendidikan, misalnya pada program penanganan anak tidak sekolah, hasil *Test* dapat menunjukkan adanya peningkatan signifikan angka partisipasi sekolah dan stabilnya tingkat kehadiran siswa. Evaluasi juga dapat mengungkap bahwa pendampingan keluarga berperan besar dalam mencegah anak kembali putus sekolah. Namun, mungkin ditemukan perlunya penyederhanaan prosedur administrasi atau peningkatan koordinasi antarinstansi. Hasil ini menjadi dasar penyempurnaan akhir sebelum program ditetapkan sebagai bagian permanen dari SPM pendidikan.

Dalam bidang kesehatan, khususnya penanganan stunting, hasil *Test* dapat berupa data yang menunjukkan perbaikan status gizi balita, peningkatan kehadiran di posyandu, serta perubahan pola pemberian makanan di tingkat keluarga. Di sisi lain, evaluasi mungkin menunjukkan kebutuhan penguatan kapasitas kader atau penyesuaian materi edukasi agar lebih mudah dipahami. Dengan demikian, hasil *Test* tidak hanya mencatat keberhasilan, tetapi juga memberikan arah perbaikan yang terukur.

Lebih jauh, hasil tahap *Test* juga memberikan gambaran kesiapan sistem secara menyeluruh, mulai dari kecukupan sumber daya manusia, mekanisme pendanaan, hingga efektivitas koordinasi lintas sektor. Hal ini sangat penting agar standar pelayanan yang ditetapkan benar-benar realistis dan berkelanjutan dalam jangka panjang.

Dengan demikian, hasil *Test* menjadi fondasi legitimasi kebijakan dalam SPM. Keputusan yang diambil tidak lagi bersifat asuntif, melainkan didasarkan pada data empiris, pengalaman lapangan, dan umpan balik masyarakat. Tahap ini memastikan bahwa standar pelayanan yang ditetapkan benar-benar teruji, berdampak, dan mampu meningkatkan kualitas pelayanan publik secara nyata.

3.5.4. Manfaat Test

Tahap *Test* memiliki peran yang sangat penting dalam memastikan kualitas akhir suatu kebijakan atau program sebelum ditetapkan sebagai bagian dari Standar Pelayanan Minimal (SPM). Jika tahap *Prototype* berfungsi sebagai uji coba awal, maka tahap *Test* memberikan manfaat berupa validasi menyeluruh terhadap efektivitas, efisiensi, dan keberlanjutan solusi yang telah dirancang. Dengan adanya tahap ini, keputusan yang diambil menjadi lebih objektif dan berbasis bukti.

Secara naratif, manfaat utama tahap *Test* adalah memberikan kepastian bahwa solusi benar-benar menjawab masalah yang telah dirumuskan pada tahap *Define*. Evaluasi yang dilakukan memungkinkan organisasi menilai apakah intervensi memberikan dampak nyata terhadap masyarakat atau hanya menghasilkan perubahan administratif semata. Dengan demikian, kebijakan yang dihasilkan tidak sekadar formalitas, tetapi benar-benar berkualitas dan tepat sasaran.

Manfaat lainnya adalah meningkatkan akuntabilitas dan transparansi dalam penyusunan SPM. Karena keputusan didasarkan pada data dan hasil evaluasi, proses penetapan standar pelayanan dapat dipertanggungjawabkan secara profesional. Hal ini juga memperkuat kepercayaan masyarakat terhadap penyelenggara layanan publik, karena kebijakan yang diterapkan telah melalui proses pengujian yang jelas dan terbuka.

Dalam bidang pendidikan, manfaat tahap *Test* dapat terlihat dari kemampuannya mengukur secara nyata dampak program terhadap peningkatan angka partisipasi sekolah. Jika hasil evaluasi menunjukkan peningkatan signifikan serta kepuasan orang tua dan siswa, maka kebijakan dapat diterapkan secara luas dengan keyakinan yang lebih kuat. Sebaliknya, jika ditemukan kekurangan, perbaikan dapat dilakukan sebelum kebijakan diberlakukan secara permanen.

Dalam bidang kesehatan, khususnya penanganan stunting, manfaat *Test* terlihat pada kemampuannya menilai efektivitas intervensi gizi berdasarkan indikator pertumbuhan anak. Dengan evaluasi yang terukur, organisasi dapat memastikan bahwa program benar-benar berkontribusi pada penurunan risiko stunting. Selain itu, tahap ini juga

membantu mengidentifikasi kebutuhan penguatan kapasitas kader atau perbaikan metode edukasi agar dampaknya lebih optimal.

Lebih jauh, tahap *Test* memberikan manfaat strategis berupa peningkatan kualitas pengambilan keputusan. Organisasi belajar dari data dan pengalaman nyata, sehingga kebijakan yang ditetapkan menjadi lebih matang, realistis, dan berorientasi pada hasil. Dengan demikian, manfaat tahap *Test* tidak hanya pada keberhasilan program jangka pendek, tetapi juga pada terciptanya sistem pelayanan publik yang lebih efektif, adaptif, dan berkelanjutan.

BAB IV PENUTUP

Standar Pelayanan Minimal (SPM) merupakan instrumen penting dalam menjamin terpenuhinya hak dasar masyarakat atas pelayanan publik yang bermutu, merata, dan berkeadilan. Namun demikian, keberhasilan SPM tidak hanya ditentukan oleh kelengkapan regulasi atau dokumen perencanaan, melainkan oleh kualitas proses penyusunannya dan konsistensi implementasinya di lapangan. Oleh karena itu, dibutuhkan pendekatan yang mampu memastikan bahwa setiap standar yang ditetapkan benar-benar berangkat dari kebutuhan nyata masyarakat dan dapat dilaksanakan secara efektif oleh penyelenggara layanan.

Pendekatan *Design Thinking* memberikan kerangka yang sistematis dan human-centered dalam mendukung penyusunan dan penguatan SPM. Melalui tahap *Emphasize*, penyelenggara layanan diajak untuk memahami secara mendalam kondisi riil masyarakat, mendengarkan suara mereka, serta mengidentifikasi kesenjangan layanan yang ada. Tahap *Define* kemudian menajamkan temuan tersebut menjadi rumusan masalah yang jelas, spesifik, dan terukur sehingga arah kebijakan menjadi lebih fokus. Selanjutnya, pada tahap *Ideate*, berbagai alternatif solusi dikembangkan secara kreatif dan kolaboratif, membuka ruang inovasi dalam menjawab tantangan pelayanan publik.

Proses tersebut tidak berhenti pada perumusan ide, tetapi dilanjutkan dengan tahap *Prototype*, di mana solusi mulai diwujudkan dalam bentuk uji coba nyata agar dapat dilihat kelayakan dan efektivitasnya. Akhirnya, melalui tahap *Test*, seluruh rangkaian solusi dievaluasi secara menyeluruh berbasis data dan umpan balik masyarakat untuk memastikan bahwa standar yang akan ditetapkan benar-benar berdampak dan berkelanjutan.

Dengan mengintegrasikan tahapan *Design Thinking* ke dalam penyusunan SPM, proses kebijakan menjadi lebih partisipatif, adaptif, dan berbasis bukti (*evidence-based*). Setiap standar pelayanan yang dihasilkan tidak hanya memenuhi ketentuan formal, tetapi juga mencerminkan kebutuhan riil masyarakat serta kesiapan sistem pelaksanaannya. Hal ini sekaligus memperkuat akuntabilitas, transparansi, dan efektivitas pelayanan publik.

Pada akhirnya, SPM yang dirancang melalui pendekatan *Design Thinking* diharapkan mampu menjadi instrumen transformasi pelayanan publik yang lebih responsif dan inovatif. Dengan komitmen yang kuat dari seluruh pemangku kepentingan, SPM tidak hanya menjadi standar minimal yang wajib dipenuhi, tetapi berkembang menjadi fondasi utama dalam mewujudkan pelayanan publik yang berkualitas dan peningkatan kesejahteraan masyarakat secara berkelanjutan.



Didukung Oleh:



**Ford
Foundation**