

Pelayanan Publik Di Daerah: Menguak Kesenjangan Pelayanan Dasar Di Era Otonomi Daerah***Local Public Service: Uncovering Basic Public Service Disparity in Regional Autonomy Era***Oleh : M. Rizki Pratama *pratamarizkim@ub.ac.id

Prodi Ilmu Administrasi Publik, Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya

Abstrak

Otonomi daerah secara teoritis membuat layanan publik dekat dengan publik. Makalah ini berpendapat bahwa Dalam konteks Indonesia, penyesuaian sentralisasi lebih banyak terjadi sejalan dengan kesenjangan layanan publik yang mendasar. Masalah seperti itu mengarah pada masalah jahat dalam mengatur pelayanan publik. Ini menemukan bahwa ada tren saat ini dalam kesenjangan layanan publik, misalnya, jumlah dokter dan guru medis yang memiliki distribusi yang tidak setara dibandingkan dengan daerah pedesaan dan perkotaan. Paradigma negara kesejahteraan juga harus ditransformasikan menjadi wilayah kesejahteraan. Semua masalah ada di wilayah; negara harus mengakomodasi dan memfasilitasi daerah untuk menangani kesenjangan tersebut tidak hanya bergerak dengan agenda kebijakan sentralisasi.

Kata Kunci : Layanan Publik, Disparitas, Otonomi Daerah

Abstract

Regional autonomy theoretically makes public service close to the public. This paper argues that In Indonesia context, more centralization adjustment happens in line with the fundamental public service disparity. Such problems lead to the wicked problems of governing public service. It finds that there is a current trend in public service disparity, for example, the amount of medical doctor and teacher which has unequal distribution comparing to the rural and urban area. The paradigm of the welfare state should be transformed welfare region as well. All problems are in regional; the state should accommodate and facilitate region to handle such disparity not only move with centralization policy agenda.

Keywords: Public Service, Disparity, Regional Autonomy**Pendahuluan**

Otonomi daerah secara teoritik mendekatkan pelayanan publik kepada masyarakat pada tingkat pemerintahan yang paling praktis sehingga meningkatkan responsifitas kepada masyarakat. Hal ini juga sesuai dengan esensi otonomi itu sendiri yang bertujuan mencapai efektivitas dan efisiensi dalam pelayanan kepada masyarakat, karena prinsip pelayanan publik yang paling efisien seharusnya diselenggarakan oleh otoritas yang memiliki kontrol geografis paling minimal.¹Selain itu menurut Dwiyanto

Desentralisasi membuat kedekatan fisik dan kejiwaan antara pemerintah dengan warganya dalam penyelenggaraan layanan publik menjadi semakin intim.²Desentralisasi jelas seharusnya memiliki hubungan positif dengan penyelenggaraan pelayanan publik di daerah seperti meningkatkan efisiensi, responsifitas serta pemahaman masalah layanan publik yang lebih komprehensif yang tentu saja lebih dipahami oleh pemerintah daerah daripada pemerintah pusat. Desentralisasi harus

Birokrasi, Kepemimpinan Dan Pelayanan Publik. Gavamedia : Yogyakarta. Hal. 358

²Agus Dwiyanto. 2012, *Manajemen Pelayanan Publik : Peduli, Inklusif Dan Kolaboratif.* Gadjah Mada University Press : Yogyakarta. Hal. 31

¹ Cheema dan Rondinelli Dalam Ambar Widaningrum. 2009, *Reformasi Manajemen Kesehatan : Reformasi*

berimplikasi selaras dengan pemerataan pelayanan publik di daerah.

Pelayanan publik sangat urgen untuk menjadi instrumen penting dalam melindungi masyarakat untuk mencapai kesejahteraan bersama seperti dalam konsep *welfare state*. Republik ini sudah sangat jelas menganut ideologi tersebut sesuai dengan amanat konstitusi Undang-Undang Dasar 1945. Negara harus memperhatikan setiap kegiatan mereka untuk melayani masyarakat. Paul Krugman (1999) *Global, regional and national public goods are becoming more important in determining collective and individual welfare and reducing inequality. Increasing instability of market economies, the threat of financial crises, 'the return of depression economics'*.³ Pendapat seorang pakar ekonomi papan atas pun menyarankan pentingnya barang publik untuk menciptakan kesejahteraan dan mengurangi kesenjangan akan tetapi jika pelayanan publik menjadi senjang maka kesejahteraan tidak akan pernah didapat. Pendapat Dexter Whitfield dalam buku *public service or corporate welfare* (2001) kembali mengingatkan kita tentang fungsi negara termasuk pemerintah daerah untuk melindungi dan meregulasi masyarakat “*States have also acted to regulate monopolies and afford consumer protection in the provision of goods and services.*”⁴ Keberhasilan sebuah rezim dan penguasa dalam membangun legitimasi kekuasaan sering dipengaruhi oleh kemampuan

mereka dalam menyelenggarakan pelayanan publik yang baik dan memuaskan warga⁵. Rezim era otonomi daerah sudah seharusnya mampu menyediakan pelayanan publik yang berkualitas.

Dalam perjalanan otonomi daerah hingga kini justru masih ditemukan fakta terjadi perbedaan kualitas dan kuantitas pemberian layanan kepada masyarakat. Kesenjangan yang terjadi kini bukan hanya soal ekonomi tapi juga non-ekonomi. Masyarakat daerah mengalami persoalan pelik dalam menerima pelayanan publik pasca otonomi daerah terutama dalam hal pelayanan dasar seperti pendidikan dan kesehatan. Hal ini sama dengan masalah yang tidak pernah selesai tentang kemiskinan yaitu semakin multidimensional dan semakin rumit untuk diatasi. Makalah ini akan menjelaskan fakta kesenjangan pelayanan dasar dalam bidang pendidikan dan kesehatan, menganalisis faktor-faktor penyebabnya dan kemudian melakukan refleksi tentang hubungan otonomi daerah dengan pelayanan publik.

Trend Kesenjangan Pelayanan Dasar Di Daerah

Kesenjangan pelayanan dasar di daerah dapat terlihat jelas dari persebaran aktor utama dalam pelayanan yaitu jumlah dokter dalam pelayanan kesehatan dan jumlah guru dalam pelayanan pendidikan. Data dari grafik 1.1 tersebut ditemukan fakta bahwa jumlah dokter hanya memusat di DKI Jakarta yaitu 134,50 dibanding 100.000 penduduk, di provinsi

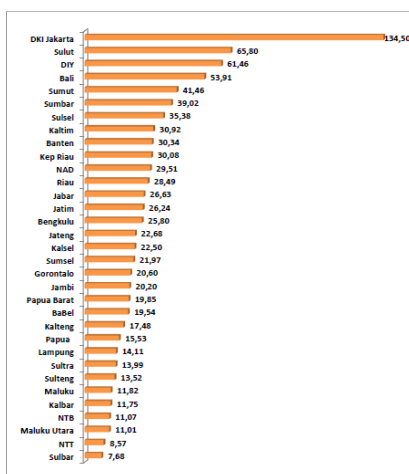
³Dexter Whitfield. 2001, *Public Service Or Corporate Welfare*. Pluto Press : London. Hal. 20

⁴*Ibid*. Hal. 19

⁵Agus Dwiyanto (Ed). 2008, *Mewujudkan Good Governance Melalui Pelayanan Publik*. Gadjah Mada University Press : Yogyakarta. Hal. 24

lainnya bahkan tidak mampu mencapai 100 dokter per 100.000 penduduk. Kesenjangan semakin nyata ketika provinsi lain di wilayah timur Indonesia seperti papua hanya 15,53 dokter per 100.000 penduduk, Maluku, 11,82 dokter per 100.000 penduduk, NTB 11,07 dokter per 100.000 penduduk, Maluku Utara 11,01 dokter per 100.000 penduduk serta NTT 8,57 dokter per 100.000 penduduk. Sedangkan aktor utama dalam pendidikan menurut Anies Baswedan dalam salah satu pidatonya mengatakan distribusi guru masih belum merata, di samping kualitasnya yang masih rendah. Sebanyak 21% sekolah di perkotaan, 37% sekolah di pedesaan, dan 66% sekolah di daerah terpencil masih kekurangan guru.⁶ Data tersebut membuktikan dari segi aktor utama saja pada era desentralisasi ini baik dokter maupun guru masih tidak merata persebarannya akibatnya pelayanan tidak akan mencapai titik optimal sehingga kerugian masyarakat semakin dalam.

Grafik 1.1 Rasio Dokter Umum Per 100.000



⁶Anies Baswedan. 2014, Distribusi guru di Indonesia belum merata. (<http://www.umy.ac.id/anies-baswedan-distribusi-guru-di-indonesia-belum-merata.html>) diakses tanggal 1/06/15)

Penduduk Tahun 2010

Sumber : Ditjen Dikti Kemendikbud, Potret Ketersediaan Dan Kebutuhan Tenaga Dokter 2010

Kapasitas Daerah, Sentralisasi & Dekomodifikasi Pelayanan Dasar

Dalam konteks kesenjangan pelayanan publik tentu dapat dipahami dalam berbagai perspektif. Sering kali diutarakan semua persoalan tentang desentralisasi adalah rendahnya kapasitas di daerah baik masyarakat maupun pemerintah daerah sendiri. Hal ini juga diakui oleh Dwiyanto dalam risetnya yang menyatakan perbedaan kapasitas daerah dalam penyelenggaraan layanan publik tidak dapat dihindari telah menciptakan gap dalam cakupan, volume dan kualitas pelayanan antar daerah.⁷ Akibatnya daerah yang memiliki kapasitas tinggi seperti modal baik sumber daya manusia maupun material dipastikan memiliki kualitas pelayanan publik yang lebih baik daripada daerah miskin. Berbagai hal yang terkait kebijakan pelayanan juga akan sangat terkait dengan kapasitas daerah, pelayanan publik yang berkualitas dipastikan dihasilkan oleh daerah yang memiliki kapasitas yang mumpuni.

Kesenjangan pelayanan publik di Indonesia yang terjadi juga dapat terjadi karena adanya usaha sentralisasi pelayanan melalui dekomodifikasi pelayanan dasar. Menurut Gosta Esping-Andersen yang banyak menulis tentang *Welfare State* dan dekomodifikasi pada

⁷Agus Dwiyanto. 2012, Manajemen Pelayanan Publik : Peduli, Inklusif dan kolaboratif. Gajah Mada University Press : Yogyakarta. Hal. 28

rentan waktu 1985-2000an telah memberikan definisi: *decommodification occurs when a service is rendered as a matter of right, and when a person can maintain a livelihood without reliance on the market.*⁸Intinya menurut Esping-Andersen dekomodifikasi terjadi ketika sebuah pelayanan diterjemahkan sebagai persoalan hak dan ketika seseorang dapat memelihara penghidupannya tanpa menggantungkan dari pada pasar. Lebih lanjut lagi Esping-Andersen⁹ memberikan dua basis dasar dalam konsep dekomodifikasi yaitu pertama, *decommodifying welfare states ... citizens can freely, and without potential loss of job, income, or general welfare, opt out of work when they consider it necessary*, dan yang kedua, *'de-commodification ... refers to the degree to which individuals, or families, can uphold a socially acceptable standard of living independently of market participation'*. Dari dua pengertian tersebut Esping-Andersen menjelaskan pada basis negara kesejahteraan maka warga negara dapat dengan bebas tanpa memiliki potensi kehilangan pekerjaan, pendapatan atau kesejahteraan umum, memilih untuk keluar dari pekerjaan bila itu dianggap penting, pada basis individu maka dekomodifikasi merujuk pada derajat pada individu atau keluarga dapat mempertahankan standar hidup secara mandiri tanpa pengaruh

pasar. Jadi dalam intinya dekomodifikasi memberikan kebebasan dan kemerdekaan pada individu dalam mendapatkan standar hidup tanpa perlu terikat oleh mekanisme pasar, secara sederhana individu tidak perlu untuk membayar sesuai dengan harga pasar ketika membutuhkan barang dan jasa, bahkan hingga tanpa perlu membayar sepeserpun karena sudah dijamin oleh Negara.

Pendekatan dekomodifikasi sangat sentralisitis karena semua akan dikelola oleh Negara sebagai pusat tanpa memperhatikan problematika di daerah. Padahal Republik ini dikenal dengan keragamannya. selain itu keragaman tersebut menghadirkan lingkungan persoalan yang rumit dan seringkali sarat politik sehingga dari sudut analisis sistem tentu semakin sulit untuk dikelola secara seragam (*one size fits all*).¹⁰ Menurut Oates (1999) *the decentralization theorem still applies when governments provide public goods nonuniformly, as soon as information asymmetries arise.*¹¹ Seharusnya menurut saran Oates sendiri barang-barang publik perlu untuk disediakan secara tidak seragam (*nonuniformly*). Sudah seharusnya pelayanan dasar seperti kesehatan dan pendidikan tergantung pada kebutuhan daerah yang secara logis tidak seragam antara daerah yang satu dengan yang lainnya.

⁸Dalam Vida Panitch. 2011, Basic Income, Decommodification And The Welfare State, *Journal Of Philosophy And Social Critism*. Vol. 1(11).Hal. 3

⁹Jingjing Huo, Moira Nelson & John. D. Stephen. 2008, Decommodification And Activation In Social Democratic Policy : Resolving The Paradox, *Journal Of European Social Policy*. Vol. 18(1).Hal. 7

¹⁰Robert Endi Jaweng. 2011, Kritik Terhadap Desentralisasi Asimetris Di Indonesia, *Analisis CSIS*. Vol.40 (2).Hal. 161

¹¹Clement Carbonnier. 2013, Decentralization and Tax Competition between Asymmetrical Local Governments: Theoretical and Empirical Evidence, *Public Finance Review*. Vol. 41(4).Hal. 392

Kebijakan sentralisasi dan dekomodifikasi sangat jelas terlihat dalam implementasi Undang-Undang Jaminan Kesehatan Masyarakat (UU JKN) dan kebijakan anggaran pendidikan 20% dari Anggaran Belanja dan Pendapatan Negara (ABPN). Keduanya menggunakan instrumen pendanaan sebagai basis utama untuk pelayanan publik bukan menciptakan kebijakan peningkatan kapasitas daerah guna melayani publik akibatnya hingga kini tidak ada perubahan signifikan pada kualitas pelayanan kesehatan dan pendidikan nasional di Indonesia. UU JKN yang memunculkan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) justru mengeluarkan kebijakan sentralistik bagi seluruh rumah sakit pemerintah maupun swasta yang mengikuti program yang memiliki inti untuk memenuhi aspek prosedural dan administratif bukan substansial seperti peningkatan pelayanan parahnya kebijakan ini hanya akan cocok di daerah yang memiliki kondisi yang sudah mapan sumber daya, jika di daerah pelosok dan pedalaman maka pertimbangan akan lebih diutamakan pada kebutuhan bukan pada prosedural yang *rigid*. Banyak pengelola rumah sakit hingga klinik mengeluh pada program BPJS seperti sering telatnya anggaran yang turun tanpa ada dana lain untuk meningkatkan pelayanan kesehatan. Sampai hari ini pun belum ada kebijakan yang tepat untuk pemerataan distribusi dokter sehingga daerah akan semakin menjerit karena hanya kalaupun sedikit dokter yang mau untuk bekerja di daerah.

Pada persoalan anggaran 20% dari APBN pun masih jauh dari kenyataan untuk meningkatkan kualitas pelayanan pendidikan seperti pemerataan distribusi guru di daerah terpececil dan meningkatkan kualitas mereka. Kebijakan anggaran tersebut sebenarnya masih bermasalah pada problem birokrasi klasik di Indonesia yaitu struktur yang gemuk dan boros anggaran akibatnya masih saja anggaran pendidikan yang besar sebagian besar habis hanya untuk elemen penggajian. Selain itu anggaran juga masih harus dibagi-bagi ke daerah melalui alur yang berjenjang mulai dari kementerian, provinsi lalu baru ke kota/kabupaten yang kemudian dicairkan oleh masing-masing sekolah. Banyak rumah tentu mengakibatkan banyak pintu dan jendela untuk dimasuki maling, potensi korupsi sangat besar terjadi pada proses distribusi anggaran kabar buruknya daerah akan memiliki anggaran yang semakin kecil yang juga barangkali akan dikorupsi kembali.

Penutup

Era desentralisasi melalui otonomi daerah di Indonesia seharusnya disertai dengan implikasi positif pada pemerataan pelayanan publik terutama pelayanan dasar seperti pelayanan kesehatan dan pendidikan, akan tetapi sejauh ini belum ada kebijakan yang komprehensif antara pemerintah pusat dan daerah untuk mengatasi hal tersebut, sedangkan kapasitas daerah belum mampu diandalkan secara maksimal. Kebijakan pemerintah yang dinilai sentralistik melalui implementasi asuransi kesehatan yang digawangi oleh BPJS

tidak mampu mengatasi disparitas jumlah aktor utama pelayanan kesehatan, jumlah dokter masih sangat timpang. Selain itu pada kenyataannya anggaran pendidikan 20% dari APBN juga belum dapat membuat distribusi guru menjadi sehat. Masyarakat daerahlah yang menjadi korban dalam sentralisasi pelayanan kesehatan yang belum mampu mengatasi kesenjangan pelayanan dasar meskipun pemerintah pusat memiliki niat baik melakukan dekomodifikasi pelayanan publik.

Pada titik ini daerah hanya menjadi korban kebijakan yang *uniform*, padahal daerah menjadi titik tumpu dan benar-benar mengatahui persoalan secara mendalam. Refleksi dalam proses yang masih berjalan ini adalah momen utama dalam pelayanan publik adalah pengetahuan utama pada kebutuhan masyarakat yang hanya akan diketahui oleh pemerintah pada level yang paling kecil, memang pemerintah pusat memiliki argumen *welfare state* akan tetapi daerah harus menjadi *welfare region* pula. harus ada kompatibilitas harapan dan keinginan antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah dalam melayani masyarakat melalui pelayanan dasar, setidaknya harus ada kolaborasi bersama untuk mengatasi kesenjangan pelayanan dasar, tidak bekerja sendiri-sendiri tanpa koordinasi yang jelas.

REFRENSI

Baswedan, Anies. 2014, *Distribusi Guru Di Indonesia Belum Merata.*
[http://www.umy.ac.id/anies-baswedan-distribusi-guru-di-indonesia-belum-](http://www.umy.ac.id/anies-baswedan-distribusi-guru-di-indonesia-belum-merata.html)

[merata.html diakses tanggal 1/06/15\)](#)

Carbonnier, Clement. 2013, *Decentralization And Tax Competition Between Asymmetrical Local Governments: Theoretical And Empirical Evidence, Public Finance Review.* Vol. 41(4)

Ditjen Dikti Kemendikbud. 2010, *Potret Ketersediaan Dan Kebutuhan Tenaga Dokter.* Ditjen Dikti Kemendikbud : Jakarta.

Dwiyanto, Agus (Ed). 2008, *Mewujudkan Good Governance Melalui Pelayanan Publik.* Gadjah Mada University Press : Yogyakarta.

Dwiyanto, Agus. 2012, *Manajemen Pelayanan Publik : Peduli, Inklusif Dan Kolaboratif.* Gadjah Mada University Press : Yogyakarta.

Huo, Jingjing, Nelson, Moira & Stephen, John. D. 2008, *Decommodification And Activation In Social Democratic Policy : Resolving The Paradox, Journal Of European Social Policy.* Vol. 18(1).

Jaweng, Robert Endi. 2011, *Kritik Terhadap Desentralisasi Asimetris Di Indonesia, Analisis CSIS.* Vol.40 (2).

Panitch, Vida. 2011, *Basic Income,*

Decommodification And The Welfare State, *Journal Of Philosophy And Social Critism*. Vol. 1(11).

Whitfield, Dexter. 2001, *Public Service Or Corporate Welfare*. Pluto Press : London.

Widaningrum, Ambar. 2009, *Reformasi Manajemen Kesehatan : Reformasi Birokrasi, Kepemimpinan Dan Pelayanan Publik*. Gavamedia : Yogyakarta.