

# RELEVANSI ETIKA BISNIS DALAM INDUSTRI JASA KESEHATAN

**Alois A. Nugroho**

**ABSTRAKSI.** Keberhasilan yang pantas dicatat oleh ekonomi pasar adalah terbentuknya masyarakat pasar. Perkembangan cara hidup modern berjalan bersamaan dengan perkembangan ekonomi pasar dan kedua hal ini secara menakutkan menghancurkan tatanan sosial yang dibangun sejak awal. Para dokter professional yang memegang secara teguh dan disiplin Sumpah Hippocrates harus berhadapan dengan godaan ekonomi dan masyarakat pasar. Dengan kata lain dokter-dokter itu tidak lagi disiplin, jujur dan pengertian. Kini Sumpah Hippocrates hanya di atas kertas karena banyak dokter lebih memprioritaskan dimensi ekonomis dari praktek kedokteran mereka dengan akibat ruang-ruang pengobatan dan operasi yang seharusnya menjadi ruang personal berubah menjadi ruang finansial belaka.

**ABSTRACT.** *The social and political upheavals that took place during the rise of the market economy contends that the market and the modern social practice should be understood not as discrete elements, but as the single human making in the Market Society. The development of the modern way of life went hand in hand with the development of modern market economies and that these two were inevitably implied the destruction of the basic social order that had existed throughout earlier history. Hippocratic medicine professionals that were notable for their strict professionalism, discipline, and rigorous practice became unsustainable to preserve their traditional system of production and social order. The Hippocratic Oath that recommends physicians to be always well-kempt, honest, calm, understanding, and serious are far removed from that of modern medicine professionalism. The Today Hippocratic physician paid careful attention to the economic aspects of his practice rather than followed his detailed specifications given by Hippocratic Oath for, "lighting, personnel, instruments, positioning of the patient, and techniques of bandaging and splinting" in the treatment and operation room.*

**KATA KUNCI:** Sumpah Hippocrates, kepentingan publik, ekonomi pasar.

## 1. PENDAHULUAN

Pada 1973, yang barangkali masih dapat disebut fase awal Orde Baru<sup>1</sup>, dalam ospek (waktu itu masih disebut Mapram atau masa pra-mahasiswa) di Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, masih dapat

dipelajari petuah etis ini:”Menjadi dokter itu baik, menjadi pedagang juga baik, tetapi menjadi dokter sekaligus pedagang itu tidak baik”. Dapat diduga, amsal bijaksana ini boleh dikatakan berakar pada etika kebajikan (*virtue ethics*) profesi dokter yang sudah berusia berabad-abad.

Penerapan “ekonomi pasar” (*market economy*) pada masa Orde Baru, menggantikan “ekonomi komando” Orde Lama, membuat amsal bijaksana itu penting tidak hanya untuk dihapalkan para calon dokter, tetapi juga menjadi etos atau kebiasaan yang diamalkan dalam menjalankan profesi kedokteran. Kalau tidak salah, waktu itu masih ada norma etis untuk tidak membuka praktek dokter di dekat apotek, untuk menghormati kepatutan dalam memasang papan nama dokter praktek, dan sebagainya.

Pada masa Orde Lama, motif untuk menjadi kaya dengan menjadi dokter itu belum terlampau signifikan. Pada era Orde Lama, dalam profesi kedokteran, semboyan *noblesse oblige* (kehormatan membawa kewajiban) itu masih lebih signifikan. Namun, ekonomi pasar yang dibawa oleh Orde Baru itu membawa benih-benih komodifikasi profesi kesehatan pula. Dapat dijumpai pada awal Orde Baru ini, seorang mahasiswa kedokteran melakukan *self-motivating* dengan memasang poster-poster mobil mewah di kamar tidur merangkap kamar belajarnya.

Meskipun demikian, pada era Orde Baru ini peranan Negara masih cukup kuat dalam berhadapan dengan pasar. Walaupun tidak dapat dikatakan “sempurna” dan “demokratis”, pemerintah masih dapat memprakarsai, merestui dan menjamin keberadaan program-program yang menyangkut kesejahteraan dan kesehatan rakyat, semisal Posyandu, Puskesmas, Keluarga Berencana. Dalam program-program itu, Negara berusaha agar pelayanan kesehatan bagi masyarakat tidak sepenuhnya mengikuti mekanisme pasar,

karena meski semua warga Negara butuh pelayanan kesehatan, tak semua warga Negara punya daya beli (*purchasing power*) dan menjadikan pelayanan kesehatan sebagai permintaan (*demand*).

Namun pada akhirnya, Orde Baru lanjut dan – apalagi - Orde Reformasi semakin mengintegrasikan diri pada kapitalisme-lanjut (*late capitalism*) yang bersembunyi dalam proses yang dijuluki “globalisasi” ini.<sup>2</sup> Sama halnya dengan nasib yang dialami oleh bidang “pendidikan”, pelayanan kesehatan lalu diperlakukan sebagai “*service*”, sebagai “jasa”, dalam pengertian produk bisnis. Pendidikan dan kesehatan telah menjadi komoditas, telah mengalami “komodifikasi”. Pendidikan dan kesehatan telah didudukkan dalam rasionalitas “sarana dan tujuan” (*Zweckerationalität*), dengan tujuan akhir adalah *profit*, yang dapat mengambil bentuk “maksimalisasi profit” atau “optimalisasi profit”.

Bahkan mengikuti logika “kapitalisme lanjut”, jasa kesehatan pun sudah tak dapat dilepaskan dari “gaya hidup”. Seperti halnya anak-anak merasa belum makan “ayam goreng betul-betul” kalau belum makan KFC, belum “main betul-betul” kalau belum pergi ke “Timezone”, anak-anak muda juga belum pakai “arloji betul-betul” kalau belum pakai Swatch, belum “jogging betul-betul” kalau belum pakai “Nike” atau “Adidas”, ibu-ibu belum pakai “tas betul-betul” kalau belum pakai “Louis Vuitton”, pelayanan kesehatan bukan merupakan kekecualian dari kecenderungan ini. Merk atau *brand* dalam kapitalisme lanjut menjadi *hiperrealitas*.<sup>3</sup>

Promosi, dengan iklan sebagai salah satu bentuk, memegang peranan penting. Dalam era kapitalisme lanjut, tugas promosi sebagai komunikasi pemasaran tidaklah hanya “menciptakan nilai” (*creating value*), tetapi mengubah realitas produk menjadi “hiper-realitas”, atau – dalam istilah kami - mengubah “produk” menjadi “hiper-produk”. Maka bagi

banyak pasien yang berdaya beli, pelayanan kesehatan di negara tetangga, utamanya di klinik tertentu, baru dianggap “pelayanan kesehatan betul-betul”. Di dalam negeri, sebagai semacam produk “substitusi impor”, dipasanglah label “internasional” sebagai penanda “hiper-produk” dalam industri jasa kesehatan.

## 2. RELEVANSI ETIKA BISNIS

Ketika idealisme berupa pelayanan terhadap orang sakit atau bantuan agar orang tetap sehat berubah menjadi industri, maka pasien harus bertindak pula sebagai konsumen dan dokter sebagai profesional penyedia jasa (*service provider*). Ini artinya dalam hubungan antara pasien dan dokter dan rumah sakit tidaklah cukup perhatian diberikan kepada etika biomedis, melainkan juga etika bisnis.

Bahkan dikatakan, masalah etika sering kali baru muncul, atau baru terasa lebih dilematis, apabila masalah komodifikasi muncul. Berabad-abad sudah individu-individu manusia menebangi kayu hutan untuk membuat rumah masing-masing atau untuk bercocok tanam, baru kemudian ketika perusahaan-perusahaan modern mulai ikut menebangi hutan dengan peralatan dan metode yang lebih efisien, masalah lingkungan hidup muncul. Masalah pencangkakan organ semakin muncul sebagai masalah etika, ketika pihak-pihak tertentu mulai memperjual-belikan organ yang dapat dicangkokkan. Media elektronik semakin disoroti acara-acaranya, ketika terjadi pemeringkatan (*rating*) acara televisi dan hal itu menentukan jumlah tayangan iklan yang dipasang dalam acara televisi. Penelitian ilmiah dipersoalkan kualitas etisnya, ketika didanai oleh perusahaan-perusahaan, seperti dalam kasus asbestosis (*mesothelioma*) pada paruh pertama abad ke 20 di Amerika Utara.<sup>4</sup>

Bisnis sering menimbulkan “*conflict of interest*”. Konflik kepentingan itu pertama-tama bukanlah konflik antara dua pihak yang berbeda, namun konflik antara peran yang berbeda dalam satu pihak, bahkan satu individu, yang sama. Kalau kasus-kasus dalam etika bisnis dicermati dan dibedah, maka boleh dikatakan pada jantung setiap masalah etika bersembunyi sebuah konflik kepentingan, sebagaimana dinyatakan oleh imbauan waktu Mapram FKUI tahun 1973. ”Menjadi dokter itu baik, menjadi pedagang juga baik, tetapi menjadi dokter sekaligus pedagang itu tidak baik”.

Namun inilah kenyataan di mana kini kita sedang bermukim. Sampai tingkat tertentu kita mesti mengadaptasikan diri kepada situasi di mana kita “terlempar” ini. Namun kita perlu mengadaptasikan realitas kepada “nilai-nilai” manusiawi yang “adil dan beradab” (yang berupaya menghindari “hukum rimba” berupa “siapa yang kuat akan menang” dan “perang dari semua melawan semua”).<sup>5</sup> Untuk itu, dunia industri kesehatan pada umumnya dan dokter pada khususnya perlu mengetahui rambu-rambu etika bisnis pula. Akan diketengahkan tiga tataran etika bisnis, yakni tataran mikro, tataran meso dan tataran makro. Pada tataran mikro yang akan dibahas adalah hubungan individual antara *service provider* dalam jasa kesehatan dengan pasien sebagai konsumen. Pada tataran meso akan dibahas sedikit posisi dokter dalam mata rantai industri kesehatan. Pada tataran makro, akan diperlihatkan kewajiban administrasi publik dalam “memajukan kesehatan masyarakat” *vis a vis* komodifikasi jasa kesehatan.<sup>6</sup>

### **3. HAK-HAK PASIEN SEBAGAI KONSUMEN**

Dalam hubungannya dengan dokter, pasien mempunyai hak-hak moral sebagaimana digariskan dalam etika kedokteran menyangkut hubungan dokter-pasien. Kewajiban untuk menghindari “paternalisme” di

pihak dokter, kewajiban mengenai perlu adanya “*informed consent*” dari pihak pasien, merupakan sekadar dua contoh dari etika deontologis menyangkut hubungan itu.

Namun menyelinapnya paradigma bisnis ke dalam praktik pelayanan kesehatan membuat kita perlu memahami aspek etika bisnis dari hubungan pasien dengan dokter. Kalau pasien diperlakukan sebagai konsumen, maka untuk meningkatkan kinerja etis industri jasa kesehatan, hak-hak konsumen juga perlu diperhatikan, biar pun di sana-sini ada tumpang-tindih (*overlapping*) antara etika kedokteran dan etika bisnis.

Dosen matakuliah “Perilaku Konsumen” (*Consumer Behavior*) biasanya memasukkan konsep “konsumerisme” dalam perkuliahannya dan – berbeda dengan *common sense* yang ada – memberi arti positif pada konsep itu. Konsumerisme di sini merujuk pada gerakan yang muncul ke permukaan pada tahun 1950, yang membela kepentingan konsumen akan “produk yang aman dan nyaman” bagi konsumen dan memprotes praktik-praktik bisnis yang dinilai tidak etis. Salah satu momentum bagi gerakan ini ialah ketika Presiden John F. Kennedy pada 1962 berpidato di depan Kongres Amerika Serikat dan mengangkat apa yang kemudian dikenal sebagai *The Consumer Bill of Rights*, yang terdiri dari *the right to be safe, the right to choose freely, the right to be heard, the right to be informed*. Pada 1985, konsep hak-hak konsumen mendapatkan persetujuan PBB sesudah diperluas menjadi 8 hak, dengan tambahan *the right to satisfaction of basic needs, the right to redress, the right to consumer education, the right to a healthy and sustainable environment*.<sup>7</sup>

Dalam tataran mikro, mungkin hak untuk “keamanan produk”, hak pasien untuk memilih secara bebas, hak untuk didengarkan, hak untuk mendapat informasi, hak untuk mendapat kompensasi, terlebih relevan untuk diperhatikan dalam hubungannya dengan dokter dan rumah sakit.

Sebagai contoh, pasien harus bebas dari alat-alat, obat-obat atau tindakan-tindakan yang kurang aman atau belum pasti aman atau risikonya tinggi baginya. Pasien harus dapat memilih, misalnya, mau dijadikan pasien dokter yang mana, atau pilihan terapi yang mana, atau obat yang mahal, setengah mahal, atau cukup yang generik. Keluhan pasien harus didengarkan, misalnya tentang biaya yang mahal, tentang akibat terapi yang kurang menyenangkan, tentang pelayanan yang kurang ramah. Pasien harus mendapat informasi yang benar, misalnya bahwa sakit flunya sebenarnya tak perlu diobati dengan antibiotika,<sup>8</sup> apalagi antibiotika itu harus diminum terus biarpun sudah sembuh; bahwa sakit batuknya berhubungan dengan obat generik yang diminumnya, dan sebagainya. Dan yang lebih sukar, sisi *supply* ini wajib mengakui dan memberikan kompensasi apabila memang terjadi kekeliruan yang disengaja maupun tidak disengaja.

Kasus Prita yang terjadi pada 2009 yang lalu memberi pelajaran bagi kita semua. Gerakan “koin Prita” yang merupakan gerakan *civil society* membela nasib Prita Mulyasari sewaktu berhadapan dengan dokter, pihak bisnis (Omni International Hospital) dan negara (kejaksaan, kehakiman), harus dibaca sebagai gerakan simpati moral<sup>9</sup> membela hak konsumen untuk didengarkan dan hak konsumen untuk mendapatkan informasi yang benar; dan mungkin juga, hak konsumen untuk mendapatkan kompensasi.

Pada intinya, hormat kepada hak-hak konsumen itu berdasarkan hormat kepada martabat manusia (*human dignity*). Konsumen adalah manusia, bukan hanya obyek sasaran program-program komunikasi pemasaran. Dalam profesi kedokteran pada galibnya martabat para pasien sebagai manusia ini lebih dihormati lagi. Jenasah saja amat dihormati, apalagi pasien hidup.

Ada kasus bagaimana seorang mahasiswa kedokteran yang sedang menjalankan praktikum anatomi topografi melukisi preparat yang sudah diberi formalin dengan simbol “perdamaian” generasi bunga dengan menggunakan skalpel. Mahasiswa bersangkutan langsung dipanggil dan dimarahi oleh dokter pembimbing praktikum. Dokter itu mengatakan dengan mimik amat serius: “Kalau yang punya badan tidak terima, apakah saudara berani menanggung akibatnya?” Sekilas, pembimbing praktikum yang nota bene terdidik dalam “ilmu pengetahuan modern” itu menganut “takhayul” masyarakat “pra-modern” (seperti tercermin dalam banyak judul filem Indonesia dan dulu juga acara televisi seperti “Uka-uka”, “Dunia Lain”). Padahal sebenarnya yang hendak ditekankannya ialah perlunya hormat kepada martabat manusia. Ibu Teresa dari Calcutta dikenang orang karena kesaksiannya yang terjelma dalam tindakan, bahwa manusia yang bermartabat sebagai citra Allah berhak pula meninggal secara bermartabat, betapa pun rendah kelas sosial mereka, betapa pun mereka tak punya daya beli.

#### **4. TEKANAN PERSAINGAN DAN TEKANAN ORGANISASI**

Begitu masuk dalam paradigma bisnis, profesi kedokteran perlu memperhitungkan pula konsep dan fakta persaingan dalam pasar bebas, yang kadang-kadang menghambat dan menyerongkan cita-cita yang paling idealistis pun. Dalam etika bisnis, tekanan persaingan dan tekanan organisasi merupakan dua dari lima penyebab munculnya perilaku tak etis atau rendahnya kinerja etis dalam organisasi bisnis.<sup>10</sup> Padahal, para ekonom sering berpendapat bahwa persaingan bebas akan meningkatkan efisiensi yang akan menguntungkan baik investor, manajer, maupun konsumen..<sup>11</sup>



Persaingan yang terjadi dalam industri farmasi, industri alat-alat kedokteran, industri rumah sakit, untuk hanya menyebut tiga di antaranya, ujung-ujungnya dapat mempengaruhi kinerja etis dalam hubungan dokter dengan pasien. Perusahaan-perusahaan farmasi tak jarang memperlakukan dokter sebagai *frontliners* dalam saluran distribusi, lengkap dengan sistem insentif yang kadang-kadang tak dapat ditolak oleh orang yang pragmatis. Sering secara tak langsung, industri alat-alat kedokteran mempengaruhi kinerja etis dalam hubungan dokter dan pasien melalui rumah sakit sebagai organisasi bisnis yang mempekerjakan jasa profesional dari para dokter.

Bila rumah sakit sudah menjadi organisasi bisnis dan menerapkan kiat-kiat bisnis, maka kinerja etis akan semakin rawan, bila etika bisnis tidak diperhatikan. Konsep-konsep seperti “investasi” dan “divestasi”, dalam kaitannya dengan matriks BCG (Boston Consulting Group), akan menjadi konsep-konsep yang perlu dicermati dengan hati-hati. Persaingan antar unit, antar bagian, dalam satu rumah sakit yang sama, dalam satu Yayasan yang sama katakanlah, akan terjadi lebih sengit dari biasa (Ini terjadi juga ketika pendidikan tinggi mengalami komodifikasi). Ketika pimpinan sudah bicara tentang “alokasikan dana pada unit yang kinerja finansialnya bagus” dan “kurangi subsidi pada unit yang defisit” atau “kalau perlu tutup unit yang defisit itu” ini adalah satu pertanda dari apa yang oleh Marianne M. Jennings disebut “*the signs of ethical collapse*”.<sup>12</sup>

Halnya sama bila rumah sakit sebagai organisasi bisnis mulai berseru pada para dokter dan kepala bagian, “*maintain those numbers*”.<sup>13</sup> Dilanggarnya hak-hak pasien sebagai konsumen seringkali bersumber pada tekanan organisasi ini: pasien harus menerima tindakan medis yang tidak terlampau perlu malah terkadang samasekali tidak perlu, pertanyaan-pertanyaan mereka tak dijawab dengan memuaskan, keluhan-keluhan

mereka dianggap angin lalu – dan pasien tetap harus membayar yang kadang-kadang relatif mahal. Sistem “*buisarts*” atau “*family doctor*” pada hemat kami bisa membantu dalam hal ini, karena dokter keluarga itu akan mengadvokasi pasien dalam menerima tindakan-tindakan medis dokter rumah sakit, tentu dengan pengandaian bahwa sang dokter keluarga adalah orang yang punya integritas etis yang tinggi. Posisi seorang dokter keluarga yang berintegritas tinggi dapat diibaratkan seperti penasihat hukum dalam bidang hukum. Hubungan asimetris antara rumah sakit dengan pasien dapat dijembatani oleh dokter keluarga yang berintegritas tinggi.

#### 5. **BISNIS KESEHATAN DAN DAYA BELI MASYARAKAT**

Bila paradigma bisnis diterapkan pada pelayanan kesehatan, sehingga pelayanan kesehatan berubah menjadi sebuah industri, logika yang akan dominan tentu saja logika bisnis. Dalam bisnis, berlaku rasionalitas instrumental yang berstruktur teleologis (sarana-tujuan) dan – yang lebih penting lagi – tujuan terakhir adalah keuntungan (*profit*). Memang konsep-konsep seperti “kepuasan pelanggan” (*customer satisfaction*), “nilai organisasi” (*organizational value*) dianggap penting, namun terlaksananya konsep-konsep itu dianggap sebagai semacam “tujuan antara” yang mengarah pada tujuan akhir berupa keuntungan.

Kalau demikian, dalam “globalisasi” pasar ini, nasib tidak beruntung akan dialami oleh mereka yang digolongkan ke dalam segmen yang “tak punya daya beli” di pasar kesehatan. Dia akan menjadi segmen yang terlupakan dan sengaja dilupakan oleh industri jasa kesehatan. Adalah tidak logis bagi rasionalitas bisnis untuk menjadikan segmen yang tak punya daya beli sebagai “pasar sasaran” (*target market*). Betapa pun sebuah rumah sakit memosisikan diri sebagai penyedia jasa kesehatan untuk segmen

berpendapatan rendah, segmen yang bukan *upmarket*, daya beli pasar sasaran tetap harus diperhitungkan dalam bisnis yang “sehat”, yang “waras”, karena ujung-ujungnya berpengaruh pada tampilan “neraca akhir” (*bottom line*), pada saldo rugi atau saldo laba.

Konsekuensi dari rasionalitas ini cukup jelas, industri jasa kesehatan tidak akan beroperasi di daerah terpencil yang miskin, tidak akan beroperasi di daerah-daerah pedesaan yang relatif lebih miskin daripada wilayah perkotaan, bahkan tak akan beroperasi di kantung-kantung pemukiman miskin dari daerah urban. Akses kepada kesehatan tertutup bagi orang miskin yang merupakan porsi besar masyarakat Indonesia.<sup>14</sup> Maka tidak mengherankan, bahwa pada 2008 dalam era reformasi ini, Indonesia menduduki peringkat ke 109 dalam hal *Human Development Index* (HDI) di bawah Malaysia, Filipina dan – tak perlu terkejut – Vietnam.<sup>15</sup>

Sebenarnya, kondisi ini merupakan “panggilan” untuk lembaga kesehatan dan para dokter yang mempunyai visi dan misi yang idealistis dan yang tidak secara eksklusif menerapkan paradigma bisnis dalam kegiatannya. Ini saya sebut “panggilan”, meski sebenarnya dengan analisis SWOT dapat kita pakai juga istilah “*opportunity*” (peluang), justru karena berusaha membedakannya dengan “paradigma bisnis” itu. Visi dan misi yang idealistis ialah visi dan misi yang struktur teleologisnya tidak terfokus pada *profit*, tetapi pada nilai atau *conception of the good* atau *hypergood* yang lain,<sup>16</sup> katakanlah sebagai sekadar contoh, *preferential option for the poor*.

Namun prakarsa dari *civil society* semacam itu tidaklah cukup. Yang paling bertanggung jawab untuk pendistribusian layanan kesehatan guna menjamin hak asasi warga atas kehidupan mereka ialah Negara (*state*). Distribusi layanan kesehatan pertama-tama ialah tugas dari ranah politik dan administrasi publik. Namun di sinilah letak persoalannya, rendahnya

peringkat HDI dan tingginya tingkat kemiskinan itu mungkin berkorelasi dengan tingginya tingkat korupsi atau rendahnya kinerja etis para politisi dan para administrator publik.

## 6. PENUTUP

Kita mulai dengan pembicaraan tentang etika bisnis dalam kaitannya dengan penerapan paradigma bisnis dalam pelayanan kesehatan, sehingga konsep “pelayanan kesehatan” lebih tepat diganti dengan konsep “industri jasa kesehatan”. Kita melihat aspek psikografis dari kapitalisme-lanjut merembes masuk ke dalam industri jasa kesehatan. Namun etika bisnis tetap mengingatkan agar bagaimana pun martabat manusia sebagai pasien-kum-konsumen dihormati. Namun dalam hal bisnis kesehatan, kita sampai pada topik yang lain, yaitu etika ekonomi, etika administrasi publik dan etika politik karena banyak warga sebangsa dan senegara berada dalam posisi marginal sebagai segmen yang tidak memiliki daya beli. Topik mengenai etika politik dan administrasi publik harus dibahas terutama kalau membicarakan etika bisnis pada tataran makro di bidang kesehatan.

Pada awal mula, pelayanan kesehatan sudah menjadi bagian dari “solidaritas” masyarakat sejak dahulu. Kini, dalam ekonomi pasar liberal, jasa kesehatan itu telah dijadikan “komoditas”. Dia memiliki “harga” dan harga itu ditentukan semata-mata oleh penawaran dan permintaan. Dia menjadi apa yang oleh Karl Polanyi disebut “komoditas fiktif”, yang dilepaskan dari situasi *embeddedness* pada masalah hidup-mati manusia. Dengan kata lain, pelayanan kesehatan telah menjadi bagian dari *disembedded economy*.<sup>17</sup> Untuk mengembalikan pelayanan kesehatan sebagai bagian dari hidup sosial manusia, sebagai aktualisasi solidaritas manusia, maka peranan institusi administrasi negara tidak boleh lepas tangan dan membiarkannya

seratus persen dikendalikan oleh mekanisme pasar. Akhirnya, untuk dapat memiliki institusi negara dan politik yang seperti itu diperlukan proses politik yang benar-benar mengikuti etika demokrasi dan dapat menghasilkan wakil rakyat serta administratur yang solider dengan kehidupan rakyat, utamanya rakyat marginal.

## CATATAN AKHIR

---

<sup>1</sup> Tahun 1973 dapat disebut sebagai fase awal Orde Baru, dengan mengingat bahwa Pemilu pertama yang diadakan pada masa Orba Baru saja berlangsung pada 1971, sesudah masa transisi dari Orla ke Orba selama 5 tahun.

<sup>2</sup> Dari sudut administrasi bisnis, bahwa globalisasi tak lain dari kapitalisme lanjut, tampak dalam karya-karya Kenichi Ohmae, seperti *The End of the Nation State, The Borderless World*.

<sup>3</sup> Jean Baudrillard, *The Consumer Society*, (London: Sage), 2004 (3)

<sup>4</sup> Lihat “Living and Dying with Asbestos” dalam David Stewart, *Business Ethics*, (New York: McGraw Hill), 1996, hal. 114-117.

<sup>5</sup> Stewart, *ibid.*, hal. 7. Lihat juga, Laura P. Hartman, *Perspectives in Business Ethics*, (Boston etc.; McGraw Hill), 2002, hal. 11-13

<sup>6</sup> Pembedaan antara tataran-tataran etika, lihat misalnya Peter W.F. Davies (ed.), *Current Issues in Business Ethics*, (London & New York), 1997, pp. 1-9. Lebih spesifik lagi, lihat Joseph W. Weiss, *Business Ethics. A Stakeholder and Issues Management Approach*, Fort Worth etc.: Harcourt Brace, 1998, hal. 9-12.

<sup>7</sup> Lihat wikipedia pada entri “*Consumer Bill of Rights*”, penjelasan ini diunduh pada 15 Mei 2010 pk. 19.00 WIB.

<sup>8</sup> Ada lelucon di Belgia dulu, sakit flu kalau diobati dengan antibiotika akan sembuh dalam waktu SATU minggu, sedangkan bila tidak pakai antibiotika dia akan sembuh dalam waktu TUJUH hari.

<sup>9</sup> Adam Smith, *The Theory of Moral Sentiments*, (Cambridge: Cambridge University Press), 2002 (org.1759)

<sup>10</sup> Tiga yang lain ialah keserakahan pribadi, perilaku atasan dan kontradiksi lintas budaya; lihat William C. Frederick et.al., *Business and Society: Corporate Strategy, Public Policy, Ethics*, (New York: McGraw-Hill), 1996, hal. 54.

<sup>11</sup> LaRue Tone Hosmer, *The Ethics of Management*, (New York: McGraw Hill), 2008.

---

<sup>12</sup> Marianne M. Jennings, J.D., *The Seven Signs of Ethical Collapse: How to Stop Moral Meltdowns in Companies...Before it's Too Late*, (New York: St.Martin's Press), 2006.

<sup>13</sup> *Ibid.*, hal. 17-58.

<sup>14</sup> Berdasarkan taksiran Bank Dunia, yang mengolah berdasarkan angka statistik BPS, jumlah penduduk miskin di Indonesia pada tahun 2007 adalah 49%, Berdasarkan perhitungan penulis, yang dimaksud dengan “miskin” dalam angka 49% itu ialah pendapatan kurang atau sama dengan Rp. 6481,30 per kapita per hari. Angka Bank Dunia itu memasukkan mereka yang “hampir miskin” dalam versi BPS yang menurut perhitungan penulis hanya berselisih Rp 1000,- per hari per kapita dengan batas atas kategori “miskin”..

<sup>15</sup> Binny Buchori, makalah dalam “Roundtable Discussion: Toward A Welfare State. Social Protection for All”, diselenggarakan oleh FIA dan LPPM Unika Atma Jaya, 18 Mei 2010.

<sup>16</sup> Lihat mis. Paul Ricoeur, *Reflections on the Just*, (Chicago & London: The University of Chicago Press), 2007.

<sup>17</sup> Lihat J.R. Stanfield, *The Economic of Thought of Karl Polanyi*, (New York: Macmillan), 1986.

## DAFTAR PUSTAKA

Baudrillard, Jean, (2004), *The Consumer Society*, London: Sage.

Buchori, Binny, makalah dalam “Roundtable Discussion: Toward A Welfare State, Social Protection for All”, diselenggarakan oleh FIA dan LPPM Unika Atma Jaya, 18 Mei 2010.

Davies, Peter W.F., (ed.), (1997), *Current Issues in Business Ethics*, London & New York.

Frederick, William C., et.al., (1996), *Business and Society: Corporate Strategy, Public Policy, Ethics*, New York: McGraw-Hill.

Hartman, Laura P, (2002), *Perspectives in Business Ethics*, Boston etc.; McGraw Hill.

Hosmer, La Rue Tone, (2008), *The Ethics of Management*, New York: McGraw Hill.

Jennings, J.D., Marianne M., (2006), *The Seven Signs of Ethical Collapse: How to Stop Moral Meltdowns in Companies...Before it's Too Late*, New York: St.Martin's Press.

Ricoeur, Paul, (2007), *Reflections on the Just*, Chicago & London: The University of Chicago Press.

Smith, Adam, 1759, (2002), *The Theory of Moral Sentiments*, Cambridge: Cambridge University Press.

Stanfield, J.R., (1996), *The Economic of Thought of Karl Polanyi*, New York: Macmillan.

Stewart, David, (1996), *Business Ethics*, New York: McGraw Hill.

Weiss, Joseph W., (1998), *Business Ethics. A Stakeholder and Issues Management Approach*, Fort Worth etc.: Harcourt Brace.