

**BAB 5**  
**ANALISIS SITUASI UMUM**  
**PT. ASURANSI TAKAFUL INDONESIA**

**5.1 Sejarah PT. Asuransi Takaful Indonesia**

PT. Syarikat Takaful Indonesia berdiri pada tanggal 24 Februari 1994 atas prakarsa Tim Pembentukan Asuransi Takaful Indonesia (TEPATI) yang dimotori oleh Ikatan Cendekiawan Muslim Indonesia (ICMI) melalui Yayasan Abdi Bangsa, Bank Muamalat Indonesia Tbk., Syarikat Takaful Malaysia Bhd. (STM), PT Asuransi Jiwa Tugu Mandiri, Departemen Keuangan RI, serta beberapa pengusaha muslim Indonesia.

Syarikat Takaful Masyia Bhd. (STM) juga memberikan dukungan dalam bidang teknis operasional ketika TPATI terbentuk, dan menjadi pemegang saham mayoritas setelah menambah setoran modalnya pada tahun 2001. Struktur permodalan Takaful Indonesia juga diperkuat dengan dukungan Permodalan Nasional Madani (PNM) yang bergabung sejak tahun 2000 dan Islamic Development Bank (IBD) pada tahun 2004

Melalui dua perusahaan operasionalnya, yaitu PT Asuransi Takaful Keluarga dan PT Asuransi Takaful Umum, perusahaan melayani kebutuhan masyarakat Indonesia akan jasa asuransi dan perencanaan keuangan yang berlandaskan prinsip syariah.

PT Asuransi Takaful Keluarga (biasa disebut Takaful Keluarga) yang bergerak di bidang asuransi jiwa syariah, didirikan pada 4 Agustus 1994 dan mulai beroperasi pada 25 Agustus 1994, yang ditandai dengan peresmian oleh Menteri Keuangan Republik Indonesia waktu itu, Mar'ie Muhammad. Selanjutnya pada 1 Juni 1995, didirikan PT Asuransi Takaful Umum (biasa di sebut Takaful Umum) yang bergerak di bidang asuransi umum syariah dan diresmikan oleh Menteri Riset dan Teknologi/Ketua Badan Pengkajian dan Penerapan Teknologi (BPPT) saat itu, Prof.Dr.B.J.Habibie.

Kepemilikan mayoritas saham Syarikat Takaful Indonesia saat ini dikuasai oleh Syarikat Takaful Malaysia Berhad (56,00%) dan Islamic Development Bank

(IDB, 26,39%), sedangkan selebihnya oleh Permodalan Nasional Madani (PNM) dan Bank Muamalat Indonesia serta Karya Abdi Bangsa dan lain-lain.

Di tahun 2004, Perusahaan melakukan restrukturisasi yang berhasil menyatukan fungsi pemasaran Asuransi Takaful Keluarga dan Asuransi Takaful Umum sehingga lebih efisien serta lebih efektif dalam penetrasi pasar, juga diikuti dengan peresmian kantor pusat, Graha Takaful Indonesia di Mampang Prapatan, Jakarta pada Desember 2004. Selain itu, dilakukan pula revitalisasi identitas korporasi termasuk penataan ruang kantor cabang di seluruh Indonesia, untuk memperkuat citra perusahaan.

Dua sertifikat ISO 9001:2000 yang diperoleh masing-masing oleh Takaful Umum dari SGS JAS-ANZ, Selandia Baru, dan Takaful Umum dari Det Norske Veritas (DNV), Belanda, merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan kualitas sekaligus menjaga konsistensi perusahaan dalam memberikan pelayanan.

Komitmen Perusahaan untuk menjadi penyedia jasa asuransi syariah terkemuka di Indonesia dibuktikan dengan diterimanya serangkaian penghargaan sepanjang tahun 2007 dari berbagai instansi atau lembaga pemeringkatan independen.

## **5.2 Visi, Misi Serta Konsep Dan Filosofi Pt. Takaful Indonesia**

### **5.2.1 Visi**

Menjadi grup asuransi terkemuka yang menawarkan jasa Takaful dan keuangan syariah yang komprehensif dengan jangkauan signifikan di seluruh Indonesia menjelang tahun 2011.

### **5.2.2 Misi**

Kami bertekad memberikan solusi dan pelayanan terbaik dalam perencanaan keuangan dan pengelolaan risiko bagi umat dengan menawarkan jasa Takaful dan keuangan syariah yang dikelola secara profesional, adil, tulus dan amanah.

### 5.2.3 Konsep dan Filosofi

Segala musibah dan bencana yang menimpa manusia adalah ketentuan Allah. Namun, manusia wajib untuk memperkecil risiko dan juga dampak keuangan yang mungkin timbul. Upaya tersebut seringkali tidak memadai sehingga timbul kebutuhan akan mekanisme membagi risiko seperti yang ditawarkan oleh konsep Takaful

Sebagai perusahaan asuransi syariah, Takaful beroperasi dengan konsep tolong-menolong dalam kebaikan dan ketakwaan, sebagaimana telah digariskan di dalam Al-qur'an. "Dan tolong menolonglah kamu dalam kebaikan dan taqwa." (QS Al-Maidah:2). Dengan landasan ini, Takaful menjadikan semua peserta sebagai satu keluarga besar yang akan saling melindungi dan secara bersama menanggung risiko keuangan dari musibah yang mungkin terjadi di antara mereka. Prinsip-prinsip syariah yang tertuang dalam akad transaksi asuransi, antara lain *Tabarru'*, *Mudharabah*, *Mudharabah Musytarakah*, *Wakalah bil Ujroh*, dan lain-lain. Dan akad-akad yang digunakan tidak mengandung unsur *riba* (bunga uang), *maisir* (judi), *ghahar* (untung-untungan), dan *zhulmun* (zhalim) yang secara tegas dilarang dalam ketentuan syariat Islam

### 5.3 Layanan dan Produk PT. Asuransi Takaful Keluarga

Fokus utama dari produk PT. Asuransi Takaful Keluarga adalah memberikan layanan dan bantuan menyangkut asuransi jiwa dan keluarga, dengan harapan bisa tercapainya masyarakat Indonesia yang sejahtera dengan perlindungan asuransi yang sesuai Muamalah Syariah Islam.

#### Layanan Individu

- **Takafulink**  
Sarana berinvestasi sekaligus berasuransi sesuai Syariah yang disediakan PT Asuransi Takaful Keluarga. Program ini menawarkan hasil investasi yang optimal dengan pilihan sesuai preferensi Anda.
- **Takaful Falah**  
Adalah produk Asuransi Takaful Keluarga yang dirancang secara khusus bagi Peserta yang menginginkan Manfaat Asuransi secara menyeluruh, ketika Peserta mengalami musibah Meninggal baik

karena Sakit ataupun Kecelakaan; Cacat Tetap Total karena Sakit atau Kecelakaan; Cacat Tetap Sebagian karena Kecelakaan; Dana Santunan Harian selama peserta dirawat inap di Rumah Sakit dan juga Manfaat bila peserta mengalami atau menderita penyakit-penyakit kritis. Peserta juga berkesempatan mendapatkan Nilai Tunai Polis ketika kepesertaan berakhir.

- **Takaful Dana Investasi**  
Program Takaful untuk perencanaan dana investasi masa depan.
- **Takaful Dana Haji**  
Program Takaful bagi perorangan untuk perencanaan pengumpulan dana ibadah haji.
- **Takaful Wakaf**  
Program Takaful bagi yang merencanakan pengumpulan dana sebagai dana wakaf.
- **Fulnadi**  
Program Takaful yang menyediakan dana pendidikan untuk putra-putri sampai sarjana. Program asuransi perorangan yang bermaksud menyediakan dana pendidikan, dalam mata uang Rupiah dan US Dolar untuk putra-putrinya sampai sarjana

#### **Layanan Group/Kumpulan**

##### **Takaful Kesehatan**

- **Takaful Family Care**  
Adalah Program Asuransi Kesehatan yang memberikan manfaat pelayanan kesehatan bagi peserta yang mengalami sakit karena resiko penyakit atau kecelakaan.
- **Fullmedicare**  
Program Takaful Kesehatan Kumpulan untuk karyawan beserta keluarga

### Takaful Ordinary

- **Takaful Al Khairat**

Program Takaful Al-Khairat adalah suatu bentuk perlindungan kumpulan yang diperuntukkan kepada ahliwarisnya apabila yang bersangkutan ditakdirkan meninggal dalam masa perjanjian.

- **Takaful Kecelakaan Diri**

Program Takaful Kecelakaan Diri Kumpulan adalah suatu bentuk perlindungan kumpulan yang ditujukan untuk perusahaan, organisasi atau perkumpulan yang bermaksud menyediakan santunan kepada karyawan/anggota apabila mengalami musibah karena kecelakaan dalam masa perjanjian.

- **Takaful Kecelakaan Siswa**

Program Takaful Kecelakaan Siswa adalah suatu bentuk perlindungan kumpulan yang ditujukan kepada Sekolah/Perguruan Tinggi atau Lembaga Pendidikan Non Formal yang bermaksud menyediakan santunan kepada siswa/mahasiswa atau pesertanya apabila mengalami musibah karena kecelakaan yang mengakibatkan cacat tetap total maupun sebagian atau meninggal.

- **Takaful Wisata & Perjalanan**

Program Takaful Wisata & Perjalanan adalah program yang diperuntukkan bagi Biro Perjalanan dan Wisata/Travel yang berkeinginan memberikan perlindungan kepada pesertanya apabila mengalami musibah karena kecelakaan yang mengakibatkan cacat tetap total, sebagian atau meninggal selama wisata maupun perjalanan dalam dan luar negeri.

### Bancassurance

- **Takaful Pembiayaan**

Program Takaful Pembiayaan adalah suatu bentuk perlindungan asuransi yang memberikan Manfaat Takaful yaitu berupa jaminan pelunasan hutang apabila yang bersangkutan ditakdirkan meninggal dalam masa perjanjian.

## **5.4. Gambaran Unit Klaim Departemen Asuransi Kesehatan**

### **5.4.1 Tujuan Unit Klaim Departemen Asuransi Kesehatan**

- a. Memberikan pelayanan yang terbaik bagi peserta asuransi kesehatan Takaful Keluarga
- b. Tersedianya sistem dan prosedur baku yang dapat membantu proses pelaksanaan kerja Departemen Kesehatan sesuai ketentuan yang berlaku dan proses sesuai dengan standar perusahaan
- c. Menjadi salah satu profit center bagi PT. Asuransi Takaful Keluarga dengan memberikan pemasukan premi sebesar-besarnya bagi PT. Asuransi Takaful Keluarga

### **5.4.2 Target Unit Klaim Departemen Asuransi Kesehatan**

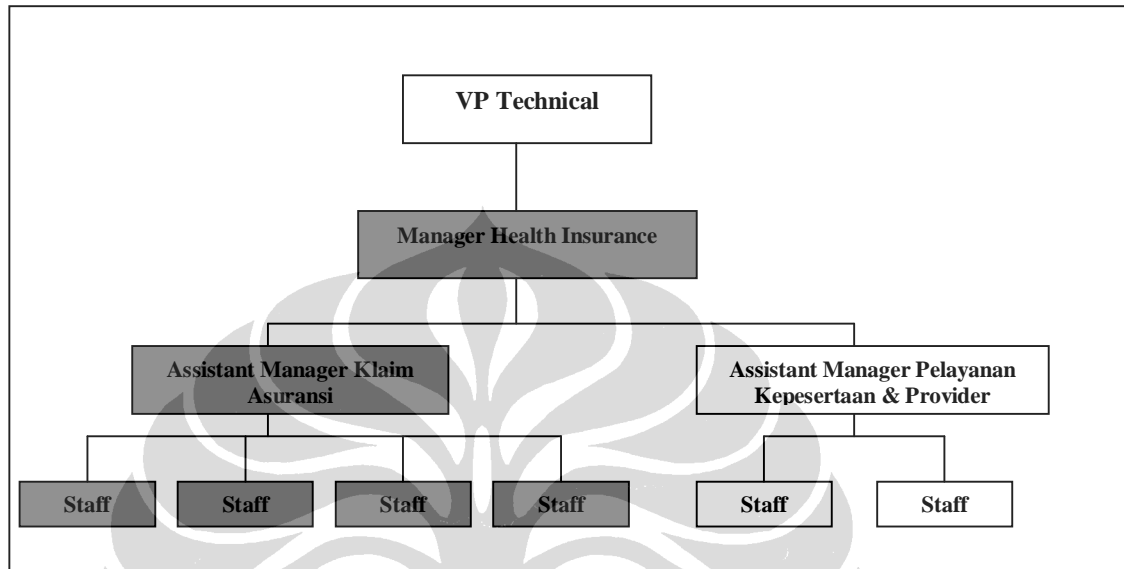
- a. Melakukan kegiatan administrasi atas pelayanan asuransi kesehatan PT. Asuransi Takaful Keluarga secara efektif dan efisien
- b. Menyelesaikan proses pelayanan asuransi kesehatan secara cepat dan tepat sesuai standarisasi yang berlaku di PT. Asuransi Takaful Keluarga yakni 14 (empat belas) hari kerja, mulai dari menerima, memeriksa kelengkapan dokumen atau berkas kesehatan hingga pembayaran klaim yang diajukan oleh peserta PT. Asuransi Takaful Keluarga secara langsung atau melalui kantor perwakilan Asuransi Takaful
- c. Melakukan analisa dan verifikasi klaim kesehatan secara cermat guna memperkecil kemungkinan kecurangan yang dilakukan oleh peserta atau provider tanpa mengurangi hak dan kewajiban peserta atau provider

### **5.4.3 Struktur Organisasi Unit Klaim Departemen Asuransi Kesehatan**

Unit Klaim berada dalam satu struktur organisasi Departemen Asuransi Kesehatan bersamaan dengan Unit Pelayanan dan Provider, dimana dibawah oleh Manager Asuransi Kesehatan yang bertanggung jawab langsung kepada kepala Divisi Technical.

Berikut struktur organisasi Unit Klaim Departemen Asuransi Kesehatan

**Gambar 5.1**  
**Struktur Organisasi Unit Klaim Departemen Asuransi Kesehatan PT.**  
**Asuransi Takaful Keluarga**



#### 5.4.4 Uraian Tugas Pegawai Unit Klaim

##### 1. Asisten Manager Unit Klaim

- a. Menganalisa pengajuan berkas klaim yang masuk dan memastikan kelengkapan administrasi yang dipersyaratkan telah diterima dengan baik serta sesuai dengan ketentuan polis asuransi kesehatan yang dimiliki oleh peserta
- b. Menindaklanjuti atas hasil analisa medis yang telah dilakukan oleh Manager Departemen Kesehatan dengan melakukan investigasi atas klaim jika terjadi kecurigaan terhadap ajuan klaim
- c. Mengimput data klaim yang sudah tidak ada masalah ke dalam sistem komputer untuk kemudian diotorisasi Kepala Departemen Kesehatan baik dalam sistem komputer maupun dalam berkas cetak komputer
- d. Memberikan berkas klaim yang sudah diotorisasi oleh Kepala Departemen Kesehatan ke Departemen Keuangan untuk dibayarkan

- e. Memberikan informasi dan memberikan penjelasan kepada nasabah mengenai proses klaim yang sedang ditangani
- f. Membuat laporan klaim secara rutin bulanan, semester dan tahunan
- g. Melakukan pengarsipan data klaim dan dokumen pendukung klaim dengan baik
- h. Membina hubungan dan dapat bekerjasama yang baik dengan peserta asuransi kesehatan, rumah sakit rekanan dan aparat pemasaran
- i. Melakukan kegiatan sosialisasi atas Penutupan Polis Asuransi Kesehatan
- j. Menerima dan menindaklanjuti serta menjelaskan atas permasalahan, keluhan, dan saran yang diajukan oleh Peserta baik secara lisan maupun tertulis

## **2. Staf Unit Klaim**

- a. Menerima dan mendaftarkan berkas klaim serta surat yang sudah diterima
- b. Menganalisa berkas pengajuan klaim yang telah diterima dan memastikan kelengkapan administrasi yang dipersyaratkan telah diterima dengan baik
- c. Mengadakan investigasi berkaitan dengan berkas klaim yang memerlukan data tambahan lebih lanjut
- d. Mengadakan komunikasi kepada pihak Adm.Rumah Sakit, peserta, dan atau pemegang polis berkaitan dengan kelengkapan berkas data pengajuan klaim
- e. Mengimput data klaim yang sudah dianalisa dan diverifikasi ke dalam sistem komputer untuk selanjutnya diotorisasi oleh Kepala Departemen Kesehatan
- f. Memberikan berkas klaim yang sudah diotorisasi oleh Kepala Departemen Kesehatan ke Departemen Keuangan untuk dibayarkan disertai dengan bukti tanda terima
- g. Membuat surat penundaan atau penolakan atas berkas klaim serta menindaklanjuti pengiriman surat tersebut
- h. Memberikan informasi, keterangan, pemberitahuan dan membantu nasabah atau provider berkaitan dengan proses pelayanan klaim
- i. Membantu dan melakukan koordinasi dengan unit kerja lainnya berkaitan dengan fungsi kerja klaim



- j. Membuat laporan secara rutin dan berkala berkenaan dengan proses dan pelaksanaan pelayanan klaim
- k. Melakukan tugas-tugas lain berdasarkan instruksi dari Pejabat yang berwenang berkaitan dengan fungsi kerja dari Departemen Kesehatan
- l. Melakukan pengarsipan dokumen klaim dengan baik, dalam bentuk penyimpanan, merapikan dokumen klaim, surat, tanda terima, serta dokumen pendukung klaim

## **5.5 Gambaran Manfaat Asuransi Kesehatan (*Fulmedicare*)**

### **1. Program Rawat Inap dan Pembedahan**

#### **a. Kamar dan Menginap di Rumah Sakit**

Adalah manfaat berupa biaya-biaya harian akomodasi kamar dan menginap, perawatan umum dan makan untuk setiap hari perawatan sebagai pasien menginap yang terdaftar dalam Rumah Sakit (maksimal 90 hari per perawatan)

#### **b. Unit Perawatan Intensif (ICU)**

Adalah manfaat berupa penggantian biaya-biaya harian untuk akomodasi kamar dan menginap di Unit Perawatan Intensif (ICU). Lama hari perawatan di ICU maksimal 15 hari per perawatan.

#### **c. Biaya Aneka Perawatan Rumah Sakit**

Adalah manfaat berupa penggantian biaya-biaya yang terjadi selama perawatan di Rumah Sakit yang mencakup obat-obatan, perban, penggunaan alat-alat medis, biaya-biaya laboratorium, sinar-x, transfusi darah, pemakaian oksigen, perawat harian dan biaya-biaya administrasi.

#### **d. Biaya Pembedahan**

Adalah manfaat berupa penggantian biaya-biaya yang dibebankan oleh Dokter Bedah sehubungan dengan pembedahan yang dilakukan (biaya ini sudah termasuk biaya pemeriksaan pra bedah dan seluruh perawatan pasca bedah yang normal dalam jangka waktu 30 hari sebelum dan sesudah pembedahan.

#### **e. Biaya Kamar Bedah**

Adalah manfaat berupa penggantian biaya sewa kamar bedah sesuai dengan jenis pembedahan dengan memperhatikan maksimum biaya yang tertera dalam Daftar Manfaat atau 40% dari biaya yang terbayar untuk Dokter Bedah diluar

biaya pra bedah dan pasca bedah, mana saja yang lebih kecil. Penggantian ini dilakukan hanya apabila Takaful mengganti Biaya Pembedahan.

f. Biaya Anestesi

Adalah manfaat berupa penggantian biaya pembiusan sesuai dengan jenis pembedahan dengan memperhatikan maksimum biaya yang tertera dalam Daftar Manfaat atau 40% dari biaya yang terbayar untuk Dokter Bedah diluar biaya pra bedah dan pasca bedah, mana saja yang lebih kecil. Penggantian ini dilakukan hanya apabila Takaful mengganti Biaya Pembedahan.

g. Kunjungan Dokter di Rumah Sakit (Hanya untuk Perawatan Non Bedah)

Adalah manfaat berupa penggantian biaya konsultasi yang dibebankan oleh dokter spesialis sehubungan dengan penyakit atau cedera sebagaimana yang telah direkomendasikan secara tertulis atas perawatan inap yang telah dilakukan atas rujukan dari dokter yang merawat. Batas jaminan adalah perperawatan

i. Pengobatan sebelum dan setelah perawatan di Rumah Sakit

Adalah manfaat berupa penggantian biaya-biaya yang terjadi sebelum perawatan di Rumah Sakit, seperti jasa konsultasi dokter umum, dokter spesialis, tes laboratorium yang terjadi dalam waktu 7 hari sebelum perawatan menginap di Rumah Sakit. Khusus untuk perawatan non bedah, jaminan ini juga mengganti biaya yang timbul atas pengobatan lanjutan oleh dokter yang sama dalam waktu 30 hari pasca perawatan menginap di Rumah Sakit. Batas jaminan adalah per satu perawatan.

j. Biaya Ambulans

Adalah manfaat berupa penggantian biaya yang dikenakan oleh Rumah Sakit untuk mengangkut seorang peserta ke atau dari Rumah Sakit pada saat diperlukan. Batas jaminan ini adalah per perawatan.

k. Perawatan Gigi Darurat Akibat Kecelakaan

Adalah manfaat berupa penggantian biaya-biaya yang terjadi sebagai akibat dari cedera atau gawat darurat untuk tindakan perawatan dengan memanfaatkan jenis pelayanan sebagai pasien rawat jalan pada klinik ataupun pra perawatan inap pada rumah sakit manapun yang terdaftar dalam jangka waktu 24 jam setelah kecelakaan yang menyebabkan cedera itu. Batas jaminan adalah per satu kejadian

m. Santunan Kematina

Adalah santunan yang diberikan jika peserta meninggal dunia oleh sebab apapun selama penyebabnya tidak termasuk dalam pengecualian pada polis.

n. Operasi Tanpa Rawat Inap

Adalah manfaat berupa penggantian biaya yang dibebankan oleh dokter sehubungan dengan pembedahan yang dilakukan dimana setelah tindakan pembedahan peserta langsung pulang tanpa menjalani rawat inap. Jaminan ini termasuk penggantian biaya sewa peralatan bedah, biaya anestesi, biaya sewa ruang operasi, sewa peralatan dan obat-obatan. Jaminan ini juga termasuk biaya-biaya yang terjadi selama 7 hari sebelum pembedahan dan pengobatan lanjutan oleh dokter yang sama dalam jangka waktu 7 hari setelah pembedahan. Batas jaminan adalah per satu kejadian.

## 2. Program Rawat Jalan

a. Konsultasi dengan Dokter Umum

Adalah manfaat berupa penggantian biaya konsultasi/pemeriksaan/tindakan medis untuk suatu kunjungan pengobatan yang dilakukan oleh dokter umum. Maksimum satu konsultasi per hari. Batas jaminan adalah secara harian.

b. Konsultasi dengan Dokter Spesialis

Adalah manfaat berupa penggantian biaya konsultasi/pemeriksaan/tindakan medis untuk suatu kunjungan pengobatan yang dilakukan oleh dokter spesialis dengan rujukan (surat pengantar) dari dokter umum, surat pengantar dari dokter umum tidak diperlukan untuk konsultasi ke:

- Dokter Spesialis Anak untuk peserta berusia di bawah 12 tahun
- Dokter Spesialis Mata (ophtalmologist)
- Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin (dermatologis)
- Dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi (Gyneacologist) tidak untuk pemeriksaan dan pengobatan yang berhubungan dengan kehamilan
- Dokter Spesialis Bedah Tulang (orthopedics)

c. Obat-obatan

Adalah manfaat penggantian biaya pembelian obat sesuai resep dokter yang dibeli di apotek. Batas jaminan ini adalah pertahun.

d. Pemeriksaan Penunjang Diagnostik

Adalah manfaat penggantian biaya-biaya pemeriksaan laboratorium, alat-alat pengujian diagnostik atau sinar-X (radiology) yang diperlukan untuk diagnostik suatu Penyakit atau cedera yang dijamin. Batas jaminan ini adalah per tahun.

e. Konsultasi dan Obat-obatan

Adalah manfaat berupa penggantian biaya-biaya untuk gabungan dari konsultasi dengan dokter dan obat-obatan sesuai resep, dimana biaya dokter tidak dipisahkan. Batas jaminan ini adalah per hari.

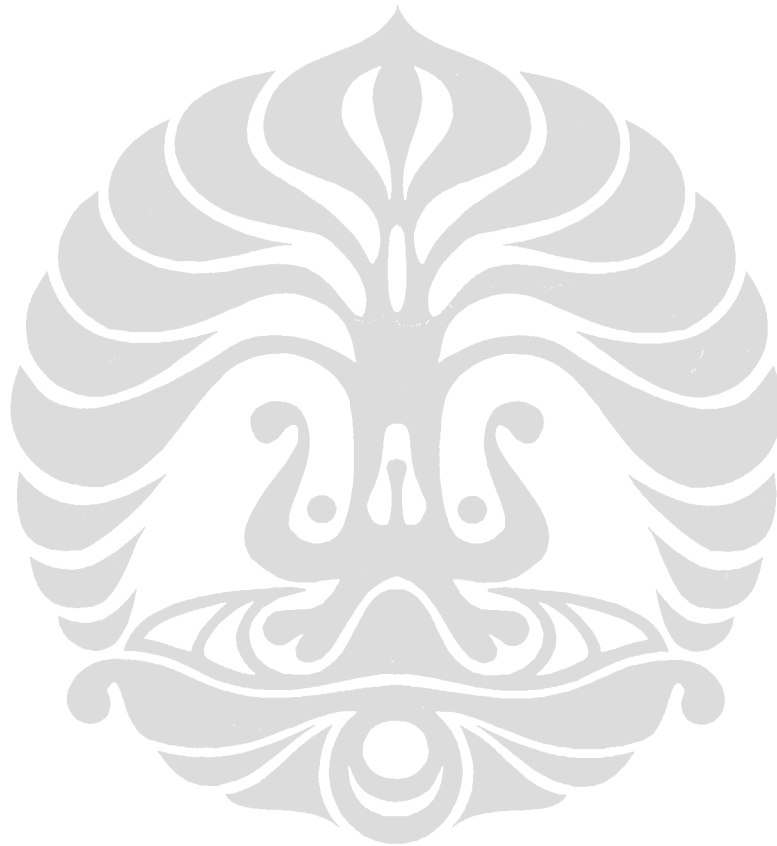
f. Fisioterapi

Adalah manfaat berupa penggantian biaya-biaya untuk fisioterapi yang direkomendasikan oleh seorang dokter secara tertulis, maksimum satu kali kunjungan per hari.

### 5.6 Syarat Pengajuan Klaim Reimbursement

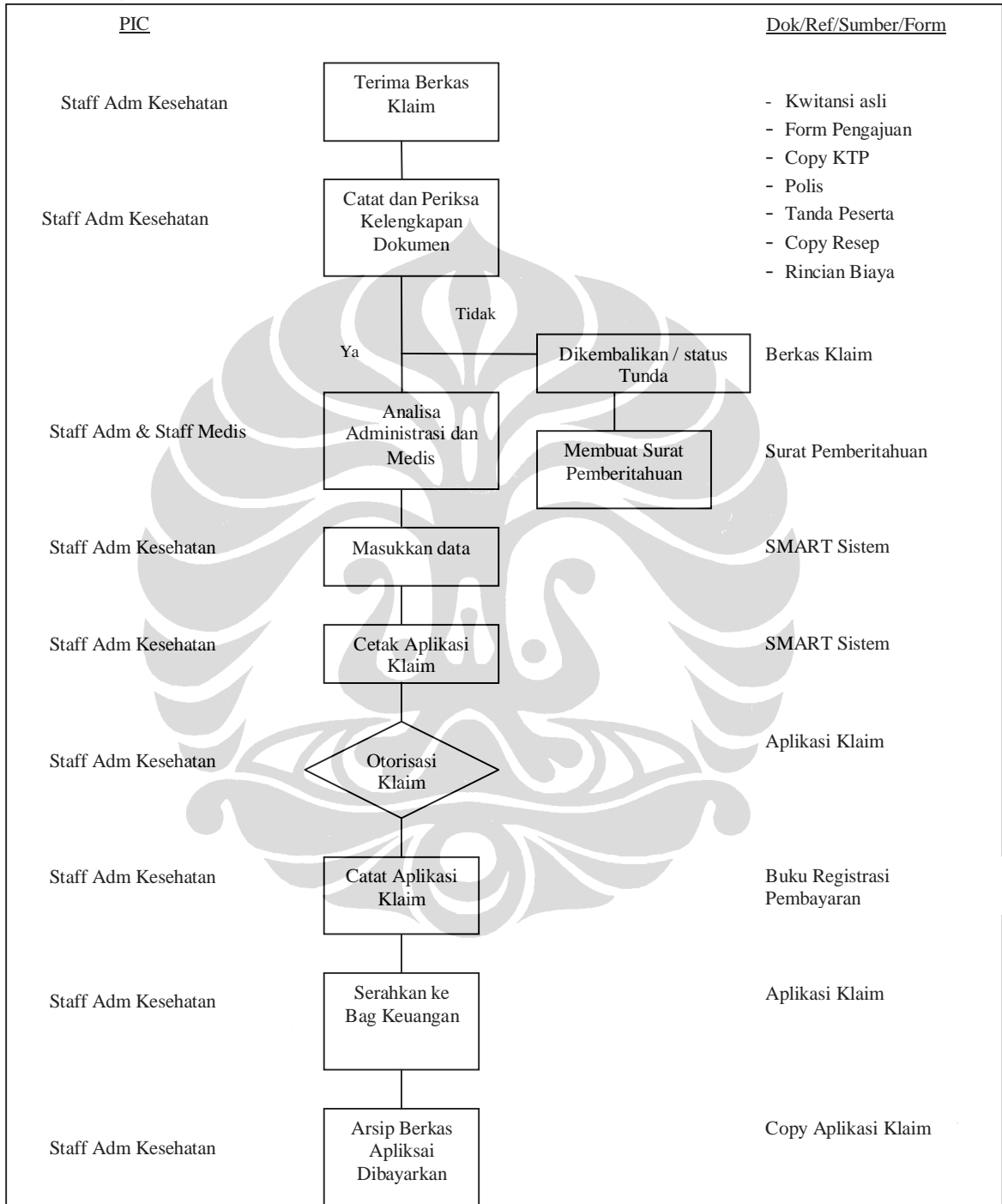
- a. Klaim yang diajukan kepada Takaful selambat-lambatnya 1 (satu) bulan setelah perawatan di rumah sakit. Bila lebih dari batas pengajuan tersebut, maka klaim dianggap kadaluarsa dan tidak ada
- b. Klaim yang diajukan harus dilengkapi dokumen-dokumen:
  - Foto Copy Kartu Peserta
  - Formulir Pengajuan Klaim yang telah diisi secara lengkap dan ditandatangani oleh Peserta dan Dokter yang merawatnya (Formulir disediakan oleh Perusahaan)
  - Kuitansi Asli Lengkap (Perincian biaya dokter, obat, laboratorium, tindakan medis dan lain-lain)
  - Salinan Copy resep obat-obatan
  - Copy surat rujukan dari dokter yang mengirim
  - Copy hasil pemeriksaan penunjang diagnostik
  - Resume medis dari dokter yang merawat
- c. Surat keterangan atau kuitansi pembayaran klaim dari asuransi atau pihak lain, jika klaim telah dibayar seluruhnya atau sebagian oleh asuransi atau pihak lainnya

Khusus untuk klaim meninggal dunia harus dilampirkan Surat Keterangan Kematian dan keterangan mengenai penyebab kematian dari Dokter atau Petugas Intansi Terkait



**5.7 Alur Pembayaran Klaim Kesehatan Reimbursement**

**Gambar 5.1 Alur Pembayaran Klaim Kesehatan Reimbursement PT. Asuransi Takaful Keluarga**



## BAB 6

### HASIL PENELITIAN

#### 6.1 Jumlah Pegawai

Berikut adalah karakteristik pegawai di Unit Klaim PT. Asuransi Takaful Keluarga periode Januari-Maret 2009

**Tabel 6.1**  
**Karakteristik Pegawai di Unit Klaim PT. Asuransi Takaful Keluarga Periode Januari-Maret 2009**

No	Jabatan	Latar Belakang Pendidikan	Lama Bekerja
1	Assistant Manager	D3 Akuntansi (SMK Analist)	10 Thn
2	Claim Analist	S1- Asuransi Kesehatan	6 Thn
3	Claim Analist	S1- Asuransi Kesehatan	5 Thn
4	Claim Analist	D3- Asuransi Kesehatan	6 Thn
5	Claim Register	S1- Akuntansi	3 Thn

Diketahui bahwa jumlah pegawai di Unit Klaim adalah sebanyak 5 (lima) orang, yang terdiri dari seorang Assistant Manager, 3 (tiga) orang Claim Analist dan seorang Claim Register. Kemudian dari hasil wawancara terhadap pegawai diketahui bahwa jumlah SDM yang ada kurang mencukupi, mengingat tugas yang diemban cukup banyak.

## 6.2 Volume Klaim

Berikut merupakan gambaran jumlah pengajuan klaim kesehatan yang masuk di unit klaim selama Januari-Maret 2009

**Tabel 6.2**  
**Gambaran Jumlah Pengajuan Klaim PT. Asuransi Takaful Keluarga**  
**Periode Januari-Maret 2009**

Bulan	Reimbursement	Provider	Total
Januari	1992	986	2978
Februari	1899	2099	3998
Maret	1858	774	2632
<b>Total</b>	<b>5749</b>	<b>3859</b>	<b>9608</b>

*Sumber: Olah data Laporan Rekapitulasi Pembayaran Klaim dan Monitoring*

Dari tabel diketahui bahwa total pengajuan klaim selama periode Januari-Maret adalah sebanyak 9.608 pengajuan klaim, dimana pengajuan klaim reimbursement lebih banyak dibanding dengan klaim provider yakni sebanyak 5.749 pengajuan klaim.

Berikut hasil petikan wawancara terhadap pegawai di Unit Klaim

*" ..., antara jumlah pegawai dengan banyaknya klaim yang masuk tidak sebanding, dalam sehari rata-rata klaim yang masuk sekitar 200-an"*

## 6.3. Beban Kerja

Untuk mengetahui jenis kegiatan pegawai terhadap kegiatan yang dikerjakan sehari-hari, penulis melakukan pengamatan kegiatan terhadap waktu kerja yang berlaku di perusahaan. Pengamatan dilakukan selama 5 (lima) hari kerja dari pukul 08:00 sampai dengan pukul 17.00 terhadap 5 (lima) orang pegawai di Unit Klaim dengan interval waktu 5 (lima) menit.

Dalam penelitian ini penulis mengategorikan kegiatan menjadi kegiatan produktif dan non produktif, kegiatan produktif sendiri dibagi menjadi dua yakni langsung dan tidak langsung. Kegiatan langsung adalah kegiatan yang berkaitan langsung dengan proses klaim. Kegiatan tidak langsung adalah kegiatan yang dilakukan oleh pegawai Unit Klaim yang berkaitan dengan fungsinya tetapi tidak



berkaitan langsung dengan proses klaim. Sedang kegiatan non produktif adalah kegiatan yang berkaitan dengan kepentingan pribadi dan tidak berkaitan dengan pekerjaan. Dibawah ini penulis menguraikan kegiatan yang dikategorikan kegiatan langsung, tidak langsung serta non produktif.

## 1. Kegiatan Produktif

### 1.1 Kegiatan Langsung

- a. Mengecek kelengkapan berkas klaim dan registrasi klaim
- b. Verifikasi Klaim dan input data
- c. Otorisasi Klaim

### 1.2 Kegiatan Tidak Langsung

- a. Membuat surat Penolakan, Penundaan, Tagihan Piutang Klaim
- b. Menerima telepon dari rekan kerja, nasabah, provider ataupun marketing
- c. Keluar ruangan yang berhubungan dengan tugasnya seperti ke ruang manajer, ke Bagian Keuangan untuk mengantar laporan
- d. Melakukan pembicaraan seperti memberi informasi ke rekan kerja atau konsultasi ke rekan kerja serta melayani marketing
- e. Melakukan kegiatan administrasi seperti mencetak Aplikasi Persetujuan Pembayaran Klaim, mencari berkas, filling berkas, membuat laporan, merapikan dokumen dan lain sebagainya

## 2. Kegiatan pribadi

- a. Shalat
- b. Makan atau minum
- c. Ke toilet atau keluar ruangan untuk melepaskan lelah
- d. Menerima telepon yang tidak berhubungan dengan pekerjaannya atau ngobrol dengan rekan kerja

**Tabel 6.3**  
**Gambaran Jumlah Kegiatan Pegawai Di Unit Klaim Departemen Kesehatan**  
**PT. Asuransi Takaful Keluarga Tanggal 16-20 Maret 2009**

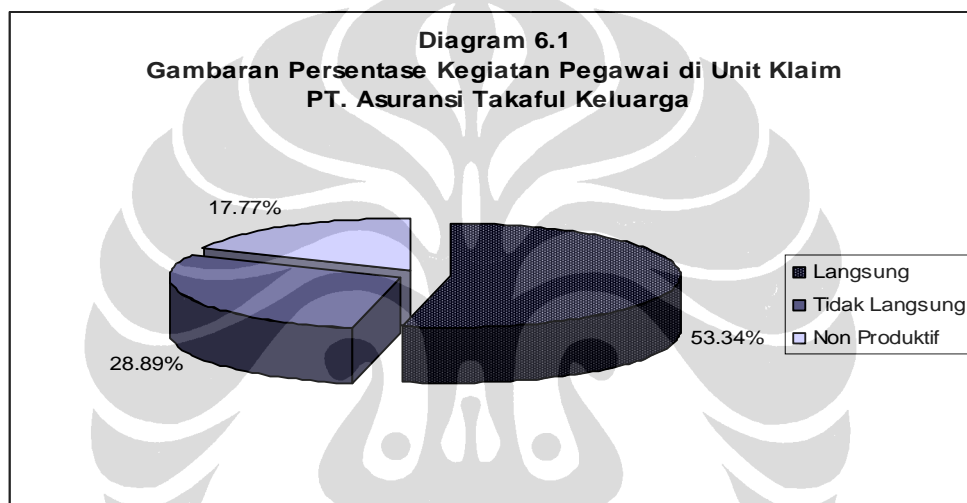
Pengamatan Hari Ke-	Kegiatan						Jumlah
	Produktif				Non Produktif		
	Langsung		Tidak Langsung				
	F	%	F	%	F	%	
I	59	54.63%	33	30.56%	16	14.81%	108
II	60	55.56%	22	20.37%	26	24.07%	108
III	54	50.00%	34	31.49%	20	18.51%	108
IV	53	49.08%	39	36.11%	16	14.81%	108
V	62	57.40%	28	25.93%	18	16.67%	108
<b>Jumlah</b>	<b>288</b>	<b>53.34%</b>	<b>156</b>	<b>28.89%</b>	<b>96</b>	<b>17.77%</b>	<b>540</b>
<b>Rata-rata (hari)</b>	<b>57.6</b>	<b>53.34%</b>	<b>31.2</b>	<b>28.89%</b>	<b>19.2</b>	<b>17.77%</b>	<b>108</b>
<b>Total Produktif dan Non Produktif</b>	<b>444 (82.22%)</b>				<b>96 (17.78%)</b>		<b>540</b>

Dari hasil pengamatan dengan menggunakan metode work sampling selama lima hari diketahui bahwa kegiatan langsung tertinggi ada pada pengamatan hari ke-5 yakni sebesar 57.40%, kemudian disusul pada pengamatan hari ke-2 sebesar 55.56%, pengamatan hari ke-1 sebesar 54.63%, pengamatan hari ke-3 sebesar 50.00% dan yang terkecil pada pengamatan hari ke-4 yakni sebesar 49.08%.

Untuk kegiatan tidak langsung tertinggi ada pada pengamatan hari ke-4 yakni sebanyak 39 pengamatan atau sebesar 36.11%, kemudian pengamatan hari ke-3 sebanyak 34 pengamatan atau sebesar 31.49%, disusul pada pengamatan hari ke-1 yakni sebanyak 33 pengamatan atau sebesar 30.56%, pengamatan pada hari ke-5 sebanyak 25 pengamatan atau 25.93% dan yang terkecil pada pengamatan hari ke-2 yakni sebanyak 22 pengamatan atau sebesar 20.37%.

Sedang untuk kegiatan tidak produktif terbesar ada pada pengamatan hari ke-2 yakni sebanyak 26 pengamatan atau sebesar 24.07%, kemudian pengamatan hari ke-3 yakni sebanyak 20 pengamatan atau sebesar 18.51%, pengamatan pada hari ke-5 sebanyak 18 pengamatan atau sebesar 16.67%, pengamatan yang terkecil ada pada pengamatan hari ke-1 dan hari ke-4 yakni sebanyak 16 pengamatan atau sebesar 14.81%.

Berikut diagram yang menggambarkan presentase kegiatan pegawai di Unit Klaim berdasarkan kegiatan selama 5 (lima) hari pengamatan terhadap 5 (lima) orang pegawai di PT. Asuransi Takaful Keluarga



Dari diagram tersebut terlihat bahwa kegiatan langsung merupakan kegiatan yang paling sering teramati yakni sebesar 53.33%, kemudian disusul dengan kegiatan tidak langsung sebesar 28.89%, sedang untuk yang terkecil adalah kegiatan non produktif yakni sebesar 17.78%.

Untuk kegiatan produktif didapat dengan menjumlahkan total kegiatan langsung dengan kegiatan tidak langsung selama pengamatan atau 5 (lima) hari yakni sebanyak 444 pengamatan atau sebesar 82.22%, sedang kegiatan non produktif sebanyak 96 pengamatan atau sebesar 17.78%. Kemudian untuk rata-rata kegiatan langsung perhari sebanyak 57.6 pengamatan, kegiatan tidak langsung sebanyak 31.2 pengamatan dan kegiatan non produktif sebanyak 19.2 pengamatan.

Berikut adalah jumlah waktu kegiatan pegawai menurut jenis kegiatan di Unit Klaim dalam menit

**Tabel 6.4**  
**Gambaran Jumlah Waktu Kegiatan Pegawai Menurut Jenis Kegiatan di**  
**Unit Klaim Departemen Kesehatan PT. Asuransi Takaful Keluarga**  
**(dalam menit)**

No	Kegiatan	F	%
<b>Produktif</b>			
<b>Langsung</b>			
A	Mengecek kelengkapan berkas klaim dan Registrasi klaim	305'	11.30%
B	Verifikasi dan Input Data	845'	31.30%
C	Otorisasi Klaim	290'	10.74%
<b>Sub Total</b>		<b>1440'</b>	<b>53.34%</b>
<b>Tidak Langsung</b>			
A	Membuat Surat Penolakan, Penundaan, dan Tagihan Piutang	60'	2.22%
B	Menerima Telp dari nasabah, provider maupun marketing	130'	4.81%
C	Keluar ruangan berkaitan dengan tugasnya	55'	2.04%
D	Melakukan Pembicaraan seperti memberi informasi ke rekan kerja atau konsultasi ke rekan kerja serta melayani marketing	180'	6.67%
E	Melakukan kegiatan administrasi seperti mencetak Aplikasi Persetujuan Pembayaran Klaim, mencari berkas, filling berkas, merapikan dokumen dan lain sebagainya	355'	13.15%
<b>Sub Total</b>		<b>780'</b>	<b>28.89%</b>
<b>Non Produktif</b>			
A	Shalat	220'	8.15%

B	Makan atau minum	100'	3.70%
C	Menerima telepon yang tidak berhubungan dengan pekerjaan atau ngobrol dengan rekan kerja	110'	4.07%
D	Ke Toilet atau keluar ruangan untuk melepaskan lelah	50'	1.85%
<b>Sub Total</b>		<b>480'</b>	<b>17.77%</b>
<b>TOTAL (PRODUKTIF DAN NON PRODUKTIF)</b>		<b>2700'</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan hasil pengamatan didapat bahwa waktu terbanyak yang digunakan pegawai Unit Klaim adalah untuk kegiatan langsung yakni 1.440 menit atau sebesar 53.34%, yakni untuk waktu kegiatan verifikasi dan input data sebanyak 845 menit atau sebesar 31.30%, mengecek kelengkapan berkas klaim dan registrasi sebanyak 305 menit atau sebesar 11.30% dan otorisasi klaim sebanyak 290 menit atau 10.47%.

Kemudian disusul dengan waktu kegiatan tidak langsung sebanyak 780 menit atau sebesar 28.89%. Dimana waktu kegiatan administrasi seperti mencetak Aplikasi Persetujuan Pembayaran Klaim, mencari berkas dan sebagainya merupakan kegiatan tertinggi tidak langsung yakni sebanyak 355 menit atau sebesar 13.15%, disusul dengan melakukan pembicaraan atau diskusi sebanyak 180 menit atau 6.67%, menerima telp sebanyak 130 menit atau sebesar 4.81%, membuat surat atau surat menyurat sebanyak 60 menit atau 2.22% dan yang terakhir keluar ruangan berkaitan dengan tugas sebanyak 55 menit atau sebesar 2.25%.

Sedangkan untuk kegiatan non produktif sebanyak 480 menit atau sebesar 17.77% dimana untuk kegiatan ibadah atau shalat berada pada urutan teratas yakni sebanyak 220 menit atau sebesar 8.15%, kemudian digunakan untuk menerima telp pribadi atau mengobrol sebanyak 110 atau sebesar 4.07% dan yang terkecil digunakan untuk ke toilet atau keluar ruangan untuk melepas lelah yakni sebanyak 50 atau sebesar 1.85%.

Bila dilihat dari kegiatan produktif dan non produktif, maka waktu kegiatan produktif jauh lebih besar dibandingkan dengan waktu kegiatan non produktif yakni sebanyak 2220 menit untuk waktu kegiatan produktif dan 480

menit untuk waktu kegiatan non produktif, atau bila dipersentasekan sebesar 82.22% untuk kegiatan produktif dan 17.78% untuk kegiatan non produktif.

Kemudian dari hasil wawancara terhadap pegawai di Unit Klaim didapat bahwa hampir semuanya mengatakan bahwa beban kerja yang mereka tanggung berlebihan, berikut adalah beberapa hasil petikan wawancara dengan pegawai di Unit Klaim

*"Beban kerja yang berikan cukup berat, bisa dilihat masih banyak klaim yang menumpuk".(A)*

*"Overload sekali, kami sering memanfaatkan jam istirahat untuk mengerjakan klaim dan bahkan tak jarang pulang larut".(B)*

*"Menurut saya beban kerja saya berlebihan, perlu diketahui bahwa kita mengurus klaim lebih dari 600 polis dengan ribuan nasabah dari seluruh Indonesia. Tugas kita pun tidak hanya memverifikasi klaim tetapi juga membuat surat penundaan, penolakan serta surat tagihan piutang. Belum lagi kita juga harus melayani marketing, hal itu cukup menyita waktu".(D)*

Dari hasil wawancara tersebut dapat diketahui bahwa tugas pegawai di Unit Klaim tidak hanya untuk memproses sebuah klaim, namun juga bertanggung jawab untuk melayani pertanyaan-pertanyaan dari marketing seputar permasalahan yang berhubungan dengan klaim. Belum lagi bila ada klaim-klaim yang bermasalah seperti kelengkapan administrasi atau klaim yang tidak masuk kedalam pertanggungungan, tentu saja unit klaim bertanggung jawab untuk menginvestigasi klaim tersebut serta memberikan surat pemberitahuan kepada pemegang polis atau nasabah atas klaim yang bermasalah tersebut.

Berdasarkan Laporan Pembayaran Rekapitulasi Pembayaran Klaim Kesehatan dan Laporan Surat Penundaan diketahui bahwa selama bulan Januari-Maret terdapat 1.087 kasus klaim yang bermasalah, dimana 291 kasus diakibatkan karena kelengkapan administrasi yang tidak sesuai dan 796 kasus karena klaim tersebut tidak masuk pertanggungungan atau tidak valid.

Karena banyaknya tugas yang diemban tersebut terkadang menuntut sebagian besar pegawai di Unit Klaim bekerja lembur bahkan dihari sabtu atau minggu. Seperti yang dikutip dari hasil wawancara dengan pegawai di Unit Klaim

*"Untuk masuk dihari libur sekitar 2-3 kali dalam sebulan, biasanya dihari sabtu. Sedang untuk pulang telat (lembur) biasanya dalam seminggu sekitar 2 kali seminggu"(A)*

*"Sekitar 3 kali dalam satu bulan saya masuk dihari libur, namun bila kerjaan menumpuk bisa 4 kali dalam sebulan, biasanya saya gunakan untuk meregistrasi klaim atau terkadang merapikan berkas (filling). Sedang untuk dihari kerja sekitar 3-4 kali".(D)*

#### 6.4 Ketepatan Waktu Pembayaran

Dari serangkaian penelitian yang dilakukan melalui pengumpulan data dan wawancara mendalam yang dilakukan pada pegawai di Unit Klaim, kasus keterlambatan klaim masih ditemukan, berikut adalah hasil olah data Laporan Rekapitulasi Pembayaran Klaim Kesehatan Reimbursement periode Januari-Maret 2009

**Tabel 6.5**

**Keterlambatan Pembayaran Klaim Kesehatan Reimbursement di PT.  
Asuransi Takaful Keluarga Periode Januari-Maret 2009**

Bulan	Klaim	Klaim $\leq$ 14 Hari Kerja	%	Klaim $\geq$ 14 hari Kerja	%
Januari	1992	1532	76.90%	460	23.10%
Februari	1899	1607	84.63%	292	15.37%
Maret	1858	1278	68.78%	580	31.22%
<b>Total</b>	<b>5749</b>	<b>4417</b>	<b>76.83%</b>	<b>1332</b>	<b>23.17%</b>

*Sumber : Olah Data Laporan Rekapitulasi Pembayaran Klaim Kesehatan Reimbursement*

Berdasarkan Laporan Rekapitulasi Pembayaran Klaim Kesehatan PT. Asuransi Takaful Keluarga periode Januari-Maret 2009, jumlah pembayaran klaim reimbursement sebanyak 5749 klaim. Dimana dari hasil olah data Laporan

Rekapitulasi tersebut penulis menemukan 1323 kasus keterlambatan atau sebesar 23.17%, sedang sisanya 4417 klaim atau sebesar 76.83% dapat dibayarkan sesuai dengan waktu yang disepakati dalam kontrak atau polis yakni tidak melebihi 14 hari kerja.

Kejadian kasus keterlambatan pembayaran klaim kesehatan reimbursement terbesar terjadi pada bulan Maret yakni sebesar 31.22%, kemudian bulan Januari sebesar 23.10% dan yang terkecil bulan Februari yakni sebesar 31.22%.

Prosedur proses klaim kesehatan reimbursement berdasarkan polis adalah 14 (empat hari) kerja. Dari hasil wawancara terhadap pegawai di Unit Klaim PT. Asuransi Kesehatan diketahui bahwa kasus keterlambatan klaim tidak dipungkiri pernah terjadi,

*"Ada, itu terjadi karena banyaknya klaim yang masuk. Biasanya pada beberapa perusahaan yang mengajukan klaim sekaligus dimana klaim-klaim dari pegawainya dikumpulkan terlebih dahulu, kemudian dalam jangka waktu tertentu akan diajukan ke kita. Jadi tak jarang bila perusahaan tersebut mengajukan klaim, claim analist yang bertanggung jawab terhadap klaim perusahaan tersebut menjadi kewalahan, karena banyaknya pengajuan"(C)*



## **BAB 7**

### **PEMBAHASAN**

#### **7.1 Keterbatasan Penelitian**

Pada penelitian tentang gambaran keterlambatan pembayaran klaim kesehatan reimbursement, penulis melakukan wawancara mendalam (*indepth interview*) dan pengamatan untuk mengumpulkan informasi tentang hal-hal yang berhubungan dengan proses klaim reimbursement. Di dalam pengumpulan data tersebut, terdapat beberapa keterbatasan yakni:

##### **1. Keterbatasan wawancara**

Dari wawancara yang telah dilakukan, adakalanya informan sedikit sulit untuk memberikan informasi, seperti ketika dimintai keterangan mengenai kasus keterlambatan klaim, mereka sedikit ragu untuk menyampaikannya. Hal ini dapat dimaklumi karena kasus keterlambatan klaim merupakan hal yang sensitif untuk dipublikasikan.

##### **2. Keterbatasan Referensi**

Referensi yang berkaitan dengan bidang asuransi kesehatan tergolong masih sangat terbatas, terutama yang berkaitan dengan administrasi klaim. Sehingga untuk membandingkan antara keadaan dilapangan dengan teori yang ada masih kurang optimal.

#### **7.2 Jumlah Pegawai**

Menurut Ramli (2009), salah satu penyebab keterlambatan pembayaran klaim adalah tenaga yang kurang. Diketahui bahwa jumlah pegawai di Unit Klaim hanya berjumlah 5 (lima) orang yang terdiri dari seorang Assistant Manager, 3 (tiga) orang Claim Analist serta seorang Claim Register.

Menurut penulis di Unit Klaim, jumlah pegawai yang ada dirasa masih kurang memadai mengingat tugas yang diemban cukup banyak. Maka tak heran bila pegawai di Unit Klaim harus bekerja lembur untuk menyelesaikan klaim-klaim yang diajukan oleh pemegang polis atau nasabah, bila tidak demikian kasus keterlambatan pembayaran klaim semakin banyak.

### 7.3 Volume Pengajuan Klaim

Dari hasil penelitian diketahui bahwa total pengajuan klaim selama bulan Januari-Maret 2009 adalah berjumlah 9.608 pengajuan. Dimana 5.749 diantaranya merupakan pengajuan reimbursement yang tiap klaimnya harus diselesaikan dalam jangka waktu tidak lebih dari 14 (empat belas) hari kerja.

Namun banyaknya klaim yang masuk tidak sebanding dengan jumlah pegawai. Dalam satu hari, rata-rata berkas berkas klaim yang masuk adalah sebanyak 200 pengajuan. Karena banyaknya klaim yang masuk inilah yang membuat beban kerja pegawai di Unit Klaim dirasa berlebih, sehingga kasus keterlambatan klaim terjadi.

### 7.4 Beban Kerja

Pengamatan dengan metode work sampling merupakan salah satu cara untuk mengukur beban kerja pegawai pada unit tertentu. Dari hasil pengamatan dengan *work sampling* terhadap seluruh karyawan Unit Klaim yakni seorang *Assistant Manager*, tiga orang *Claim Analist* dan seorang *Claim Register* selama lima hari kerja, tercatat sebanyak 540 pengamatan, dimana kegiatan langsung tercatat sebanyak 288 pengamatan, kegiatan tidak langsung sebanyak 156 pengamatan dan kegiatan non produktif sebanyak 96 pengamatan.

Sedangkan untuk penggunaan waktu kegiatan produktif sebanyak 2220 menit atau sebesar 82.22% yang terdiri dari waktu kegiatan langsung sebanyak 1440 menit atau sebesar 53.34% dan waktu kegiatan tidak langsung sebanyak 780 menit atau sebesar 28.89%. Sedang untuk waktu kegiatan non produktif sebanyak 480 menit atau sebesar 17.77%.

Melihat hasil pengamatan tersebut, maka beban kerja di Unit Klaim bisa dikatakan tinggi. Menurut Yaslis (2004), waktu kerja produktif yang optimum sebesar 80%. Bila para pegawai sudah bekerja diatas 80% dari waktu produktifnya, maka perlu dipertimbangkan dan diperhatikan untuk menambah sumber daya manusia baru.

Tingginya beban kerja tersebut juga diakui oleh seluruh pegawai, mereka kerap kali harus pulang malam atau bahkan tetap bekerja dihari libur seperti hari

sabtu atau minggu untuk mengejar tenggat waktu penyelesaian proses klaim. Dalam satu bulan bisa 2-3 kali mereka masuk kerja dihari libur tersebut.

Menurut Sastowinoto (1985) yang dikutip dari Nurani (1999), beban kerja dipengaruhi oleh volume pekerjaan yang dibebankan kepada seorang pekerja. Penulis berpendapat banyaknya klaim yang masuk tidak sebanding dengan jumlah pegawai yang ada. Dari Laporan Monitoring Klaim periode Januari-Maret 2009, total pengajuan klaim adalah sebanyak 9.068 pengajuan klaim dimana 5.749 diantaranya merupakan pengajuan klaim reimbursement. Sebagai contoh, karena banyaknya klaim yang masuk, seorang *claim analist* baru menerima klaim yang sudah diregist seminggu dari tanggal pengajuan klaim oleh pemegang polis atau nasabah. Hal ini terjadi karena pegawai yang bertugas untuk meregistrasi klaim hanya berjumlah satu orang, itu pun tidak hanya bertugas meregistrasi klaim namun juga bertanggung jawab dalam *filling* dan pembuatan surat piutang.

Belum lagi bila ada klaim yang bermasalah, hal itu tentu saja akan menambah beban kerja *claim analist*, karena *claim analist* harus menginvestigasi lebih lanjut klaim tersebut. Contohnya saja seperti kasus penundaan atau penolakan yang terjadi selama bulan Januari-Maret yang berjumlah 1.087 kasus, bila tidak ada kasus-kasus tersebut tentu saja seorang pegawai di Unit Klaim tidak perlu repot-repot menginvestigasi atau mengurus kekurangan administrasi persyaratan pengajuan klaim kesehatan reimbursement.

Salah satu hal sebuah pengajuan klaim dapat terselesaikan dengan baik adalah kepatuhan peserta yang baik juga (Ramli, 1996). Namun bila kepatuhan pemegang polis atau nasabah dalam mengikuti prosedur pengajuan klaim kurang atau fakta-fakta yang diperlukan dalam proses penyelesaian klaim tidak terpenuhi maka tentu saja pengajuan klaim tersebut akan ditangguhkan atau ditunda, itu berarti akan menambah beban kerja seorang Claim Analist, karena ia harus membuat surat pemberitahuan akan klaim yang bermasalah tersebut ke pemegang polis atau nasabah.

Selain bertanggung jawab atas proses penyelesaian klaim, pegawai di Unit Klaim kerap kali harus menerima keluhan atau pertanyaan baik dari nasabah, provider maupun dari marketing mengenai proses pengerjaan klaim. Walaupun tugas tersebut sebenarnya ditangani oleh bagian *customer service* yang diharapkan

dapat menerima, menampung dan menyelesaikan setiap pertanyaan nasabah yang berkaitan dengan pemrosesan klaim. Namun kenyataannya, hal tersebut kerap terjadi pada pegawai di Unit Klaim, oleh karena itu tak jarang waktu yang seharusnya dapat digunakan untuk mengerjakan klaim, jadi terpotong untuk melayani nasabah ataupun marketing.

### **7.5 Ketepatan Waktu Pembayaran Klaim**

Menurut Thabrany (2001) yang dikutip oleh Novalianty (2004) untuk administrasi klaim, manajemen kinerja sangat penting. Efisiensi dan kualitas harus dievaluasi dengan penilaian yang sesuai dan penelurusan data dan laporan secara rinci mutlak diperlukan

Menurut Brown (2002) Administrasi klaim yang efektif adalah apabila perusahaan asuransi memenuhi tanggung jawabnya kepada para tertanggung untuk segera membayarkan semua klaim yang sah dengan nilai yang pantas dan menolak klaim yang tidak masuk dalam pertanggungan atau yang merupakan penipuan.

Perusahaan asuransi mempunyai tanggung jawab untuk membayar segera dan adil setiap klaim yang masuk kepada nasabah, seperti PT. Asuransi Takaful Keluarga yang mempunyai komitmen untuk membayarkan klaim tidak lebih dari 14 hari kerja, namun adakalanya perusahaan luput dalam kewajibannya untuk membayar klaim sesuai pada waktunya. Berdasarkan hasil analisa Laporan Rekapitulasi Pembayaran Klaim Reimbursement tercatat sebanyak 1332 kasus keterlambatan atau sebesar 23.17%.

Di Amerika, kewajiban ini dituntut oleh undang-undang bahwa setiap perusahaan harus membayar klaim pada periode waktu tertentu (15 hari), apabila tidak dibayar tepat waktu sedangkan perusahaan telah menerima bukti klaim secara lengkap, maka perusahaan asuransi wajib membayar bunga sesuai dengan keterlambatan waktu pembayaran (Yaslis, 2006)

Keterlambatan ini disebabkan karena tugas yang diemban tidak sesuai dengan jumlah pegawai di Unit Klaim sehingga beban kerja dirasa berlebih, oleh karena itu tak heran bila kasus keterlambatan dapat terjadi.

## 7.6 Upaya Bagian Klaim

Upaya-upaya yang dilakukan oleh Department Health and ASO Unit Klaim terhadap kasus keterlambatan pembayaran klaim diantaranya adalah

- Melakukan pertemuan/meeting dengan seluruh pegawai di Unit Klaim guna membahas segala permasalahan yang terkait dengan proses klaim
- Melakukan pertemuan dengan marketing untuk membahas masalah-masalah yang terjadi yang berkaitan dengan proses klaim
- Menyediakan pelayanan pelanggan 24 jam untuk menangani dan mengatasi semua pertanyaan dan kebutuhan tertanggung
- Memberikan kemudahan prosedur dan ketentuan kepada tertanggung. Misalnya: pemegang polis atau nasabah tidak harus melampirkan hasil penunjang diagnostik, cukup memberikan bukti perincian biaya saja

