

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Definisi Asuransi

Seperti yang dikutip oleh Syakir Sula dalam bukunya yang berjudul *Asuransi Syariah, Konsep dan Sistem Operasional*, Kata asuransi berasal dari Belanda, *assurantie*, yang dalam hukum Belanda disebut *Verzekering* yang artinya pertanggungan. Banyak definisi tentang asuransi, Menurut Robertl I. Mehr, asuransi adalah:

*“ a device for reducing risk by combininig a suffinceient number of exposure units to make their individual losses collectively predictable. The predictable loss is then shared by or distributed proportionately among all units in the combination ”*

Menurut Asosiasi Asuransi Kesehatan Amerika (*Health Insurance Association of America/HIAA*), seperti dikutip oleh Yaslis Ilyas (2006) definisi asuransi kesehatan adalah :

*“...Plan of risk management that, for a price, offers the insured an opportunity to share the costs of possible economic loss through an entity called an insurer. An insurer is a party to the insurance contract that promises to pay losses of benefits. Also, any corporation engaged in the business of furnishing insurance to the public.”*

Secara baku, definisi asuransi di Indonesia telah ditetapkan dalam UU No.2 Tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian. seperti dikutip Hasbullah Thabrany (1999) dalam *Introduksi Asuransi Kesehatan* adalah sebagai berikut:

*“...Asuransi atau Pertanggungan adalah perjanjian antara dua pihak atau lebih, dengan mana pihak penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung, dengan menerima premi asuransi, untuk memberikan penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan, kehilangan keuntungan yang diharapkan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin akan diderita tertanggung, yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti, atau untuk memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungkan.”*

## 2.2 Pengertian Klaim

Menurut Kamus Besar Klaim adalah tuntutan pengakuan atas suatu fakta bahwa seseorang berhak (untuk memiliki atau mempunyai) atas sesuatu.

Menurut Yaslis Ilyas dalam Manajemen Utilisasi, Manajemen Klaim dan Kecurangan Asuransi Kesehatan (*Fraud*) tahun (2006) pengertian klaim adalah suatu permintaan salah satu dari dua pihak yang mempunyai ikatan, agar haknya terpenuhi. Satu dari dua pihak yang melakukan ikatan tersebut akan mengajukan klaimnya kepada pihak lainnya sesuai dengan perjanjian atau provisi polis yang disepakati bersama oleh kedua pihak.

Pada manajemen klaim ada beberapa hal penting yang perlu diperhatikan, antara lain:

1. Adanya dua pihak yang jelas melakukan ikatan perjanjian

Hal ini menggambarkan secara jelas siapa yang melakukan ikatan dengan siapa dan kejelasan pihak-pihak yang memiliki hak serta kewajiban

2. Adanya ikatan perjanjian yang jelas dan resmi antara kedua pihak

Bentuk ikatan ini akan memengaruhi kepatuhan kedua pihak terhadap ikatan perjanjian yang mereka sepakati bersama. Ikatan tersebut dapat berbentuk saling percaya, saling mengikat secara etis, secara adat dan secara hukum

3. Adanya *informed consent*

*Informed* artinya kedua pihak mengetahui dan memahami semua aspek yang mengikat mereka. Adapun *consent* adalah ikatan tersebut dilakukan dengan dasar kesadaran dan kesukarelaan dan bukan didasarkan karena paksaan, ancaman atau tipuan.

4. Didokumentasikan

Dokumentasi dari pernyataan ikatan antara kedua pihak diperlukan untuk mencegah pengingkaran oleh salah satu pihak yang bisa disengaja atau tidak disengaja. Biasanya bentuk perjanjian ini berupa sertifikat polis yang berisi tentang segala hal yang berkaitan dengan kewajiban dan tanggung jawab kedua belah pihak secara tertulis.

### 2.3 Administrasi Klaim

Administrasi klaim menurut definisi HIAA (*Health Insurance Association of America*) adalah proses pengumpulan bukti atau fakta yang berhubungan dengan kejadian sakit dan cedera, melakukan perbandingan dengan ketentuan polis dan menentukan manfaat yang dapat dibayarkan kepada tertanggung atau penagih klaim. (Ilyas, 2006)

Walaupun hanya merupakan satu kata, klaim mempunyai arti yang luas, penting dan merupakan suatu proses, artinya melakukan klaim harus mengikuti langkah-langkah yang telah disepakati oleh kedua pihak yang berikatan (Ramli, 1999)

Secara umum langkah-langkah tersebut terdiri dari:

1. Penerimaan dan perampungan klaim
2. Telaah dan verifikasi klaim
3. Pembuatan Keputusan klaim
4. Penyelesaian Klaim

Dalam administrasi klaim melibatkan unsur-unsur sebagai berikut:

#### 1. Tertanggung

Dalam hal ini tertanggung (*insured*) sesegera mungkin harus melaporkan atau memberi informasi dan mengajukan berkas klaim kepada pihak penanggung atau perusahaan asuransi (*insurer*). Dalam mengajukan berkas klaim, ada beberapa hal yang harus dipenuhi tertanggung, yaitu: melengkapi berkas-berkas klaim seperti: kuitansi asli, resep obat dan data lain, misalnya surat jaminan pelayanan (presertifikasi) untuk kasus rawat inap dan pembedahan.

#### 2. Pemegang Polis

Untuk program asuransi kesehatan kepesertaan kelompok (*group health insurance*), polis biasanya dipegang oleh divisi atau bagian personalia. Dalam hal administrasi klaim, pemegang polis secepatnya harus memberi konfirmasi kepada perusahaan asuransi tentang adanya peserta yang mengajukan klaim dan memastikan bahwa pengaju klaim atau tertanggung masih *eligible*. Dalam pengajuan klaim, pemegang polis juga berperan dalam melakukan skrining terhadap kelengkapan berkas klaim dan eligibilitas pengaju klaim sebelum diajukan ke perusahaan asuransi. Pemegang polis merupakan mitra kerjasama

perusahaan asuransi dalam melakukan investigasi atau penyelidikan terhadap klaim-klaim yang bermasalah.

### 3. Perusahaan Asuransi

Dalam hal ini perusahaan asuransi harus dapat dan bersedia mengembangkan prinsip-prinsip manajemen klaim yang baik dan benar dan tidak merugikan tertanggung. Prosedur klaim yang ditetapkan juga harus efektif dan efisien, disamping harus mampu melakukan penekanan biaya (*cost containment*). Perusahaan asuransi harus menyediakan pedoman dan petunjuk yang jelas mengenai prosedur dan proses klaim kepada setiap tertanggung terutama kepada pemegang polis atau *group health insurance*.

### 4. Pemberi Pelayanan Kesehatan

Dalam administrasi klaim, provider pelayanan kesehatan baik rumah sakit, klinik, apotik ataupun dokter praktek harus memberikan informasi yang jelas dan benar mengenai pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada tertanggung. Pelayanan kesehatan yang diberikan harus sesuai dengan hak-hak tertanggung tentang pelayanan kesehatan yang dijamin oleh perusahaan. Ada produk asuransi kesehatan yang membatasi pelayanan untuk kehamilan, melahirkan, penyakit akibat hubungan seksual, HIV, gagal ginjal dan bedah jantung. Ada juga polis yang membatasi semua pelayanan yang berkaitan dengan kecantikan, kebugaran, vitamin dan *food supplement* tidak dijamin oleh perusahaan asuransi. pengecualian pelayanan kesehatan harus diketahui oleh semua pihak secara jelas dan sadar untuk mencegah terjadinya kesalahpahaman. Hal ini sering menimbulkan konflik antara perusahaan asuransi, tertanggung dan pemberi pelayanan kesehatan.

## 2.4 Cara Pengajuan Klaim

Pengajuan klaim dapat dibedakan atas tiga cara (Ilyas, 2006) yaitu:

### 1. *Direct submission*

Dengan metode ini, pemegang polis atau tertanggung mengajukan langsung klaimnya ke perusahaan asuransi. Perusahaan melakukan verifikasi atas klaim yang diajukan dan melakukan pembayaran langsung kepada tertanggung. *Direct submission* dapat dilakukan dengan pendekatan *claim kit*, dimana masing-

masing bertanggung dilengkapi dengan *claim kit* yang mencakup formulir klaim dan instruksi bagaimana mengisi formulir tersebut dan bagaimana cara melakukan pengajuan klaim. Pendekatan *claim kit* dikembangkan khusus untuk digunakan oleh perusahaan besar. Karena pendekatan ini sukses digunakan beberapa perusahaan asuransi memperluas pendekatan ini pada kelompok yang lebih kecil, yaitu kurang dari 100 jiwa dan pada peserta perseorangan. Selain itu dapat diajukan dengan pendekatan *card-only*, dimana masing-masing bertanggung dilengkapi dengan kartu yang menjelaskan atau mengidentifikasi benefit-benefit yang diperoleh. Pendekatan kartu, baik untuk perusahaan yang besar, dengan lokasi yang terpusat dan populasi pekerja yang stabil serta menyediakan rencana pengeluaran medis dengan beberapa batasan dan pengecualian. Manfaat pengajuan klaim dengan *direct submission* antara lain:

- a. Meringankan beban administrasi pemegang polis
- b. Mempermudah proses penagihan
- c. Melindungi informasi, contoh: informasi medis

## 2. *Policyholder submission (group health insurance)*

Pengajuan klaim yang dilakukan oleh pemegang polis, bertanggung menginformasikan perihal klaim yang diajukan kepada pemegang polis, biasanya bagian personalia. Pemegang polis menyediakan formulir klaim beserta instruksinya kepada bertanggung pengaju klaim. Setelah menerima berkas klaim yang lengkap dari bertanggung, kemudian pemegang polis mereview kelengkapannya dan menyatakan bahwa pengaju klaim *eligible* untuk dijamin dan kemudian mengirim berkas klaim tersebut kepada perusahaan asuransi. Langkah-langkah pengajuan klaim oleh pemegang polis adalah sebagai berikut:

- a. Bertanggung atau pegawai yang mengajukan klaim adalah peserta atau bertanggung yang menjadi anggota pembayar premi asuransi kesehatan yang dikelola oleh pemegang polis kelompok perusahaan.
- b. Pemegang polis menyatakan bahwa bertanggung tersebut adalah benar anggotanya dan biaya yang dikeluarkan merupakan pelayanan yang mendapat jaminan dari polis kelompok perusahaan.
- c. Pemegang polis memberikan formulir klaim kepada bertanggung beserta instruksi pengisiannya.

- d. Formulir yang telah diisi lengkap dan telah diterima dari tertanggung tersebut kemudian diperiksa kembali kelengkapannya dan dinyatakan oleh pemegang polis bahwa tertanggung tersebut berhak atas tanggungan dan dikirimkan kepada perusahaan asuransi kesehatan.
- e. Perusahaan asuransi kesehatan memproses klaim dan mengirimkan pembayaran ke pemegang polis untuk diberikan kepada peserta atau tertanggung, kecuali pembayaran harus dibayarkan kepada provider. Pembayaran klaim dapat juga dilakukan langsung ke peserta asuransi.

### 3. *Third-Party submission*

Perusahaan asuransi kesehatan bekerja sama dengan perusahaan TPA (*Third-Party Administration*) dengan memberikan kewenangan untuk melakukan prosesi klaim dan melakukan pembayaran klaim dalam batasan jumlah tertentu sesuai dengan kesepakatan dengan perusahaan asuransi.

Namun ada beberapa kerugian bila menggunakan jasa TPA (*Third-Party Administration*), antara lain:

- a. *Third-Party Administrator* cenderung menggunakan sistem yang mereka kembangkan sendiri.
- b. Mereka melakukan interpretasi sendiri terhadap polis dan praktek administrasi.
- c. Menambah biaya

## 2.5 Tujuan Prosesi Klaim

Menurut Brown (2002), fokus dan falsafah klaim semua perusahaan asuransi adalah administrasi klaim yang cepat, adil dan sopan. Sedangkan tujuan dari prosesi klaim (Ilyas,2006) adalah untuk:

- a. Membayar semua klaim yang valid
- b. Mengidentifikasi kemungkinan terjadi tindakan kecurangan, baik yang disengaja (*fraud*) maupun yang tidak disengaja (*abuse*) dalam melakukan klaim.
- c. Memenuhi peraturan pemerintah
- d. Menghindari atau mencegah tuntutan hukum
- e. Mengkoordinasikan benefit.

- f. Melakukan kontrol terhadap biaya klaim (*claim cost*)

## 2.6 Syarat Pengajuan Klaim

Berikut adalah syarat yang biasanya harus dipenuhi pada prosesi klaim manual, dimana penagih klaim harus menyerahkan klaim kit secara lengkap kepada asuradur (Ilyas, 2006) antara lain :

1. Fotocopy kartu peserta yang masih berlaku
2. Formulir “keterangan medik”, yang berupa :
  - a. Identitas Pasien
  - b. Tanggal Pemeriksaan
  - c. Diagnosa
  - d. Tindakan yang dilakukan / tindakan khusus
  - e. Rincian biaya
  - f. Tanda tangan dokter yang memeriksa dan tanda tangan pasien
3. Fotocopy resep
4. Formulir-formulir penunjang diagnostik yang dilakukan
5. Kuitansi asli (disertakan materai sesuai ketentuan pemerintah) dari PPK yang mengajukan klaim

Adapun beberapa syarat pengajuan klaim rawat inap adalah sebagai berikut:

1. Fotocopy kartu peserta yang masih berlaku
2. Kuitansi asli (disertakan materai sesuai dengan ketentuan pemerintah) dari PPK yang mengajukan klaim
3. Rincian biaya/billing rumah sakit
4. Copy hasil pemeriksaan penunjang diagnostic, jenis obat-obatan dan tindakan khusus
5. Resume medik dari dokter yang merawat, yang menggambarkan riwayat penyakit selama dalam perawatan
6. Surat jaminan yang dikeluarkan oleh perusahaan asuransi (presertifikasi)

## 2.7 Jenis-jenis Klaim

Bentuk-bentuk klaim bermacam-macam dan umumnya bisa dibagi menjadi dua (Ramli, 1999), yaitu:

1. Klaim wajar

Satu pihak menurut haknya sesuai dengan kesepakatan atau sesuai dengan yang ada dalam polis.

2. Klaim tidak wajar

Disini klaim terjadi bila satu pihak dengan sadar menyingkari apa yang telah sama-sama disepakati.

Adapun masalah-masalah dalam klaim antara lain;

1. Keterlambatan, hal ini disebabkan antara lain;

- Tenaga kurang
- Keahlian kurang
- Tidak jujur
- Konflik
- Proses berbelit-belit

2. Kesalahan pihak asuransi

- Pembayaran berlebih
- Pembayaran kurang

3. Kesalahan pihak peserta

- Tidak paham
- Niat buruk
- Bingung

4. Kesalahan PPK

- Tidak paham
- Niat buruk
- Tidak peduli

Sedangkan berdasarkan sudut pandang pihak yang mengajukan penggantian biaya klaim dapat dibedakan menjadi dua (Ilyas, 2006) yaitu:

1. Klaim perorangan

Klaim perorangan adalah suatu penggantian biaya (*reimbursement*) yang terjadi pada asuransi indemnititas.

2. Klaim provider

Klaim dari provider terjadi pada asuransi produk *managed care*, dimana ada ikatan kerjasama antara perusahaan asuransi atau Bapel JPK dengan provider



yang dibayar secara praupaya. Klaim dapat dilakukan oleh: klinik, dokter spesialis, rumah sakit, apotik dan optik.

## 2.8 Aspek-aspek di dalam Administrasi Klaim

Pada unit klaim terdapat dua jenis personel yang berperan sesuai dengan tugas fungsi dari unit tersebut. Biasanya, personel unit klaim dibagi dua kelompok yakni klaim register dan klaim analis. Menurut Ramli (1999), ciri-ciri pekerjaan administrasi manajemen klaim memerlukan keahlian, ketekunan, kejujuran, time consuming dan sensitif terhadap konflik.

Dalam bukunya yang berjudul *Insurance Administration*, Jane Lightcap Brown dan Kristen L. Falk (2002), menuliskan bahwa fokus dari falsafah klaim semua perusahaan asuransi adalah administrasi yang cepat, adil dan sopan. Cara-cara penanganan klaim pada perusahaan asuransi umumnya mencakup komitmen-komitmen berikut:

1. Segera menangani klaim serta memberitahu peserta jika pengumpulan informasi yang diperlukan mengambil keputusan klaim membutuhkan waktu yang lebih lama
2. Menerapkan ketentuan-ketentuan polis secara konsisten
3. Melatih staff klaim agar mereka mampu melakukan pekerjaannya secara profesional dan akurat serta mampu mendokumentasikan penanganan klaim secara benar
4. Melakukan investigasi atas klaim yang meragukan
5. Mendapatkan nasihat medis dan hukum yang bermutu tinggi yang diperlukan dalam pengambilan keputusan atas suatu klaim
6. Memberikan penjelasan yang sopan, segera dan lengkap kepada para peserta mengenai klaim-klaim yang manfaatnya tidak bisa dibayarkan atau dibatasi
7. Mengizinkan peserta untuk menyerahkan informasi pendukung tambahan atas suatu klaim yang ditolak atau dibatasi
8. Menyediakan sarana yang memadai untuk pengajuan banding atas klaim-klaim yang ditolak

## 2.9 Langkah-langkah Prosedur Klaim

Tahapan dari prosesi klaim pada setiap perusahaan asuransi dapat bervariasi, tetapi perbedaannya relatif kecil, secara umum (Ilyas, 2006) menyebutkan beberapa langkah-langkah prosedur klaim adalah sebagai berikut :

### 1. Penerimaan dan perampungan klaim

Dilakukan pengecekan ulang terhadap berkas-berkas yang diajukan. Hal yang perlu dipertanyakan adalah “Apakah berkas-berkas klaim tersebut sesuai dengan syarat-syarat yang diberlakukan dan disepakati oleh kedua belah pihak?”.

### 2. Telaah dan verifikasi klaim.

Klaim yang diterima oleh unit klaim sebelum diputuskan untuk dibayar perlu ditelaah secara cermat terlebih dahulu. Untuk itu ada langkah-langkah baku yang biasanya dilakukan oleh perusahaan asuransi. tahapan yang harus dilakukan biasanya dikerjakan secara berurutan agar tidak terjadi kemungkinan lolosnya kegiatan yang harus dilakukan. Disamping itu, tahapan tersebut harus dilakukan secara konsisten dan cermat. Beberapa tahapan yang perlu dilakukan adalah sebagai berikut:

- 1) Keabsahan pihak yang mengajukan klaim.
- 2) Kelengkapan formulir klaim, termasuk didalamnya tanda tangan dokter yang memeriksa dan peserta.
- 3) Kesesuaian klaim dengan kesepakatan kedua belah pihak atau polis, khususnya mengenai:
  - batasan pelayanan
  - batasan biaya
  - pengecualian tindakan
- 4) Batas waktu pengajuan klaim.
- 5) Kewajaran klaim, yaitu kewajaran antara diagnosa, jenis obat yang diberikan dan tindakan yang dilakukan.

### 3. Penyelesaian Klaim

Penyelesaian klaim dapat dibagi menjadi dua kelompok (Ilyas, 2006) yaitu: Penyelesaian klaim PPK dan peserta.

1) Tahapan penyelesaian klaim PPK.

- a. Telaah isi klaim/kontrak dan polis.
- b. Periksa isi kontrak.
  - Cakupan hak dan kewajiban.
  - Eksklusi (hal-hal yang tidak dijamin).
  - Limitasi
  - Hal-hal yang boleh atau tidak (*terms and condition*).
  - Keabsahan mengenai kepesertaan dan waktu peserta.
  - Cara pembayaran.

2) Tahapan penyelesaian klaim peserta.

- a. Telaah isi klaim/kontrak dan polis.
- b. Periksa isi kontrak.
  - Cakupan hak dan kewajiban.
  - Eksklusi (hal-hal yang tidak dijamin).
  - Limitasi
  - Hal-hal yang boleh atau tidak (*terms and condition*).
  - Keabsahan mengenai kepesertaan dan waktu peserta.
  - Cara pembayaran dapat dilakukan secara tunai, yang dapat diambil langsung oleh PPK atau peserta atau dapat juga ditransfer melalui bank

4. Pembuatan Keputusan

Sebagai hasil dari tahap telaah dan verifikasi klaim dihasilkan keputusan terhadap klaim. Bentuk dari keputusan dapat bervariasi, tergantung temuan yang telah divalidasi oleh personel dan pimpinan unit klaim. Keputusan unit klaim (Ilyas, 2006) dapat berupa:

1. Klaim ditolak seluruhnya  
Biasanya hal ini terjadi apabila pelayanan kesehatan yang diterima oleh tertanggung tidak dijamin atau karena ditemukan ketidakwajaran dalam pengajuan klaim.
2. Klaim diterima sebagian

Apabila ada sebagian tagihan klaim yang diajukan, tidak dijamin dalam polis atau terkait dengan berbagai pengaturan seperti pengecualian, *coordination of benefit*, limitasi atau pengecualian lainnya.

3. Klaim ditangguhkan penyelesaiannya

Biasanya klaim yang persyaratannya belum lengkap dan memerlukan penyelesaian dari kedua belah pihak.

4. Klaim diterima secara keseluruhan

Bila klaim tersebut wajar dan semua persyaratan prosedur klaim telah dipenuhi.

## 2.10 Beban Kerja

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 81/Menkes/SK/I?2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Tingkat Propinsi, Kabupaten/Kota serta Rumah Sakit, pengertian Beban Kerja adalah banyaknya jenis pekerjaan yang harus diselesaikan oleh tenaga kesehatan profesional dalam satu sarana pelayanan kesehatan.

Menurut Sastowinoto (1985) yang dikutip dari Nurani (1999), beban kerja dipengaruhi oleh volume pekerjaan yang dibebankan kepada seorang pekerja

Selama ini kita melihat beban kerja berdasarkan keluhan dari karyawan yang menyatakan sangat sibuk sehingga sulit untuk mencari waktu senggang/istirahat, bahkan menuntut mereka untuk kerja lembur. Dengan mengetahui secara baik perhitungann beban keraj diharapkan dapat mengetahui, mengurangi selanjutnya dapat meniadakan waktu yang tidak efektif dalam melaksanakan sesuatu.

## 2.11 Metode Work Sampling

Pengertian *work sampling* atau pemercontohan kegiatan adalah teknik mengadakan sejumlah bear pengamatan seketika, dalam jangka waktu tertentu terhadap sejumlah mesin, proses, atau pekerja. Tiap pengamatan yang di catat untuk kegiatan atau penundaan tertentu adalah ukuran persentasi waktu terjadinya kegiatan atau penundaan (ILO, 1983) Hal 190

Teknik statistik ini asalnya dikembangkan dengan nama “*snap reading technique*” oleh L.H.C Tippet di tahun 1934. pemercontohan kegiatan dipergunakan secara meluas pada industri tekstil. Teknik tersebut memang dikembangkan untuk industri tekstil dan juga untuk industri lain yang menggunakan sejumlah besar mesin yang sama dan pekerja dengan menjalankan tugas yang sama. Teknik tersebut dapat juga digunakan dalam menentukan beban kerja di kantor besar (ILO, 1983)

Manfaat yang dapat diperoleh dari kegiatan ini, yakni seperti diuraikan berikut ini:

1. Mengukur kegiatan dan penundaan kegiatan tenaga dengan hasil: persentasi waktu kerja seseorang bekerja dan persentasi waktu kerja seseorang tidak bekerja
2. Mengukur waktu kerja dan tidak bekerja seseorang pada tugasnya dan menghasilkan indeks
3. Mengukur tugas untuk mendapatkan waktu kerja standar
4. sebagai dasar untuk melakukan perubahan dalam organisasi, misalnya penentuan jumlah seksi di dalam suatu organisasi untuk dilakukan pengkajian yang lebih lanjut dengan teknik pengukuran kerja lainnya

Barnes (1980) , mengatakan work sampling digunakan untuk 3 hal utama yaitu:

1. Penarikan contoh aktivitas dan kelambatan, mengukur aktivitas dan kelambatan dari pekerja atau mesin, sebagai contoh menetapkan persentase dari hari dimana seseorang bekerja dan persentase dimana dia tidak bekerja
2. Penarikan contoh kemampuan untuk mengukur waktu bekerja dan waktu tidak bekerja dari seseorang menurut pedoman tugas, dan menyusun indeks kemampuan atau tingkatan kemampuan seseorang selama dia bekerja
3. Pengukuran kerja, dalam keadaan khusus, ukuran sebuah pedoman kerja yakni disusun berdasarkan waktu standar untuk sebuah operasi

Prosedur *work sampling* tersusun dari bentuk sederhana dari pengamatan yang dibuat pada interval acak dari satu atau lebih operator atau mesin-mesin dan catatan mereka bekerja atau tidak bekerja. Jika operator berkerja, dia memberi tanda *tally* di lajur "bekerja"; jika tidak bekerja, pekerja memberi sebuah tanda *tally* di lajur "tidak bekerja". Persentase hari dimana pekerja tidak bekerja adalah rasio jumlah tanda *tally* tidak bekerja terhadap total jumlah dari tanda *tally* tidak bekerja dan bekerja (Barnes, 1980)

Pada *work sampling* yang diamati adalah apa yang dilakukan oleh perawat; informasi yang dibutuhkan oleh penelitian ini adalah waktu dan kegiatannya, bukan *siapanya*. Jadi personel yang diamati tidaklah penting, tetapi apa yang dikerjakanlah yang penting untuk diamati (Yaslis, 2004).

Pada penelitian beban kerja dengan menggunakan teknik *work sampling*, kita dapat mengelompokkan kegiatan personel sesuai dengan penelitian itu sendiri. Biasanya jenis kegiatan dikelompokkan sebagai berikut:

- a. Kegiatan produktif dan non produktif
- b. Kegiatan langsung, tak langsung, pribadi dan lain-lain
- c. Kegiatan medis, medis administratif, non medis dan non medis administratif

Menurut Yaslis (2004), waktu kerja produktif yang optimum berkisar 80%. Bila seorang pegawai sudah bekerja diatas 80% waktu produktifnya, maka perlu dipertimbangkan dan memperhatikan bahwa unit tersebut benar-benar membutuhkan tenaga baru.

## **2.12 Waktu untuk menyelesaikan pekerjaan**

Ruang lingkup waktu kerja menurut ILO (1983) dibagi dalam tiga kelompok, yaitu :

1. Waktu kerja dasar (inti)

Adalah waktu minimum yang mutlak diperlukan. Secara teoritis waktu kerja ini dapat dikemukakan, tetapi pada pelaksanaannya hampir tidak dapat terjadi dan selalu diperlukan waktu tambahan

2. Waktu kerja tambahan

Waktu ini dibutuhkan karena ada kekurangan dalam peraturan, termasuk kekurangan dalam metode

3. Waktu tidak produktif

Adalah waktu yang menyebabkan terhentinya produksi atau operasi. Hal ini diakibatkan oleh kelemahan manajemen atau pimpinan dalam pengelolaan penyelesaian pekerjaan dan karena ulah karyawan sendiri

### 2.13 Perkenaan atau Kelonggaran di Dalam Jam Kerja

Pekerja tidak terus menerus bekerja, ada perkenaan atau kelonggaran (allowance) yang diperbolehkan untuk mengadakan interuspis di dalam jam kerja. Perkenaan atau kelonggaran tersebut dibagi menjadi perkenaan atau kelonggaran pribadi, keletihan, dan penundaan (ILO, 1983)

1. Perkenaan atau kelonggaran pribadi, yaitu waktu yang dibutuhkan untuk meninggalkan tempat kerja guna memenuhi keperluan pribadi. Perkenaan atau kelonggaran ini akan berbeda menurut perorangan, jenis pekerjaan, dan keadaan yang tidak menyenangkan, misalnya lingkungan kerja yang panas dan lembab. Besar perkenaan atau kelonggaran pribadi dinyatakan dalam persentase terhadap waktu dasar dan dapat ditentukan dengan pengamatan sepanjang hari untuk berbagai jenis pekerjaan. Untuk kantor atau perusahaan dengan delapan jam kerja sehari dan tanpa penetapan jam istirahat, besar perkenaan atau kelonggaran pribadi berkisar antara 2%-5% dari jam kerja sehari atau sebesar 10-24 menit. Dapat juga dilihat dari jenis kelamin, yaitu 5% untuk pria dan 7% untuk wanita atau rata-rata 6%.
2. Perkenaan atau kelonggaran terbagi atas keletihan dasar dan keletihan tambahan

Perkenaan keletihan dasar, yaitu waktu yang diberikan untuk istirahat. Jumlah waktu yang diperbolehkan untuk istirahat sulit ditentukan karena faktor mental dan fisik perorangan, banyak faktor yang mempengaruhi, seperti keadaan lingkungan, jumlah jam kerja dalam sehari, jumlah dan lamanya selang waktu perputaran seseorang dengan beban kerja yang rendah dan jenis pekerjaan. Rata-rata perkenaan atau kelonggaran keletihan dasar adalah 4% dari waktu dasar, baik untuk wanita maupun pria. Perkenaan ini cukup untuk pekerja

yang melakukan pekerjaan yang bersifat ringan pada posisi duduk dan menggunakan tangan dan kaki serta panca indra secara biasa.

3. Perkenaan atau kelonggaran penundaan terdiri dari dua jenis, yaitu penundaan yang dapat dihindarkan dan penundaan yang tidak dapat dihindarkan. Penundaan yang tidak dapat dihindarkan terjadi secara kebetulan dan tidak terduga, misalnya karena sarana peralatan yang memerlukan perbaikan, tenaga yang berhalangan atau upaya dari luar yang menyebabkan interupsi pada pekerjaannya. Besarnya perkenaan ini adalah sama untuk pria maupun wanita yakni tidak lebih dari 5% dari jam kerja dasar

#### 2.14 Pendekatan Sistem

Pendekatan sistem adalah merupakan bagian dari teori organisasi modern, dimana pada pendekatan sistem, organisasi dipandang sebagai kumpulan bagian yang berinteraksi dan saling bergantung satu sama lain. Sistem adalah gabungan dari elemen-elemen (sub sistem) dalam satu proses dan berfungsi sebagai satu kesatuan organisasi yang mempunyai fungsi sub sistem adalah bagian dari suatu sistem yang saling berhubungan dimana apabila tidak ada koordinasi dari salah satu bagian akan mempengaruhi bagian lain (Stoner, 1992). Pendekatan sistem biasanya merupakan PPO

**INPUT    →    PROSES    →    OUTPUT**

Input adalah suatu elemen yang diperlukan sebagai masukan untuk berfungsinya suatu sistem dapat berupa suatu keterangan, suatu yang diketahui, maupun yang dapat memberi arti masukan, misalnya SDM, infrastruktur, material atau dana

Proses adalah suatu kegiatan yang berfungsi untuk mengubah masukan menjadi sesuatu yang dapat digunakan

Output adalah hasil dari data masukan yang telah diolah dan mempunyai arti dan fungsi yang dapat digunakan oleh pemakai



## BAB 3

### KERANGKA TEORI DAN KERANGKA KONSEP

#### 3.1 Kerangka Teori

Fungsi klaim pada perusahaan asuransi adalah alat untuk memenuhi perjanjian kontrak dalam memberikan perlindungan finansial pada saat peserta asuransi mengalami kerugian (*loss*). Kegiatan manajemen klaim ini dimulai dari mengumpulkan dan mengelola berkas klaim yang diterima, melakukan verifikasi dan menganalisa berkas klaim dengan cara membandingkan dengan provisi polis, menentukan jumlah klaim yang akan dibayar kepada tertanggung dan yang terakhir melakukan pembayaran klaim.

*Health Insurance Association of America (HIAA)* menerangkan bahwa dalam melaksanakan tugasnya Unit Klaim berpedoman pada filosofi manajemen klaim, yaitu dengan berlaku adil, efisien dan tepat waktu dalam setiap penyelesaian klaim.

Menurut Ilyas (2006), Secara garis besar administrasi klaim mempunyai tiga tujuan yaitu:

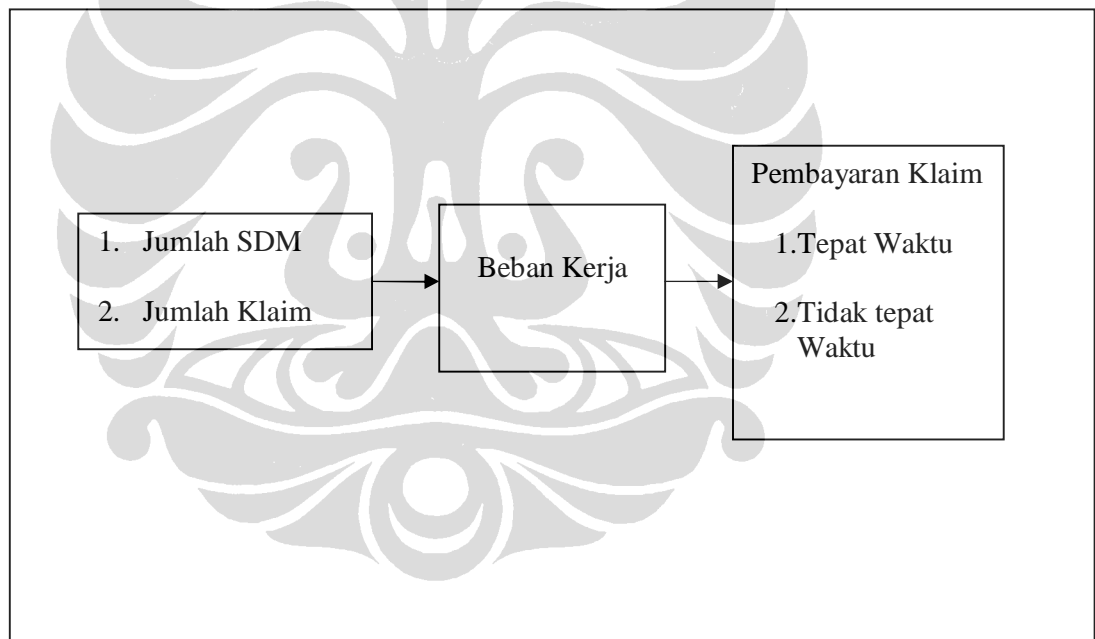
1. Membayar seluruh klaim yang telah diverifikasi secara tepat dan cepat sesuai dengan polis
2. Mengumpulkan dan mengelola data klaim yang tersedia untuk akuntan/laporan, statistik, analisa dan penyelidikan terhadap data yang meragukan dan data yang diperlukan untuk pembayaran.
3. Melakukan penekanan biaya (*cost containment*) dalam rangka mencapai tujuan perusahaan adalah memperoleh profit yang maksimal.

Dari teori-teori tersebut terlihat bahwa perusahaan asuransi mempunyai tanggung jawab untuk membayar sesegera mungkin klaim yang valid dan sesuai dengan polis kepada tertanggung. Namun, pada prakteknya tak jarang keterlambatan klaim kerap terjadi di suatu perusahaan asuransi. Menurut Ramli (1999) keterlambatan tersebut disebabkan karena tenaga yang kurang, keahlian yang kurang, tidak jujur, konflik, dan proses berbelit-belit

Seperti yang terjadi di PT. Asuransi Takaful Keluarga, tenaga kerja yang kurang dan jumlah klaim serta tugas yang diemban besar menyebabkan beban kerja dirasa berlebih. Menurut Sastowinoto (1985) yang dikutip dari Nurani (1999), beban kerja dipengaruhi oleh volume pekerjaan yang dibebankan kepada seorang pekerja. Dengan beban kerja yang berlebih itulah yang menyebabkan keterlambatan pembayaran klaim.

Dari uraian diatas, penulis membuat kerangka konsep sesuai dengan teori dan tinjauan pustaka yang disesuaikan dengan keadaan penelitian mengenai gambaran keterlambatan pembayaran klaim yang terjadi di PT. Asuransi Takaful Keluarga periode Januari-Maret 2009.

### 3.2 Kerangka Konsep



### 3.3 Definisi Konsep dan Definisi Operasional

#### 1. Jumlah SDM

##### Definisi Konsep

Menurut Nawawi (2001), Sumber Daya Manusia adalah

- a. Manusia yang bekerja dilingkungan suatu organisasi (disebut juga, personil, tenaga kerja, pekerja atau karyawan)
- b. Potensi manusiawi sebagai penggerak organisasi dalam mewujudkan eksistensinya
- c. Potensi yang merupakan aset dan berfungsi sebagai modal (non materal/non finansial) didalam organisasi bisnis, yang dapat mewujudkan menjadi potensi nyata (real) secara fisik dan non-fisik dalam mewujudkan eksistensi organisasi

##### Definisi Operasional

Adalah seluruh tenaga kerja di Unit Klaim yang bertanggung jawab atas proses pengerjaan klaim yang terdiri dari Assistant Manager, Claim Analist serta Claim Register

#### 2. Volume Pengajuan Klaim

##### Definisi Konsep

Klaim adalah tuntutan pengakuan atas suatu fakta bahwa seseorang berhak (untuk memiliki atau mempunyai) atas sesuatu. (kamus besar bahasa Indonesiam, WJS Purwadarminta )

Klaim adalah proses yang mana peserta dapat memperoleh hak-hak berdasarkan perjanjian tersebut (Sula, 2004)

##### Definisi Operasional

Adalah jumlah berkas klaim dari pemegang polis atau nasabah yang diterima oleh Unit Klaim PT. Asuransi Takaful Keluarga Periode Januari-Maret 2009

## 1. Beban Kerja

### Definisi Konsep

Adalah sekumpulan atau sejumlah kegiatan yang harus diselesaikan oleh suatu unit organisasi atau pemegang jabatan dalam jangka waktu tertentu (Mempan, 1997)

### Definisi Operasional

Adalah segala jenis kegiatan yang dilakukan oleh pegawai selama jam kerja di bagian Unit Klaim PT. Asuransi Takaful Keluarga ditinjau berdasarkan kegiatan produktif dan non produktif untuk menyelesaikan segala jenis tugas yang diberikan, dengan menggunakan metode pengukuran *work sampling*, dari tahapan memeriksa kelengkapan administrasi, registrasi, verifikasi, input sampai dengan otorisasi klaim

## 5. Pembayaran Tepat Waktu

### Definisi Operasional

Adalah pembayaran klaim reimbursement kepada nasabah sesuai dengan perjanjian polis yakni tidak lebih dari 14 hari kerja sejak diterimanya kelengkapan berkas pengajuan klaim oleh Unit Klaim PT. Asuransi Takaful Keluarga dengan metode wawancara mendalam dan menganalisa Laporan Rekapitulasi Pembayaran Klaim Reimbursement periode Januari-Maret 2009

### Pembayaran Tidak Tepat Waktu

#### Definisi Operasional

Adalah pembayan klaim reimbursement kepada nasabah tidak sesuai dengan perjanjian polis yakni lebih dari 14 hari kerja sejak diterimanya kelengkapan berkas pengajuan klaim oleh Unit Klaim PT. Asuransi Takaful Keluarga dengan metode wawancara mendalam dan menganalisa Laporan Rekapitulasi Pembayaran Klaim Reimbursement periode Januari-Maret 2009