

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Perkembangan zaman yang begitu pesat telah merubah cara berpikir bangsa indonesia, dari cara pikir tradisional ke modern yang penuh dengan ketidakpastian yang selalu diiringi oleh resiko. Salah satu akibat dari perkembangan zaman tersebut adalah perkembangan teknologi, semua jalan dikota-kota besar seperti jakarta, yogyakarta, surabaya dan lain sebagainya padat merayap dengan kendaraan pribadi, seperti sepeda motor, mobil dan lain sebagainya. Kemungkinan kecelakaan yang memakan jiwa manusia semakin besar, kecelakaan di jalan raya, pekerja pembangunan dan pabrik-pabrik seringkali terjadi. Untuk melindungi jiwa seseorang dari malapetaka yang mungkin terjadi, yang belum diketahui sebelumnya serta sekedar mengurangi beban keluarga yang ditinggalkan. Terlebih kesehatan seseorang yang tidak terduga, seperti sakit atau pun kematian pada semua manusia, memang sudah ditakdirkan oleh Tuhan Sang Pencipta menjadi bagian dari kehidupan manusia.

Melindungi jiwa seseorang atas kemungkinan kecelakaan yang memakan jiwa serta kesehatan yang tidak bisa diprediksikan, ada beberapa metode yang digunakan untuk menangani resiko tersebut yaitu penanganan resiko (*risk control*) dan pembiayaan resiko (*risk financing*). Metode *risk control* yaitu dengan cara menghindari resiko, mengendalikan resiko, memisahkan resiko, melakukan kombinasi resiko, dan memindahkan resiko. Cara atau metode

yang digunakan dalam *risk financing* yaitu memindahkan resiko melalui asuransi atau melakukan retensi. Retensi adalah menanggung sendiri resiko yang mungkin dihadapi dengan dana diambil atau diusahakan sendiri. Asuransi merupakan metode yang paling banyak dipakai, asuransi menjanjikan perlindungan kepada pihak tertanggung terhadap resiko yang dihadapi perseorangan maupun perusahaan. Disamping itu, usaha perasuransian sebagai salah satu lembaga keuangan menjadi penting peranannya karena dari kegiatan perlindungan risiko, perusahaan asuransi menghimpun dana masyarakat dari penerimaan premi.

Berkembangnya zaman membuat masyarakat sadar akan pentingnya asuransi, untuk memproteksi diri dan mengantisipasi peristiwa tidak terduga yang terjadi pada seseorang, maka di Indonesia banyak bermunculan perusahaan asuransi yang menawarkan asuransi kesehatan untuk menjamin kelangsungan hidup manusia. Asuransi Jiwa Bersama (AJB) Bumiputera 1912 adalah salah satu dari sekian banyak lembaga asuransi yang berkembang di Indonesia, seperti Asuransi Sinar Mas (ASM), PT Prudential Life Assurance, Manulife, PT Asuransi Jiwasraya dan lain sebagainya. Asuransi Jiwa Bersama Bumiputera 1912 ini termasuk asuransi konvensional, sejak tahun 1912 AJB Bumiputera dikenal masyarakat sebagai lembaga asuransi yang unggul dengan produk asuransi jiwanya. Hal tersebut berdampak meningkatkan jumlah polis yang ditandai dengan bertambahnya Surat Permintaan Asuransi Jiwa (SPAJ) yang diterima oleh AJB Bumiputera 1912. Perusahaan asuransi lokal terbesar di Indonesia dengan aset melebihi

Rp. 13,5 triliun dan lebih dari 5,2 juta pemegang polis, (www.bumiputera.com). Pada tahun 2006 Asuransi Bumiputera melahirkan asuransi baru yang menjamin kesehatan.

Dengan banyaknya orang yang mengikuti program asuransi jiwa otomatis jumlah polis semakin meningkat. Polis adalah surat perjanjian yang mengandung jumlah muatan hukum antara tertanggung (pemegang polis atau biasa disebut pempol) dengan penanggung (Perusahaan Asuransi) memuat persyaratan dan ketentuan perjanjian. Dalam kegiatannya, asuransi kesehatan diwajibkan untuk membayar premi. Premi tersebut akan dikembalikan lagi kepada pemegang polis atau tertanggung, dengan mengajukan klaim kepada penanggung, salah satu pembayaran premi yang dilakukan oleh Asuransi Jiwa Bersama Bumiputera 1912 yaitu pembayaran untuk klaim kesehatan.

Uang pertanggungan atau biasa disebut klaim pada asuransi kesehatan dibayar bilamana terjadi klaim habis kontrak dan klaim meninggal dunia yang terjadi pada tertanggung. Pada klaim habis kontrak, uang klaim akan dibayarkan oleh perusahaan asuransi berdasarkan waktu yang sudah disepakati dalam polis asuransi, sedangkan untuk klaim meninggal terjadi perlakuan khusus. Uang klaim akan dibayar oleh perusahaan asuransi ketika terjadi kematian yang dialami oleh tertanggung. Sebelum pembayaran klaim meninggal dilakukan, pihak perusahaan wajib melakukan penelitian terlebih dahulu. Hal ini bertujuan untuk meneliti dan membuktikan kebenaran data kematian tertanggung. Pihak perusahaan juga wajib melakukan penelitian untuk pengikatan polis pada calon tertanggung yang berusia tua, bisa saja

calon bertanggung memang sudah divonis team medis meninggal dalam jangka waktu satu atau dua tahun lagi, sehingga pihak keluarga mendaftarkan calon bertanggung untuk asuransi kesehatan. Semakin tua usia seseorang mengikuti asuransi, semakin besar resiko yang dihadapi perusahaan, jika terjadi hal seperti ini maka perusahaan bisa dipastikan akan pailit. Selain itu kurang memahami tentang pengajuan klaim yang membuat asumsi masyarakat menjadi kurang baik terhadap asuransi, biasanya dijelaskan hanya pengikatan polis, manfaat mengikuti asuransi, untuk pengajuan klaimnya hanya sekilas.

Prosedur dalam pengajuan pembayaran klaim asuransi merupakan prosedur yang cukup rawan. Hal ini dikarenakan banyak tindakan penyelewengan yang mungkin terjadi, misalnya pada klaim meninggal pihak tertentu menggunakan penyebab kematian yang tidak wajar untuk mengajukan pembayaran klaim atau terjadinya persekongkolan antara pejabat yang melakukan penelitian klaim dengan pihak *claimant*. Jika terjadi seperti itu maka akan membuat citra perusahaan menurun dan pengikatan polis juga menurun yang akan menyebabkan berkurangnya pembayaran premi ke perusahaan sehingga pemasukan yang rendah bisa jadi membuat pailit. Kesalahan yang terjadi dalam tahap penelitian pengajuan klaim ini akan mempengaruhi prosedur-prosedur selanjutnya, karena prosedur merupakan suatu urutan kegiatan klerikal. Prosedur adalah suatu urutan-urutan pekerjaan kerani (*clerical*), biasanya melibatkan beberapa orang dalam suatu bagian atau lebih, disusun untuk menjamin adanya perlakuan yang seragam terhadap

transaksi-transaksi perusahaan yang sering terjadi. Baridwan (2002:3). Pengendalian yang baik akan membantu dalam menghindari kemungkinan terjadinya kesalahan atas penyimpangan dalam penelitian klaim. Sistem pengendalian intern meliputi struktur organisasi, metode dan ukuran-ukuran yang dikoordinasikan untuk menjaga kekayaan organisasi, mengecek ketelitian dan keandalan data akuntansi, mendorong efisiensi dan mendorong dipatuhinya kebijakan manajemen. Mulyadi (2001:163).

Pembayaran klaim berhubungan dengan pengeluaran kas. Kas merupakan unsur vital bagi perusahaan, karena kas merupakan aktiva lancar yang paling likuid dan paling mudah untuk disalahgunakan. Untuk melindungi kas dan menjamin keandalan catatan akuntansi kas, maka pada proses pengajuan pembayaran klaim diperlukan adanya pengendalian intern yang baik dan efektif.

Tujuan utama diadakannya sistem pengendalian intern agar berbagai jenis penyimpangan dan kesalahan yang mungkin terjadi bisa dihindari. Karena pada akhirnya penyimpangan dan kesalahan akan mempengaruhi posisi keuangan perusahaan. Selain itu dengan pengendalian intern yang baik diharapkan perusahaan akan memberikan kepastian bahwa pembayaran klaim bisa berjalan dengan baik, sehingga citra perusahaan akan dipandang baik oleh masyarakat, bisa meningkatkan jumlah pengikatan polis seiring dengan perubahan asumsi masyarakat terhadap asuransi yang sebelumnya dirasa merugikan. Untuk tercapainya pengendalian intern yang baik maka dalam pelaksanaan pengendalian intern tersebut diperlukan adanya evaluasi yang

baik pula. Dengan adanya evaluasi-evaluasi tersebut maka kelemahan-kelemahan dalam pengendalian intern terhadap sistem akuntansi pengikatan polis sampai dengan pengajuan dan pembayaran klaim asuransi kesehatan dapat diminimalisir. Untuk mengkaji lebih lanjut permasalahan yang ada, maka peneliti mengambil judul “**EVALUASI PENGENDALIAN INTERN TERHADAP SISTEM AKUNTANSI PENGIKATAN POLIS, PENGAJUAN DAN PEMBAYARAN KLAIM ASURANSI KESEHATAN (Studi Pada Asuransi Jiwa Bersama Bumiputera 1912 Cabang Malang Dieng)**”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan permasalahan pokok pada latar belakang yang dipaparkan diatas maka dapat disusun rumusan masalah sebagai berikut :

1. Bagaimana sistem akuntansi pengikatan polis asuransi kesehatan pada Asuransi Jiwa Bersama Bumiputera 1912 Cabang Malang Dieng ?
2. Bagaimana sistem akuntansi pengajuan pembayaran klaim asuransi kesehatan pada Asuransi Jiwa Bersama Bumiputera 1912 Cabang Malang Dieng ?
3. Bagaimana sistem akuntansi pengeluaran kas untuk pembayaran klaim asuransi kesehatan pada Asuransi Jiwa Bersama Bumiputera 1912 Cabang Malang Dieng ?
4. Bagaimana pengendalian intern terhadap sistem akuntansi pengeluaran kas untuk pembayaran klaim kesehatan pada Asuransi Jiwa Bersama Bumiputera 1912 Cabang Malang Dieng ?

C. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini adalah :

1. Untuk mengetahui sistem akuntansi pengikatan polis asuransi kesehatan pada Asuransi Jiwa Bersama Bumiputera 1912 Cabang Malang Dieng.
2. Untuk mengetahui sistem akuntansi pengajuan pembayaran klaim asuransi kesehatan pada Asuransi Jiwa Bersama Bumiputera 1912 Cabang Malang Dieng.
3. Untuk mengetahui sistem akuntansi pengeluaran kas untuk pembayaran klaim asuransi kesehatan pada Asuransi Jiwa Bersama Bumiputera 1912 Cabang Malang Dieng.
4. Untuk mengetahui pengendalian intern terhadap sistem akuntansi pengeluaran kas untuk pembayaran klaim kesehatan pada Asuransi Jiwa Bersama Bumiputera 1912 Cabang Malang Dieng

D. Kontribusi Penelitian

Kontribusi yang diharapkan dari penelitian ini adalah :

1. Kontribusi Teoritis
 - a. Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai sumbangan pemikiran dalam perbendaharaan ilmu pengetahuan.
 - b. Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan acuan atau referensi bagi peneliti lain dimasa datang yang berhubungan dengan penelitian ini.
2. Kontribusi Praktis

Sebagai bahan kajian dan masukan serta informasi bagi pimpinan dan pihak-pihak yang berkepentingan terutama Asuransi Jiwa Bersama Bumiputera 1912 Cabang Malang Dieng, dalam pelaksanaan pengendalian intern terhadap sistem akuntansi pengikatan polis, pengajuan pembayaran klaim asuransi kesehatan dan pengendalian intern terhadap sistem akuntansi pengeluaran kas untuk pembayaran klaim asuransi kesehatan. Sehingga dapat digunakan untuk mempermudah suatu pengambilan keputusan perusahaan yang tepat dan sesuai.

E. Sistematika Penulisan

Untuk memberikan gambaran secara menyeluruh mengenai pokok-pokok isi skripsi ini serta mempermudah dalam penggunaannya nanti, maka berikut ini peneliti memberikan gambaran secara singkat mengenai sistematika pembahasan yang masing-masing diuraikan sebagai berikut :

BAB I : PENDAHULUAN

Bab ini merupakan pendahuluan yang menguraikan secara garis besar isi dari keseluruhan skripsi yang menentukan pemilihan pokok materi judul skripsi. Agar diperoleh pembahasan yang lebih baik maka terdapat rumusan masalah, tujuan dan kontribusi penelitian serta sistematika penulisan.

BAB II : TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini menguraikan tentang analisis teori yang secara umum berhubungan dengan pokok permasalahan dari perusahaan tempat

dilakukannya penelitian yang berisi antara lain mengenai pengendalian intern, sistem akuntansi, klaim, asuransi, sistem akuntansi pengeluaran kas dan asuransi kesehatan.

BAB III : METODE PENELITIAN

Bab ini menjelaskan tentang metodologi penelitian yang terdiri dari berbagai jenis penelitian, fokus penelitian, pemilihan lokasi dan situs penelitian, sumber data, teknik pengumpulan data, instrument penelitian dan metode analisis data.

BAB IV : HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Bab ini berisi tentang penyajian data yang meliputi sejarah perusahaan, lokasi perusahaan, struktur organisasi perusahaan, tugas dan tanggungjawab, tenaga kerja, produk yang ditawarkan, asuransi mitra sehat, sistem pengikatan polis, sistem akuntansi pengajuan pembayaran klaim asuransi kesehatan, sistem akuntansi pengeluaran kas untuk pembayaran klaim asuransi, formulir yang digunakan, interpretasi data mengenai pengendalian intern dalam sistem akuntansi pengajuan pembayaran klaim asuransi kesehatan dan sistem akuntansi pengeluaran kas untuk pembayaran klaim asuransi.

BAB V : PENUTUP

Bab ini merupakan bagian akhir dari skripsi, berisikan tentang kesimpulan secara garis besar yang merupakan temuan pokok serta saran-saran yang diberikan pihak peneliti dengan harapan dapat bermanfaat bagi perusahaan kedepannya.