

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Semakin maraknya praktik kecurangan (*fraud*) yang terjadi akhir-akhir ini baik dari dunia internasional bahkan di dunia nasional telah menyita perhatian banyak pihak. *Fraud* yang semakin marak ini lebih dikenal dengan kejahatan kerah putih (*white collar crime*). *White collar crime* sendiri diperkenalkan oleh pakar kriminologi terkenal yaitu Sutherland pada Desember 1939 selama pidato presiden di Philadelphia kepada *American Sociological Society* (ACFE, 2011). Sepuluh tahun kemudian Sutherland (ACFE, 2011) menerbitkan monografi yang ingin memperdebatkan definisi kejahatan kerah putih dalam catatan kakinya yang mengatakan bahwa kejahatan kerah putih merupakan tindak kejahatan yang terjadi ketika memiliki posisi baik kelas kantor, laki-laki terhormat, pebisnis, dan profesional. Kejahatan tersebut terbatas pada tindakan yang dilakukan oleh orang-orang kantor dalam pekerjaannya.

Kejahatan kerah putih tidak dapat dijalankan oleh sembarangan orang karena dalam kejahatan ini pelaku harus memiliki kedudukan dan kecerdasan yang tinggi. Kejahatan kerah putih yang semakin merajalela menyebabkan terjadinya kerugian di sisi material juga mental. Kerugian yang disebabkan kejahatan kerah putih ini selain kehilangan material terkadang juga dapat berakibat fatal terutama bagi korban yaitu kerugian mental/psikis.

Kerugian atas kejahatan kerah putih tidak hanya terjadi di dunia internasional bahkan telah merambah ke negara Indonesia. Adapun kerugian yang diderita akibat adanya kejahatan kerah putih yang berasal dari dunia

internasional yaitu di Amerika Serikat (AS) seperti dilaporkan ACFE (*Association of Certified Fraud Examiners*) kerugian yang diakibatkan kejahatan kerah putih sebesar 200-600 juta dollar AS setiap tahun (Prasetyantoko, 2015).

Kerugian juga telah merambah Indonesia antara lain dari BPK menyatakan akibat adanya skandal Bank Century kerugian negara mencapai Rp 6,7 triliun (Khaerudin dan Mulyadi, 2011). Kerugian negara yang diungkapkan Wilopo pada acara bedah buku karangannya di STIE Perbanas Surabaya mencapai trilyunan ini berdasarkan tiga macam faktor yaitu korupsi, penyalahgunaan kekayaan organisasi dan kecurangan laporan keuangan yang selalu di manipulasi (Beritajatim, 12 Mei 2013).

Kejahatan kerah putih memiliki berbagai bentuk salah satunya adalah *insurance fraud* (kecurangan asuransi). Kecurangan asuransi menurut Lembaga Anti Fraud Asuransi Indonesia (2013) adalah setiap interpretasi yang keliru terhadap asuransi yang dibuat oleh orang atau badan yang terkait dengan klaim manfaat asuransi atau pengajuan polis atau cakupan asuransi. Berikut ini skema kasus *insurance fraud* yang dicatat oleh (*Association of Certified Fraud Examiners*) ACFE yang ada pada skema 1.1 yaitu:

Skema 1.1
Skema Kasus *Insurance Fraud*

No.	Skema Kasus	Tahun				
	<i>Insurance Fraud</i>	2006	2008	2010	2012	2014
1	Tagihan	23	24	19	24	11
2	Korupsi	0	27	30	21	21
3	Pemeriksaan penyalahgunaan	12	15	15	13	3
4	Penggelapan	11	17	13	12	14
5	Penggantian biaya	11	13	7	7	3
6	Non Kas	7	16	9	6	8
7	Pencurian kas	8	10	9	5	4
8	Daftar gaji	4	9	6	3	5
9	Kas di tangan	0	13	9	3	1
10	Laporan Palsu	0	10	3	2	0
11	Daftar pencairan	0	3	3	0	0
12	Transfer antar bank	4	0	0	0	0
13	Kecurangan Laporan Keuangan	0	0	0	0	2
	Total	80	157	123	78	62

Sumber: Report to the Nation on Occupational Fraud & Abuse: Global Fraud Study oleh the Association of Certified Fraud Examiners ACFE (2006-2014)

Insurance fraud tidak hanya terjadi di Negara Amerika tetapi juga terjadi di Indonesia. Kasus *insurance fraud* yang sering terjadi di Indonesia mayoritas adanya kasus sengketa klaim. Berdasarkan data dari Badan Mediasi Asuransi Indonesia (BMAI) mencatat rekapitulasi sengketa klaim asuransi mencapai 361 kasus yang dicatat semenjak BMAI berdiri pada tahun 2006 (Pikiranrakyat, 30 Agustus 2013). Jumlah total tersebut mencakup sengketa di asuransi umum, asuransi jiwa, dan asuransi sosial yaitu masing-masing sebanyak 209 kasus, 149 kasus, dan 3 kasus.

Menurut data BMAI, mencatat kasus sengketa klaim mencapai 124 kasus sampai akhir September 2012, naik 158 persen dibandingkan kasus sengketa klaim pada 2011 yang hanya 48 (Jpnn, 1 Januari 2015). Ditambahkan pula

selama 2012 hingga bulan september, sengketa klaim di industri asuransi umum mencapai 98 kasus, di asuransi jiwa tercatat ada 26 kasus dan asuransi sosial belum ada kasus yang masuk ke BMAI (Jpnn, 1 Januari 2015).

Menurut Ketua Umum Lembaga Anti Fraud Asuransi Indonesia (LAFAI) Yaslis Ilyas bahwa belum terdapat data akurat mengenai kerugian finansial akibat kecurangan asuransi di Indonesia (Prabandari, 2008). Yaslis (2014) menambahkan jika kecurangan asuransi 25% dari volume industri kesehatan Indonesia yang pada 2007 senilai Rp280 triliun, nilainya setara dengan Rp70 triliun.

Kecurangan asuransi ini juga memiliki dampak kerugian yang terjadi di berbagai negara antara lain yang terjadi di Amerika Serikat yang dijelaskan dalam seminar Armiyanto (2007) yang diestimasikan kalangan industri asuransi di Amerika mengalami kerugian antara 3-7% dalam satu tahun. Data dari *Coalition Againsts Insurance Fraud* pada tahun 2006, kerugian terbesar industri asuransi di Amerika menimpa asuransi kesehatan, dimana kerugian mencapai US\$54 miliar kemudian asuransi kendaraan menduduki posisi kedua dengan tingkat kerugian sebesar US\$13,5 miliar, lalu disusul asuransi bisnis/komersial sebesar US\$10 miliar, dan kerugian asuransi rumah sekitar US\$2,5 miliar yang dikutip oleh (Armiyanto, 2007).

Global Head of Insurance Practice Financial Insights Barry Rabkin dalam kajian risetnya mengungkapkan kecurangan telah menyebabkan industri asuransi di Amerika Serikat mengalami kerugian sekitar US\$80 miliar per tahun (Armiyanto, 2007). Menurut Dewan Riset Asuransi yang dikutip oleh *Arizona Department of Insurance* (2013), 30% dari semua cedera badan Arizona tampaknya sebagai penipuan atau berisi cedera berlebihan. Di Phoenix, bahwa

angka-angka naik sampai 36%. Kerugian dari asuransi mobil penipuan klaim di Arizona polis biaya rata-rata perkiraan \$ 167 sampai \$ 200 di premi tahunan yang lebih tinggi. Di beberapa Negara bagian di Amerika Serikat, *fraud* termasuk tindakan kriminal, namun dakwaan tersebut jarang menjadi prioritas penegak hukum (Ilyas, 2011:109). Di Indonesia *fraud* belum termasuk tindakan kriminal karena belum banyak yang diinvestigasi dan ditindak secara hukum terutama *fraud* di bidang asuransi (Ilyas, 25 September 2014).

Asuransi memiliki berbagai macam produk antara lain asuransi kesehatan, asuransi kecelakaan, asuransi jiwa, dan lain sebagainya. Pada penelitian ini akan dibahas tentang kasus kecurangan yang terjadi di asuransi terutama bagian asuransi kesehatan. Ketua Umum LAFAI Yaslis Ilyas seperti menyatakan kecurangan atau fraud dalam asuransi kesehatan bisa dilakukan siapa saja baik rumah sakit selaku provider, peserta maupun perusahaan asuransi (Nugroho, 2013).

Ada beberapa kecurangan yang dilakukan oleh karyawan asuransi. Kecurangan yang pernah terungkap dan dilakukan oleh karyawan asuransi yaitu yang dilakukan oleh karyawan Asuransi Jiwa Bersama (AJB) Bumiputra 1912 Kupang terjadi pada tahun 1999 (Ngera dan Burin, 2011). Karyawan tersebut menawarkan program beasiswa anak kepada nasabah. Namun, saat pelanggan tersebut melakukan klaim, karyawan tersebut mengelak dengan alasan lupa.

Kecurangan yang dilakukan karyawan juga terjadi di Asuransi Bumi Putra (BP) (Jaya, 2013). Kecurangan tersebut berawal dari karyawan yang datang ke rumah menyerahkan kwitansi, nasabah tersebut membayar tagihan asuransinya. Setelah nasabah tersebut mengecek data pembayaran, yang dibayar tidak sesuai dengan kwitansi yang diterima. *Fraud* tersebut merupakan salah satu

contoh perilaku tidak etis yang dilakukan oleh karyawan. Dalam hal ini, karyawan memiliki integritas yang rendah karena telah melakukan *fraud*.

Gottfredson and Hirschi (1990) mengemukakan bahwa orang dengan kontrol diri yang rendah maka orang tersebut impulsif, tidak peka, berorientasi pada tindakan, berwatak negatif pengambil risiko yang cenderung berkinerja buruk dan gagal untuk memenuhi tanggung jawab sekolah, pekerjaan, dan keluarga. Sehingga dapat diartikan bahwa orang yang memiliki kontrol diri yang tinggi dapat membantu meminimalisir tindakan *fraud* di suatu tempat .

Dalam hal ini makna *self control* yang dikemukakan oleh Hirschi (Syarbaini dan Rusdiyanta (2009: 91)) adalah penyimpangan dari hasil kekosongan kontrol atau pengendalian sosial. *Self control* yang baik dimaksudkan akan dapat meminimalisir terjadinya *insurance fraud* baik dari pihak konsumen, perusahaan maupun broker/agen.

Sikap kerja seorang karyawan juga dapat dijadikan acuan mengetahui karyawan tersebut melakukan *fraud* atau tidak. Thurstone dalam Saifuddin Azwar (1995: 4-5) mengemukakan bahwa sikap sebagai derajat efek positif atau negatif terhadap suatu objek psikologis. Dalam hal ini sikap yang positif dapat digunakan untuk meningkatkan kontrol diri sehingga dapat meminimalisir terjadinya *insurance fraud*, sedangkan sikap yang negatif dapat menimbulkan kecurangan atau *fraud*. Oleh karena banyaknya kecurangan yang melibatkan karyawan asuransi maka, peneliti ingin meneliti tentang perilaku tidak etis, tindakan kriminal sikap kerja, dan integritas terhadap *insurance fraud* pada karyawan asuransi kesehatan yang ada di wilayah Banjarmasin, Kalimantan Selatan. Hal ini dikarenakan penelitian mengenai kecurangan asuransi terutama di wilayah Banjarmasin belum ada yang meneliti.

Penelitian terdahulu yang relevan dengan penelitian ini antara lain Penelitian Ganon and Donegan (2006). Temuan yang di dapat dalam penelitian ini mendukung teori dari Gottfredson and Hirschi yaitu mereka yang telah melakukan penipuan asuransi lebih mungkin untuk terlibat dalam kegiatan lalai yang dianalogikan dengan kejahatan. Penelitian oleh Tittle et al. (2003) sejalan dengan penelitian Ganon and Donegan (2006) yang menghasilkan antara pengukuran yang berbasis kognitif dan perilaku dari kontrol diri keduanya menghasilkan bukti yang menguntungkan teori kontrol diri.

Penelitian yang berasal dari Wilopo (2006) memperoleh hasil yang didapat dari penelitian ini adalah membuktikan bahwa perilaku tidak etis memberikan pengaruh yang signifikan dan positif terhadap kecenderungan kecurangan akuntansi pada perusahaan. Penelitian Todd et al (1999) menghasilkan tingkat deteksi asuransi secara signifikan lebih baik dari kinerja audit internal dilaporkan di industri lain. Hanya sepertiga dari semua penipuan asuransi pertama kali terdeteksi oleh audit internal menunjukkan bahwa sistem kontrol tidak sangat efektif dalam mengidentifikasi kecurangan karyawan.

Penelitian Kurniawati (2012) menghasilkan bahwa rasionalisasi/sikap yang diproksi dengan Pergantian KAP oleh perusahaan (CPA) tidak berpengaruh secara signifikan terhadap *financial statement fraud*. Restu (2013) memberikan hasil yaitu hubungan yang terjadi antara sikap kerja dan prestasi kerja pada karyawan Bagian MSDM PT. INTI (Persero) Bandung adalah hubungan yang positif dan signifikan serta kuat. Azka (2015) mendapatkan hasil bahwa terdapat pengaruh yang negatif integritas mahasiswa terhadap perilaku kecurangan akademik mahasiswa akuntansi sebagai calon akuntan.

Berdasarkan beberapa penelitian terdahulu di atas maka peneliti akan mengacu pada penelitian Ganon dan Donegan (2006) mengenai *self control theory*. Peneliti menggunakan penelitian yang digunakan oleh Ganon dan Donegan (2006), Wilopo (2006), Todd et al. (1999), Kurniawati (2012), Restu (2013), Azka (2015) yaitu perilaku tidak etis, tindakan kriminal, sikap kerja dan integritas serta *insurance fraud*.

Penelitian ini oleh peneliti dimodifikasi dalam hal populasi dan sampel. Populasi dan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah karyawan Perusahaan Asuransi yang ada di wilayah Banjarmasin, Kalimantan Selatan. Populasi dan sampel yang diambil dalam penelitian ini menggunakan karyawan keuangan dan administrasi. Pengguna asuransi berasal dari berbagai kalangan baik pebisnis, karyawan, pegawai negeri sipil, dan kalangan masyarakat lainnya. Dalam hal ini peneliti ingin meneliti bagaimana perilaku tidak etis, tindakan kriminal, sikap kerja dan integritas yang ada pada karyawan perusahaan asuransi di wilayah Banjarmasin, Kalimantan Selatan dapat berpengaruh terhadap *insurance fraud*.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dijelaskan di atas, maka rumusan masalah pada penelitian ini yaitu:

1. Apakah perilaku tidak etis berpengaruh terhadap *insurance fraud*?
2. Apakah tindakan kriminal berpengaruh terhadap *insurance fraud*?
3. Apakah sikap kerja berpengaruh terhadap *insurance fraud*?
4. Apakah integritas berpengaruh terhadap *insurance fraud*?

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian dalam penelitian ini yaitu:

1. Untuk menguji dan menganalisis perilaku tidak etis dapat mempengaruhi terjadinya *insurance fraud*.
2. Untuk menguji dan menganalisis tindakan kriminal dapat mempengaruhi terjadinya *insurance fraud*.
3. Untuk menguji dan menganalisis sikap kerja dapat mempengaruhi terjadinya *insurance fraud*.
4. Untuk menguji dan menganalisis integritas dapat mempengaruhi terjadinya *insurance fraud*.

1.4 Manfaat Penelitian

Beberapa manfaat penelitian dalam penelitian ini yaitu:

1. Manfaat Praktis
 - a. Bagi Karyawan Asuransi: Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk memacu para karyawan agar memiliki *self control* yang tinggi agar tidak melakukan *insurance fraud*.
 - b. Bagi Perusahaan Asuransi : hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan dalam mencegah terjadinya *insurance fraud* terutama pada produk asuransi kesehatan.
 - c. Bagi Departemen Kesehatan : Hasil penelitian ini dapat digunakan oleh Departemen Kesehatan untuk mencegah terjadinya *insurance fraud*.

2. Manfaat Akademis

Penelitian ini dapat digunakan untuk penelitian selanjutnya dan dapat menambah referensi mengenai integritas dan *insurance fraud*.