



Analisis Strategi Manajemen Klaim dalam Menekan Resiko *Fraud* di PT. Asuransi Panin Dai-Ichi Life

Elyana Syakira¹, Aqwa Naser Daulay², Budi Harianto³

¹⁻³Universitas Islam Negeri Sumatera Utara

Email: syakiraelyana40@gmail.com¹, aqwanaserdaulay@uinsu.ac.id², budiharianto@uinsu.co.id³

*Penulis Korespondensi: syakiraelyana40@gmail.com

Abstract. *Insurance fraud is a latent threat that can disrupt the financial stability of life insurance companies. PT Panin Dai-Ichi Life Medan Branch faces significant challenges in safeguarding against illegitimate claims driven by criminal intent. This study aims to analyze the effectiveness of claim management strategies in mitigating fraud risks in Medan. This study employs a qualitative descriptive case study method. Data gathered through in-depth interviews and documentation were analyzed using a SWOT matrix (IFAS/EFAS) based on Fraud Risk Assessment. The analysis revealed a net IFAS score of +0.48 and an EFAS score of +0.71, positioning the company in Quadrant I (Aggressive Strategy). The primary strength lies in the multi-layered clinical verification by the internal Casemix medical team and strict adherence to prompt payment SOPs. However, challenges persist regarding digital document manipulation and dispute risks due to agent mis-selling. The S-O (Strengths-Opportunities) Strategy is highly recommended, focusing on integrating the claim system with partner hospitals' e-medical records, utilizing AI for anomaly detection, and reinforcing anti-fraud compliance under OJK regulations and Law No. 4 of 2023 on PPSK.*

Keywords: *Claim Management; Insurance Fraud; Life Insurance; SWOT Analysis; Utmost Good Faith.*

Abstrak. Praktik fraud merupakan ancaman laten yang dapat mengganggu stabilitas aset yang dikelola perusahaan asuransi jiwa. PT Panin Dai-Ichi Life Cabang Medan menghadapi tantangan besar dalam mengantisipasi risiko klaim tidak wajar yang didasari oleh niat jahat. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis efektivitas strategi manajemen klaim perusahaan dalam memitigasi risiko kecurangan di Kota Medan. Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif dengan metode studi kasus. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam dan studi dokumentasi, yang kemudian dianalisis menggunakan matriks SWOT (IFAS/EFAS) berbasis Penilaian Risiko Kecurangan (Fraud Risk Assessment). Hasil analisis menunjukkan skor bersih IFAS (+0,48) dan EFAS (+0,71), menempatkan perusahaan pada Kuadran I (Strategi Agresif). Kekuatan utama terletak pada ketajaman verifikasi medis internal Casemix dan komitmen terhadap SOP klaim cepat. Namun, perusahaan masih menghadapi tantangan berupa celah manipulasi dokumen digital dan risiko sengketa akibat mis-selling agent. Strategi S-O (Strengths-Opportunities) direkomendasikan sebagai prioritas utama melalui integrasi sistem klaim dengan e-medical record rumah sakit rekanan, pemanfaatan AI untuk deteksi anomali, serta penguatan kepatuhan anti-fraud sesuai regulasi OJK dan UU No. 4 Tahun 2023 tentang Pengembangan dan Penguatan Sektor Keuangan (UU PPSK).

Kata Kunci: Analisis SWOT; Asuransi Jiwa; Fraud; Manajemen Klaim; *Utmost Good Faith*.

1. PENDAHULUAN

Fenomena *insurance fraud* telah menjadi ancaman serius yang merugikan industri asuransi baik di tingkat global maupun nasional. Secara internasional, data dari *Coalition Against Insurance Fraud* menunjukkan bahwa kerugian akibat kecurangan asuransi di Amerika Serikat saja mencapai angka fantastis, yakni sekitar \$308,6 miliar per tahun. Di Indonesia, urgensi penanganan masalah ini semakin meningkat seiring dengan laporan dari Otoritas Jasa Keuangan (OJK) yang mencatat bahwa ada laporan scam sebanyak 299.000 dengan kerugian 7 Triliun yang dimana sebagian besar penipuan terjadi dalam bentuk rekayasa digital dan praktik kecurangan ini masih menjadi tantangan besar dalam menjaga stabilitas sektor jasa

keuangan. Menurut Syukri Kurniawan et al. (2020) dalam jurnalnya, *fraud* klaim bukan sekadar pelanggaran kontrak, melainkan tindak pidana yang memiliki unsur niat jahat (*mens rea*) untuk memperkaya diri sendiri secara melawan hukum. Kasus-kasus besar yang sempat mencuat di media nasional, seperti manipulasi klaim pada asuransi jiwa dan kesehatan, menunjukkan bahwa modus operandi pelaku semakin canggih, mulai dari pemalsuan dokumen kematian hingga kolusi dengan pihak penyedia layanan kesehatan. Di tengah tantangan tersebut, industri asuransi jiwa di Indonesia justru terus menunjukkan pertumbuhan, didorong antara lain oleh strategi pemasaran digital yang semakin agresif dalam membentuk minat beli (*purchase intention*) masyarakat terhadap produk asuransi jiwa (Nasution, 2024).

Namun, di balik pertumbuhan tersebut, terdapat risiko sistemis berupa *insurance fraud* yang secara langsung menantang efektivitas teori manajemen klaim di perusahaan. Dalam kerangka manajemen klaim, proses adjudikasi dan verifikasi seharusnya berfungsi sebagai filter utama, namun Syukri Kurniawan et al. (2020) dalam studinya menekankan bahwa *fraud* klaim sering kali lolos karena adanya tindakan curang yang didorong oleh niat jahat (*mens rea*) untuk memperoleh keuntungan pribadi secara melawan hukum. Manajemen klaim tidak boleh lagi sekadar bersifat administratif, melainkan harus berbasis manajemen risiko yang ketat mengingat *fraud* muncul dalam berbagai bentuk kompleks, mulai dari manipulasi data medis hingga klaim fiktif. Tanpa integrasi antara teori manajemen klaim yang solid dan deteksi dini, ekosistem asuransi akan kehilangan integritasnya dalam menjaga keseimbangan antara kewajiban membayar klaim yang sah dan perlindungan aset dari praktik kecurangan.

Industri asuransi secara umum menghadapi tantangan besar terkait risiko operasional yang bersumber dari tindakan kecurangan atau *fraud*. Fenomena ini tidak hanya menjadi masalah domestik, tetapi juga global, di mana laporan dari *Association of Certified Fraud Examiners* (ACFE) secara konsisten menempatkan sektor asuransi sebagai salah satu sektor yang paling rentan terhadap tindak pidana kerah putih. Risiko dan klaim asuransi juga semakin relevan di luar sektor konvensional; Afriani et al. (2024) misalnya menemukan bahwa persepsi risiko dan jaminan klaim asuransi pengiriman turut memengaruhi keputusan pembelian konsumen di sektor e-commerce, menunjukkan bahwa kepercayaan terhadap mekanisme klaim menjadi faktor lintas industri yang krusial. Di Indonesia, data Otoritas Jasa Keuangan (OJK) menunjukkan bahwa klaim yang tidak wajar menjadi salah satu faktor yang mengganggu stabilitas dana kelolaan perusahaan asuransi. Berita-berita nasional juga kerap menyoroti modus operandi seperti "mati fiktif" atau rekayasa kecelakaan demi mencairkan uang pertanggungan dalam jumlah besar, tindakan ini merupakan pelanggaran nyata terhadap asas *Utmost Good Faith* (itikad baik yang sempurna) menegaskan bahwa klaim yang melebihi nilai

kerugian nyata (*profiting from loss*) adalah indikasi kuat terjadinya kejahatan asuransi yang dapat dijerat secara hukum.

Di balik komitmen tinggi PT Panin Dai-Ichi Life Medan yang membayar 95-98% klaim nasabah, terdapat tantangan krusial dalam menjaga stabilitas aset yang berkontribusi sebesar 69,8% terhadap pertumbuhan cabang (Irmawati Rajagukguk, 2020). Meskipun Mutia et al. (2024) menekankan perlunya transformasi manajemen klaim dari sekadar fungsi administratif menjadi instrumen pencegahan, belum ada kajian mendalam mengenai efektivitas unit *casemix* dan tim investigasi internal di Medan dalam menghadapi modus *fraud* modern yang semakin canggih. Sejalan dengan hal tersebut, Harahap & Daulay (2024) dalam penelitiannya mengenai sistem dan prosedur penyelesaian klaim asuransi jiwa di Kota Medan turut menekankan bahwa efektivitas prosedur klaim sangat bergantung pada ketelitian verifikasi dokumen dan koordinasi antar unit internal perusahaan. Oleh karena itu, penelitian ini hadir untuk mengisi celah tersebut, membedah bagaimana strategi manajemen klaim dapat bertransformasi menjadi benteng pertahanan yang tangguh untuk memitigasi risiko kecurangan dan melindungi kesehatan finansial perusahaan secara berkelanjutan.

Di balik setiap pengajuan klaim di PT Panin Dai-Ichi Life, terdapat rasio fundamental 95:5 yang menjadi denyut nadi operasional perusahaan. Sebanyak 95% dari total pengajuan adalah komitmen murni yang harus dibayarkan dengan cepat sebagai bentuk tanggung jawab penuh terhadap nasabah, namun 5% sisanya merupakan medan pertempuran yang krusial bagi tim manajemen klaim. Sebagaimana ditekankan dalam studi Dana Alanjung (2026), menjaga ketat benteng 5% ini bukanlah sekadar urusan administratif, melainkan langkah vital untuk melindungi 69,8% kontribusi klaim terhadap pertumbuhan aset perusahaan; karena jika benteng pertahanan ini jebol oleh praktik kecurangan yang terorganisir, maka kesehatan investasi dan stabilitas finansial jangka panjang perusahaan secara keseluruhan akan terancam.

Berdasarkan Uraian tersebut, integrasi antara tata kelola yang baik, teknologi informasi, dan kepatuhan hukum menjadi kunci utama dalam menekan risiko *fraud*. Mengingat kompleksitas tantangan di lapangan, sebagaimana disoroti oleh Ketut Sendra (2017) mengenai pentingnya perlindungan konsumen di tengah maraknya kecurangan, maka penelitian ini bertujuan untuk membedah lebih dalam bagaimana strategi manajemen klaim yang diterapkan oleh PT Panin Dai-Ichi Life Cabang Medan.

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi teoritis dan praktis mengenai bagaimana kantor cabang di daerah dapat memperkuat benteng pertahanan mereka terhadap *fraud* guna mendukung keberlanjutan industri asuransi nasional.

2. TINJAUAN TEORITIS

Manajemen Klaim dalam Industri Asuransi

Manajemen klaim merupakan jantung operasional perusahaan asuransi yang berfungsi sebagai jembatan antara pemenuhan kewajiban polis dan perlindungan aset perusahaan. Menurut Rahmi & Sidik (2025), strategi manajemen klaim yang ideal harus melibatkan pengawasan ketat terhadap proses administrasi dan verifikasi medis untuk memastikan setiap pengajuan memiliki validitas yang sah. Temuan ini sejalan dengan Sakila & Rahma (2022) yang mengkaji prosedur penanganan klaim pada produk asuransi jiwa, dan menyimpulkan bahwa efektivitas penanganan klaim sangat ditentukan oleh kejelasan tahapan verifikasi serta ketepatan waktu pemrosesan dokumen nasabah. Hal ini juga selaras dengan temuan Soemitra (2023) yang mengkaji pengaruh kinerja agen asuransi terhadap kepuasan nasabah dalam proses penyelesaian klaim produk asuransi jiwa, di mana kecepatan dan ketepatan proses klaim terbukti menjadi determinan utama kepuasan nasabah. Hal serupa juga ditemukan oleh Nasution et al. (2023) dalam kajiannya mengenai strategi peningkatan kualitas pelayanan pada perusahaan penjaminan syariah, yang menyimpulkan bahwa kepuasan mitra bisnis sangat dipengaruhi oleh konsistensi dan kecepatan pelayanan yang diberikan. Namun, dalam prakteknya, manajemen klaim sering kali menghadapi titik lemah ketika prosedur verifikasi hanya bersifat formalitas tanpa didukung oleh analisis data yang mendalam. Kelemahan ini memberikan celah bagi munculnya *fraud* klaim, yang menurut Syukri Kurniawan, dkk. (2020), didorong oleh niat jahat (*mens rea*) untuk memperoleh keuntungan melawan hukum, baik melalui manipulasi dokumen maupun klaim fiktif.

Manajemen strategi dalam klaim didefinisikan sebagai serangkaian tindakan manajerial yang melibatkan pengawasan ketat terhadap proses administrasi dan verifikasi medis untuk memastikan validitas setiap pengajuan. Secara strategis, ini bukan sekadar proses membayar tagihan, melainkan mekanisme pertahanan perusahaan untuk menjaga saldo cadangan teknis dan pertumbuhan aset Irmas Wati Rajagukguk, 2020).

Implementasi strategi manajemen klaim yang efektif harus berlandaskan pada prinsip efisiensi operasional dan ketepatan verifikasi. Mutia et al. (2024) dalam penelitiannya mengenai peran *underwriter* dan tim klaim, menekankan bahwa strategi pencegahan risiko harus dimulai sejak tahap seleksi risiko awal hingga proses adjudikasi klaim.

Prinsip ini menuntut perusahaan untuk menyeimbangkan antara kecepatan layanan pembayaran klaim sebagai bentuk pemenuhan hak nasabah, dengan ketegasan filtrasi untuk mendeteksi anomali. Kegagalan dalam mensinergikan manajemen strategi dengan operasional klaim dapat menyebabkan tingginya angka *pending claim* atau bahkan kebocoran finansial

akibat pembayaran klaim yang tidak layak (*leakage*), yang pada akhirnya merusak rasio pertumbuhan aset perusahaan sebagaimana disoroti dalam studi kasus pada PT Panin Dai-Ichi Life Cabang Medan oleh Irmas Wati Rajagukguk(2020). Secara teoretis, Darmawi (2016) dan Salim (2007) menegaskan bahwa manajemen risiko dalam industri asuransi harus dipahami sebagai proses berkelanjutan identifikasi, pengukuran, dan pengendalian risiko, bukan sekadar respons administratif terhadap klaim yang telah terjadi.

Secara lebih luas, sistem informasi yang berkualitas merupakan tulang punggung dari manajemen klaim modern. Integrasi teknologi dalam manajemen strategi memungkinkan perusahaan melakukan deteksi dini terhadap pola-pola kecurangan yang kompleks. Pengertian manajemen klaim dalam era digital kini telah bergeser dari sekadar pemrosesan dokumen administratif menjadi analisis data prediktif. Dengan memperkuat infrastruktur informasi dan kesadaran anti-fraud di setiap lapisan organisasi, perusahaan asuransi dapat menciptakan strategi pertahanan yang solid, memastikan bahwa setiap rupiah yang dikeluarkan untuk klaim adalah sah secara hukum dan medis, yang pada gilirannya akan meningkatkan kepercayaan publik dan stabilitas industri asuransi secara keseluruhan.

Sebagai alat analisis, pendekatan SWOT telah terbukti efektif diterapkan pada konteks manajemen strategi asuransi syariah, sebagaimana ditunjukkan oleh Putri, Marliyah, & Zainarti (2023) dalam mengevaluasi strategi produk unit link asuransi syariah. Studi tersebut membuktikan bahwa metode ini mampu memetakan faktor internal dan eksternal perusahaan asuransi secara komprehensif, sehingga relevan digunakan sebagai kerangka analisis strategi manajemen klaim dalam penelitian ini. Temuan serupa juga dikemukakan oleh Imsar (2023) yang menerapkan analisis SWOT terhadap prosedur klaim asuransi produk unit linked, dan menyimpulkan bahwa pemetaan faktor internal-eksternal secara sistematis membantu perusahaan mengidentifikasi celah prosedural yang berpotensi dimanfaatkan dalam praktik kecurangan klaim.

Risiko Fraud Pada Klaim Asuransi Jiwa

Secara universal, kecurangan asuransi atau *insurance fraud* dipahami sebagai tindakan penipuan yang dilakukan secara sengaja untuk memperoleh keuntungan finansial yang tidak sah dari kontrak asuransi. Menurut perspektif internasional, *The International Association of Insurance Supervisors* (IAIS) mendefinisikan *fraud* sebagai tindakan yang melibatkan penipuan, pemalsuan, atau penggelapan fakta material guna mendapatkan pembayaran klaim yang tidak seharusnya. Sejalan dengan pandangan tersebut, dalam konteks nasional, Syukri Kurniawan et al.(2020) menjelaskan bahwa *fraud* asuransi memiliki unsur *mens rea* atau niat jahat yang menjadi pembeda utama antara kesalahan administratif biasa dengan tindak pidana.

Tanpa adanya niat jahat, sebuah kesalahan mungkin hanya dianggap sebagai kelalaian, namun dalam *fraud*, seluruh tindakan telah direncanakan untuk merugikan pihak penanggung.

Risiko *fraud* atau kecurangan dalam klaim asuransi merupakan ancaman laten yang memiliki dampak destruktif bagi ekosistem industri asuransi. Secara konseptual, risiko ini muncul ketika terdapat celah dalam sistem manajemen klaim yang dimanfaatkan oleh oknum untuk memperoleh keuntungan finansial secara tidak sah. Risiko *fraud* bukan sekadar kesalahan teknis, melainkan sebuah tindakan yang didasari oleh *mens rea* (niat jahat) untuk memanipulasi kontrak asuransi (Syukri Kurniawan dkk, 2020). Risiko ini sering kali dipicu oleh tiga elemen utama yang dikenal sebagai *Fraud Triangle* adanya tekanan finansial, adanya peluang karena lemahnya kontrol internal, dan adanya rasionalisasi atau pembenaran atas tindakan curang tersebut.

Risiko *fraud* merupakan pengkhianatan terhadap prinsip *Utmost Good Faith*, di mana praktik mulai dari manipulasi data medis (*upcoding/unbundling*) hingga rekayasa kematian (Sendra, 2017) tidak hanya menggerus *loss ratio* dan aset perusahaan, tetapi juga menciptakan beban sistemik bagi nasabah jujur melalui kenaikan premi. Lebih jauh, Afrizal et al. (2022) dalam studi literatur kritisnya mengenai risiko reputasi pada manajemen risiko perbankan syariah menekankan bahwa kegagalan mitigasi kerugian operasional dan klaim tidak hanya berdampak finansial, tetapi juga dapat mengikis kepercayaan publik secara jangka panjang terhadap institusi keuangan. Menghadapi ancaman ini, perusahaan harus memperkuat sistem informasi dan kesadaran anti-*fraud* di setiap lini organisasi (Budiani, 2025; Djojosoedarso, 1999) serta memanfaatkan kewenangan hukum sesuai UU No. 40 Tahun 2014 untuk melakukan investigasi mendalam terhadap klaim mencurigakan, demi memulihkan integritas perusahaan dan kepercayaan publik terhadap industri asuransi (Alanjung, 2026). Temuan lapangan oleh Aqilah & Syahriza (2022) dalam studinya mengenai pemberian santunan asuransi jiwa turut mengidentifikasi pemalsuan syarat pengajuan klaim oleh pemegang polis atau ahli waris sebagai salah satu modus kecurangan yang kerap ditemui pada klaim kematian.

Prinsip-Prinsip Dasar Asuransi dalam Mitigasi Risiko Fraud

Prinsip dasar asuransi merupakan fondasi hukum dan etika yang mengatur hubungan antara penanggung (perusahaan asuransi) dan tertanggung (nasabah). Secara internasional, prinsip-prinsip ini berfungsi sebagai instrumen pengendalian risiko yang memastikan bahwa kontrak asuransi berjalan sesuai dengan tujuan sosial-ekonominya. Pemahaman yang mendalam terhadap prinsip asuransi sangat krusial bagi perusahaan seperti PT Panin Dai-Ichi Life Cabang Medan untuk menyaring klaim yang sah dari upaya kecurangan (Kamilah et al., 2026). Tanpa kepatuhan terhadap prinsip-prinsip ini, industri asuransi akan kehilangan

integritasnya karena rentan terhadap eksploitasi oleh pihak-pihak yang mencari keuntungan tidak sah. Djojosoedarso (1999) menambahkan bahwa prinsip-prinsip asuransi pada dasarnya merupakan instrumen manajemen risiko yang berfungsi menyeimbangkan kepentingan penanggung dan tertanggung, sehingga penerapannya secara konsisten menjadi syarat mutlak bagi stabilitas industri asuransi secara keseluruhan.

Landasan hubungan asuransi dibangun di atas prinsip *Utmost Good Faith (Uberrimae Fidei)*, dimana kejujuran mutlak menjadi syarat utama; menyembunyikan riwayat kesehatan (*pre-existing condition*) bukan sekadar kelalaian, melainkan penipuan fundamental yang mencederai keabsahan kontrak sejak awal (Syukri Kurniawan et al., 2020). Melengkapi pilar ini, prinsip *Indemnitas* bertindak sebagai penyeimbang yang memastikan asuransi hanya berfungsi sebagai pemulih keadaan, bukan instrumen mencari keuntungan. Ketika seorang nasabah mencoba merekayasa klaim agar nilainya melampaui kerugian nyata, mereka telah mengkhianati esensi proteksi dan menciptakan indikasi kuat terjadinya praktik kecurangan (Jaeni & Maryani, 2024). Sejalan dengan itu, Kamilah et al. (2026) dan Muhammad (2011) dalam kajian hukum asuransi menegaskan bahwa prinsip-prinsip dasar tersebut merupakan fondasi yuridis yang mengikat sahnyanya perjanjian pertanggungan, sehingga pelanggaran terhadapnya berimplikasi langsung pada keabsahan klaim yang diajukan.

Terakhir, prinsip *Insurable Interest* hadir sebagai benteng moral yang mencegah asuransi berubah menjadi ajang spekulasi atau perjudian. Prinsip ini mewajibkan adanya kepentingan finansial yang sah antara pemegang polis dan tertanggung, sehingga verifikasi hubungan ini menjadi prosedur krusial bagi PT Panin Dai-Ichi Life Cabang Medan untuk memvalidasi setiap klaim. Tanpa ikatan kepentingan yang jelas, risiko *moral hazard* akan meningkat drastis, membuka celah bagi pihak tidak bertanggung jawab untuk mencelakai orang lain demi uang pertanggungan.

Dengan memahami ketiga prinsip dasar ini secara utuh, perusahaan memiliki landasan kuat untuk membentengi integritas operasional dari segala bentuk manipulasi. Bayangkan *Proximate Cause* sebagai detektif utama dalam manajemen klaim yang bertugas mengungkap penyebab asli di balik sebuah penyakit atau kematian; ini adalah kunci bagi perusahaan untuk membedakan nasabah yang jujur dengan mereka yang mencoba mengaburkan fakta demi mencairkan klaim (Kurniawan et al., 2020). Melalui audit medis yang ketat, perusahaan dapat membongkar upaya rekayasa dan menolak klaim yang tidak sesuai, sebuah langkah krusial untuk mencegah kebocoran dana dan menjaga pertumbuhan aset agar tetap stabil (Irmawati Rajagukguk, 2020). Tindakan tegas ini tidak hanya sekedar menjaga moral perusahaan, tetapi juga memiliki landasan yuridis yang kuat berdasarkan UU No. 4 Tahun 2023 tentang

Pengembangan dan Penguatan Sektor Keuangan (UU PPSK), sehingga bagi PT Panin Dai-Ichi Life di Medan, penerapan prinsip ini bukan hanya soal administrasi, melainkan strategi manajerial vital untuk membentengi integritas sekaligus merawat kepercayaan publik di tengah industri asuransi yang penuh tantangan. Dengan demikian, penerapan prinsip-prinsip asuransi bukan hanya kewajiban moral, tetapi juga strategi manajerial vital bagi PT Panin Dai-Ichi Life untuk menjaga kepercayaan publik di Kota Medan.

3. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan Deskriptif Kualitatif dengan metode studi kasus untuk analisis strategi manajemen klaim pada PT Panin Dai-Ichi Life Medan. Pendekatan deskriptif kualitatif dipilih agar peneliti dapat menggali pemahaman mendalam mengenai strategi yang di implementasi perusahaan dalam memitigasi risiko *fraud*. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam dengan pihak internal (Manajemen Klaim/Compliance) serta tiga orang nasabah yang dipilih secara *purposive* berdasarkan riwayat historis klaim mereka, guna memperoleh perspektif komprehensif mengenai transparansi dan prosedur verifikasi di lapangan. Selain itu, peneliti melakukan studi dokumentasi terhadap data historis klaim perusahaan untuk mengidentifikasi pola tren *loss ratio* yang pernah terjadi sebagai basis data empiris.

Dalam menganalisis data, penelitian ini menggunakan *Fraud Risk Assessment* (FRA) berbasis teori *Fraud Triangle* (Tekanan, Peluang, dan Rasionalisasi) untuk membedah titik rawan kecurangan pada setiap tahapan klaim. Temuan dari FRA tersebut kemudian disintesis ke dalam kerangka analisis SWOT untuk memetakan kekuatan dan kelemahan internal perusahaan, serta peluang dan ancaman eksternal yang terkait *Fraud Triangle* maupun perkembangan modus. Keabsahan data diuji melalui teknik triangulasi sumber, yaitu dengan membandingkan informasi dari hasil wawancara nasabah, dokumen historis perusahaan dengan UU No. 4 Tahun 2023 tentang Pengembangan dan Penguatan Sektor Keuangan (UU PPSK) yaitu yang menuntut entitas asuransi untuk memperketat sistem pengendalian internal sebagai bentuk tanggung jawab terhadap stabilitas sistem keuangan dan perlindungan nasabah secara berkelanjutan. Dengan metode ini, penelitian diharapkan mampu merumuskan strategi manajemen klaim yang tidak hanya aplikatif dalam menekan angka kecurangan, tetapi juga memiliki landasan hukum yang kuat dalam melindungi aset perusahaan dan nasabah yang jujur.

Proses analisis SWOT dalam penelitian ini dilakukan melalui empat tahapan sistematis guna memastikan hasil yang akurat. (1) Inventarisasi data, di mana seluruh temuan dari wawancara nasabah, data historis *loss ratio*, dan hasil *Fraud Risk Assessment* (FRA)

diklasifikasikan ke dalam empat kuadran: kekuatan internal, kelemahan internal, peluang eksternal, dan ancaman eksternal. (2) Penyusunan matriks strategi, dimana peneliti melakukan proses *matching* (penjodohan) antar faktor; misalnya, menghubungkan kekuatan internal untuk memanfaatkan peluang eksternal, atau meminimalkan kelemahan internal guna menghindari ancaman eksternal. (3) Formulasi strategi, di mana setiap hasil *matching* tersebut dirumuskan menjadi pernyataan strategis yang aplikatif, seperti strategi S-O, W-O, S-T, dan W-T. (4) Sintesis, dimana seluruh rumusan strategi dikerucutkan menjadi rekomendasi manajerial yang selaras dengan mandat perlindungan konsumen dalam UU PPSK No. 4 Tahun 2023, sehingga dapat memberikan solusi konkret bagi PT Panin Dai-Ichi Life Medan dalam memitigasi risiko *fraud* secara berkelanjutan.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Analisis mengenai efektivitas strategi *anti-fraud* dalam tata kelola klaim pada PT Panin Dai-Ichi Life Cabang Medan dalam penelitian ini didasarkan pada data primer yang diperoleh melalui kuesioner dan wawancara mendalam dengan 6 (enam) orang informan kunci. Komposisi informan dipilih secara sengaja (*purposive sampling*) guna mendapatkan perspektif yang berimbang dari dua sudut pandang utama, yaitu pihak internal perusahaan dan pihak eksternal selaku pengguna layanan. Kelompok internal perusahaan terdiri dari 3 (tiga) orang informan ahli yaitu Bapak Monra, Ibu Nova, dan Ibu Sisca yang memegang peran krusial dalam rantai operasional klaim yang mengetahui penuh dalam proses verifikasi teknis serta pengambilan keputusan terhadap indikasi kecurangan (*fraud*).

Sementara itu, untuk memvalidasi implementasi strategi tersebut di lapangan, penelitian ini juga melibatkan 3 (tiga) orang informan dari pihak nasabah aktif PT Panin Dai-Ichi Life Cabang Medan yaitu Bapak Jufri, Bapak Tua Raja Siagian dan Bapak Agus Kuncoro yang memiliki rekam jejak pengajuan klaim kesehatan. Keterlibatan ketiga nasabah ini sangat penting untuk menggali realitas objektivitas pelayanan, tingkat pemahaman nasabah terhadap digitalisasi klaim, serta bagaimana kebijakan pencegahan *fraud* yang diterapkan perusahaan dirasakan langsung oleh masyarakat pengguna jasa asuransi.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam, Bapak Jufri menunjukkan tingkat loyalitas dan kepercayaan yang tinggi terhadap perusahaan karena ia dan keluarganya telah lama memiliki polis di perusahaan tersebut. Faktor ini membuat Bapak Jufri sama sekali tidak terpengaruh oleh isu atau kampanye negatif yang beredar di media sosial mengenai perusahaan asuransi. Baginya, kepastian pembayaran klaim didasarkan pada pengalaman langsung yang dirasakannya.

Namun, Bapak Jufri menyoroti masalah komunikasi di mana ia sering mengalami perbedaan pendapat akibat agen yang kurang informatif dalam menjelaskan isi polis secara detail. Hal ini juga memicu ketidakpuasan terkait tidak meratanya pemahaman mengenai masa tunggu penyakit atau penolakan administrasi sepihak di rumah sakit. Masalah paling fatal yang dialami oleh Bapak Jufri adalah sengketa klaim kematian yang berujung ke ranah hukum (pengadilan) karena pihak asuransi menolak membayar klaim dengan alasan nasabah sudah lama sakit, tetapi asuransi menolak memberikan bukti rekam medisnya dan justru menawarkan damai dengan ganti rugi setengah nominal.

Hasil wawancara dengan Bapak Tua Siagian menunjukkan pandangan yang sangat rasional dan berbasis standarisasi regulasi. meyakini kelayakan perusahaan asuransi dalam membayar klaim karena operasionalnya telah memenuhi standar ketat dari pemerintah dan OJK. Menurut pengalamannya, proses klaim saat ini berjalan normal dan lancar sepanjang seluruh dokumen pendukung dipenuhi sesuai SOP. Bapak Jufri memandang bahwa pemanfaatan digitalisasi, seperti aplikasi web mandiri dan sistem notifikasi dari aplikasi rumah sakit, sangat membantu memantau status klaim secara instan tanpa perlu repot mengumpulkan berkas fisik.

Bagi Bapak Jufri, akar masalah terbesar yang sering memicu kegagalan klaim dan ketidakpuasan nasabah di lapangan adalah fenomena *mis-selling* (salah informasi) dari tenaga marketing atau agen yang tidak menjelaskan produk secara jujur, serta kelalaian nasabah sendiri yang malas mempelajari isi polis. Ia mengingatkan bahwa nasabah sebenarnya diberikan batas waktu 14 hari (*free look period*) untuk meninjau atau menolak polis jika tidak sesuai.

Dari perspektif Bapak Agus, keyakinannya bahwa perusahaan sanggup memenuhi kewajiban klaim berakar dari penjelasan awal yang diberikan oleh agen asuransinya. Standar kepercayaan Bapak Agus sangat dipengaruhi oleh seberapa cepat, tanggap, dan responsif pihak layanan asuransi dalam menjawab keluhan, pertanyaan, atau memberikan informasi yang dibutuhkan oleh nasabah. Kehadiran jaringan rumah sakit rekanan yang luas (*provider*) juga diakui sangat mempermudah dirinya saat harus melakukan klaim secara jelas di fasilitas kesehatan.

Terkait konflik atau kekecewaan, Bapak Agus menilai sumber masalah utamanya selalu kembali pada masalah komunikasi yang tidak nyambung dan penjelasan agen yang terlalu standar. Di sisi lain, ia menegaskan bahwa dirinya adalah tipe nasabah yang tidak terpengaruh oleh isu-isu negatif asuransi di media sosial; ia tetap menganalisis sumber masalahnya secara

mandiri dan menganggap urusannya dengan perusahaan asuransi selama ini tetap aman sepanjang layanannya berjalan dengan baik.

Setelah menguraikan secara mendalam mengenai karakteristik dan ragam perspektif dari seluruh informan penelitian, langkah analisis berikutnya adalah membedah hasil pengumpulan data kuantitatif yang diperoleh melalui kuesioner internal perusahaan. Bagian ini secara khusus akan memaparkan hasil analisis pada matriks *Internal Factor Analysis Summary* (IFAS) dan *Eksternal Factor Analysis Summary* (EFAS) guna mengidentifikasi, mengukur, dan mengevaluasi seluruh tata kelola operasional di dalam kantor PT Panin Dai-Ichi Life Cabang Medan. Melalui pembobotan dan penilaian (*rating*) pada setiap indikator kuesioner internal ini, akan dipetakan secara jelas apa saja faktor yang menjadi kekuatan (*strengths*) utama yang harus dipertahankan perusahaan, serta aspek apa saja yang menjadi kelemahan (*weaknesses*) internal yang harus segera dimitigasi dalam rangka memperkuat sistem pencegahan risiko kecurangan (*fraud*) klaim.

Hasil Analisis Faktor Internal (IFAS)

Analisis internal dilakukan untuk memetakan aspek operasional di dalam perusahaan yang mencakup kekuatan yang dapat dioptimalkan serta kelemahan yang harus dimitigasi dalam menekan risiko kecurangan (*fraud*).

Faktor Kekuatan (Strengths)

Berdasarkan data wawancara, perusahaan memiliki pilar kekuatan internal yang cukup solid, terutama pada aspek standarisasi verifikasi medis, kepatuhan regulasi, kepastian pembayaran, serta pengawasan internal.

- a. Sistem verifikasi medis dan audit yang berlapis, perusahaan menerapkan proses verifikasi klaim kesehatan yang ketat dengan melibatkan tim ahli medis internal untuk mencocokkan laporan rumah sakit dengan indikasi penyakit nasabah, didukung oleh pengawasan dari tim audit internal. Hal ini diperkuat oleh pernyataan informan yaitu Pak Monra:

"Kami ada berhubungan asuransi untuk verifikasi ya, ada proses laporan dari rumah sakit ke tim medisnya tuh perlu yah kalo kesehatan diagnosa nya sesuai atau tidak dari penyakit nasabah, sama produk asuransinya tuh kita lihat apakah sesuai untuk di klaim prosedurnya kan ada tim audit ya."

- b. Standarisasi SOP dan Perusahaan memiliki komitmen tinggi terhadap kecepatan pembayaran klaim yang didasarkan pada standar pemerintah dan perusahaan (SOP 7 hari kerja), yang berkontribusi langsung pada tingkat kepercayaan nasabah. Bu Sisca mengkonfirmasi hal ini:

"Regulasi kan ada standarnya dari pemerintah dari perusahaan dan sangat penting untuk menjamin kekuatan perusahaan untuk klaim harus sesuai SOP dari rumah sakit yaitu 7 hari kerja, limit yah digunakan nasabah sesuai dengan polisnya."

- c. Efektivitas perluasan jaringan rumah sakit rekanan mempermudah akses klaim nasabah tanpa kendala finansial yang berarti. Keunggulan operasional ini juga ditopang oleh digitalisasi sistem menurut Bapak Monra yang telah terintegrasi dengan baik antar kantor cabang:

"Sangat membantu ya, karena ada banyak nasabah pilih-pilih rumah sakit kalau asuransi ada yang kerja sama... dan karena sistem perusahaan sudah ada yah digitalisasi jadi sudah mengetahui ya (integrasi antar cabang).

Tabel 1. Hasil Perhitungan Kuesioner Faktor Internal.

Pertanyaan Likert	FAKTOR KEKUATAN (STRENGTHS)			Total	Mean	Rating	Bobot	Skor
	1	2	3					
1	4	3	3	10	3,33	3	0,06	0,18
2	3	3	4	10	3,33	3	0,06	0,18
3	4	4	3	11	3,66	4	0,09	0,36
4	4	3	3	10	3,33	3	0,09	0,27
5	4	3	4	11	3,66	4	0,08	0,32
6	4	3	3	10	3,33	3	0,06	0,18
7	3	3	4	10	3,33	3	0,06	0,18
Sub Total Faktor Kekuatan (Strengths)							0,50	1,67

Faktor Kelemahan (Weaknesses)

Meskipun memiliki kekuatan sistem yang matang, hasil wawancara mengungkap adanya keterbatasan dalam hal adaptasi digital nasabah, ketergantungan dokumen fisik, serta restriksi fungsional dari tim lini depan (*frontliner/agent*).

- a. Kesenjangan literasi digital dari perusahaan masih menghadapi kendala operasional berupa tingginya ketergantungan pada dokumen fisik dalam pengajuan klaim, menurut Bu Nova hal ini disebabkan oleh belum meratanya pemahaman nasabah terhadap platform digital:

"Ada membantu yang bisa menggunakan digital lebih mudah dan ada yang tidak paham digital dan kita yah menggunakan berkas fisik proses manual kan harus ada dokumen fisik yah tapi kita bantu dengan email yah masih menggunakan dokumen fisik."

- b. Sentralisasi otoritas keputusan Anti-Fraud masih dalam sistem identifikasi kecurangan, menurut bu Sisca fungsi pencegahan dan penindakan masih tersentralisasi pada pihak manajemen pusat. Agen di lapangan hanya berfungsi

sebagai pengumpul data dan pemberi edukasi teoritis, tanpa memiliki akses eksekusi langsung dalam sistem pendeteksi kecurangan:

"Pelatihan anti front: yah kita sudah menjelaskan dan teori yah ke nasabah... tapi dari manajemen yah karena agen cuman memperkenalkan produk dan data yang diperlukan oleh nasabah yah dan kita berikan ke manajemen yah putuskan."

Tabel 2. Hasil Perhitungan Kuesioner Faktor Internal.

Pertanyaan Likert	FAKTOR KELEMAHAN (WEAKNESSES)							Skor
	1	2	3	Total	Mean	Rating	Bobot	
1	2	4	3	9	3,00	3	0,08	0,18
2	1	3	3	7	2,33	2	0,06	0,12
3	2	3	3	8	2,66	3	0,09	0,27
4	1	3	3	7	2,33	2	0,07	0,14
5	1	3	3	7	2,33	2	0,06	0,12
6	2	2	3	7	2,33	2	0,06	0,12
7	2	3	3	8	2,66	3	0,08	0,24
Sub Total Faktor Kelemahan (Weaknesses)							0,50	1,19

Secara keseluruhan dari hasil faktor internal yaitu faktor kekuatan dan faktor kelemahan dengan nilai bobot yang mewajibkan total keseluruhan hasil bernilai 1,00 , dengan skor hasil faktor Kekuatan 1,67 lebih besar daripada faktor Kelemahan yaitu dengan skor 1,19

Faktor Analisis Eksternal (EFAS)

Analisis eksternal menyoroti dinamika lingkungan luar perusahaan, baik berupa stimulus ekosistem yang menguntungkan (peluang) maupun tekanan resiko ekologis (ancaman) terkait tata kelola klaim asuransi.

Faktor Peluang (Opportunities)

Faktor peluang eksternal didominasi oleh kehadiran regulasi makro yang suportif, kesiapan digitalisasi pihak ketiga, serta pentingnya mitigasi investigasi independen di wilayah operasional Medan.

- a. Dukungan regulasi OJK dan ketegasan sanksi industri OJK memberikan payung hukum yang sangat membantu industri dalam merumuskan strategi penindakan kecurangan. Di sisi lain, ekosistem industri yang membolehkan tindakan tegas seperti pemutusan hubungan kerja sama (*blacklist*) menjadi peluang besar untuk menciptakan efek jera yang menurut Bu Nova:

"Banyak membantu yah ojk untuk pembahasan fraud ini pihak asuransi putus kerjasama dengan rumah sakit yang suka front... nasabah dan agen dapat di blacklist yah."

- b. Urgensi pemanfaatan investigator pihak ketiga dan digitalisasi rumah sakit kecenderungan ketidakjujuran nasabah terkait riwayat penyakit memunculkan

peluang strategis bagi optimalisasi jasa investigator independen pihak ketiga di lapangan. Pendapat Pak Monra peluang ini berjalan selaras dengan adanya program digitalisasi sistem rekam medis dari pihak rumah sakit:

"Investigator pihak ketiga dalam proses klaim sangat penting yah jadi banyak nasabah tidak jujur tentang penyakitnya dan bohong yah dalam keadaan sehat butuh investigator ke kerumah sakit untuk membuktikan digitalisasi rumah sakit mempermudah klaim: ya."

Tabel 3. Hasil Perhitungan Kuesioner Faktor Eksternal.

Pertanyaan Likert	FAKTOR PELUANG (OPPORTUNITIES)							Skor
	1	2	3	Total	Mean	Rating	Bobot	
1	4	4	3	11	3,66	4	0,09	0,36
2	4	4	3	11	3,66	4	0,09	0,36
3	4	3	3	10	3,33	3	0,08	0,24
4	3	3	3	9	3,00	3	0,08	0,24
5	3	3	3	9	3,00	3	0,07	0,21
6	4	3	3	10	3,33	3	0,07	0,21
7	4	3	3	10	3,33	3	0,08	0,24
Sub Total Faktor Peluang (Opportunities)							0,56	1,86

Faktor Ancaman (Threats)

Ancaman terbesar yang dihadapi dari lingkungan luar berpusat pada kerentanan manipulasi teknologi, risiko kolusi terselubung, serta dampak negatif penyebaran sentimen di media sosial.

- a. Kecanggihan manipulasi dokumen dan data lapangan dengan kemajuan teknologi, celah bagi oknum untuk melakukan pemalsuan dokumen klaim digital (seperti edit berkas PDF atau foto) semakin tinggi. Ancaman ini diperparah oleh potensi ketidaksesuaian data kependudukan dan indikasi kolusi dengan oknum fasilitas kesehatan:

"Manipulasi dokumen digita yah semua bisa dimanipulasi yah kerjasama tidak jujur yah pasti sudah ada niatan tidak baik ketidaksesuaian data proses klaim ini lah masalah terjadi fraud."

- b. Kerentanan konflik penolakan klaim dan eksposur media sosial penolakan klaim akibat berkas yang tidak memenuhi syarat (fraud/front) rentan, dimana menurut pendapat Bu Sisca dapat memicu sengketa atau komplain sepihak dari nasabah di media sosial yang dapat mengancam reputasi perusahaan. Namun, perusahaan mengantisipasinya dengan publikasi transparansi bukti keberhasilan klaim resmi:

"Pihak asuransi tidak gampang yang menolak jadi harus sesuai produk. banyak di lapangan syarat dan berkas tidak memenuhi kita bisa dengan promosikan bukti klaim yang sukses di berikan di media sosial atau surat kabar."

- c. Ancaman tarif premi kompetitor terkait adanya kompetitor yang menawarkan premi murah di pasar, Bu Nova menilai hal tersebut tidak memiliki pengaruh langsung (*exposure*) yang mengancam stabilitas strategi anti-fraud perusahaan:

"Verifikasi premi yang murah dari perusahaan yang lain: tidak ada hubungannya ya."

Tabel 4. Hasil Perhitungan Kuesioner Faktor Eksternal.

Pertanyaan Likert	FAKTOR ANCAMAN (THREATS)			Total	Mean	Rating	Bobot	Skor
	1	2	3					
1	3	4	3	10	3,33	3	0,07	0,21
2	2	3	3	8	2,66	3	0,08	0,24
3	1	2	3	6	2,00	2	0,05	0,10
4	2	2	3	7	2,33	2	0,06	0,12
5	1	3	3	7	2,33	2	0,06	0,12
6	2	3	3	8	2,66	3	0,06	0,18
7	2	3	3	8	2,66	3	0,06	0,18
Sub Total Faktor Ancaman (Threats)							0,44	1,15

Secara keseluruhan dari hasil faktor eksternal yaitu faktor peluang dan faktor ancaman dengan nilai bobot yang mewajibkan total keseluruhan hasil bernilai 1,00 dengan hasil skor faktor Peluang 1,86 lebih besar dibanding hasil skor faktor Ancaman 1,15.

Tabel 5. Analisis Faktor Internal dan Eksternal.

Kategori	Poin SWOT
Strengths (Kekuatan)	1. Tim Casemix & medis ahli verifikasi diagnosis. 2. Rasio solvabilitas RBC tinggi. 3. SOP klaim terstruktur secara digital. 4. Tingkat kepercayaan nasabah yang tinggi. 5. Unit <i>Compliance</i> khusus pemantau klaim. 6. Jaringan mitra rumah sakit luas 7. Database data historis klaim besar.
Weaknesses (Kekuatan)	1. Keterbatasan sistem deteksi anomali <i>real-time</i> . 2. Beban kerja unit investigasi membatasi penelusuran 3. Kurangnya integrasi riwayat spesifik nasabah berisiko. 4. Verifikasi manual klaim besar memakan waktu. 5. Rendahnya pelatihan <i>Anti-Fraud Awareness</i> . 6. Belum ada fitur pelaporan fraud (<i>whistleblowing</i>) anonim. 7. Ketergantungan dokumen fisik klaim konvensional.
Opportunities (Peluang)	1. Regulasi OJK wajibkan strategi anti-fraud. 2. Teknologi AI & Big Data untuk seleksi risiko. 3. Forum AAJI untuk pertukaran data <i>fraudster</i> . 4. Tersedianya investigator pihak ketiga di Medan. 5. Kolaborasi validasi profil keuangan nasabah. 6. Digitalisasi sistem <i>e-medical record</i> RS. 7. Forum komunikasi asuransi berbagi data
Threats (Ancaman)	1. Kecanggihan manipulasi dokumen digital. 2. Kolusi oknum nasabah dengan pihak RS. 3. Sengketa hukum/tuntutan klaim ditolak.

4. Kampanye negatif merusak citra di media sosial.
5. Ketidakkonsistenan data Dukcapil daerah.
6. Kompetitor premi murah abaikan verifikasi.
7. Narasi negative sepihak tanpa klarifikasi.

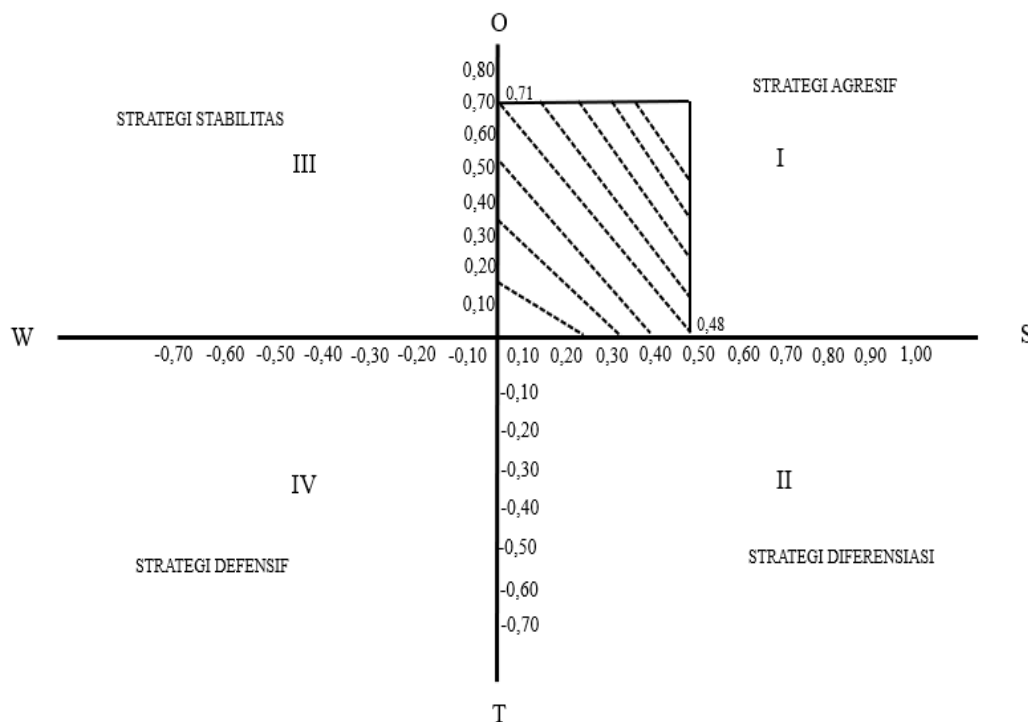
Hasil tabulasi pada tabel di atas menunjukkan bahwa kekuatan utama operasional klaim berada pada ketajaman sistem verifikasi klinis oleh tim medis internal serta tingginya tingkat kepercayaan publik. Di sisi lain, peluang eksternal yang dihadirkan oleh ketegasan regulasi anti-fraud OJK serta digitalisasi sistem rekam medis rumah sakit rekanan memberikan ruang gerak yang sangat ideal bagi perusahaan untuk mengoptimalkan efisiensi penindakan. Dengan mereduksi kelemahan berupa ketergantungan berkas fisik serta membentengi sistem dari ancaman kecanggihan manipulasi dokumen digital, perusahaan dapat memantapkan komitmen perlindungan dana kelolaan secara berkelanjutan.

Tabel 6. Analisis Matriks IFAS dan EFAS.

Faktor-Faktor Strategi Internal	Bobot	Rating	Bobot Rating	Komentar
Strengths (Kekuatan)				
1. Sistem verifikasi medis dan audit yang berlapis.	0,06	3	0,18	Tim ahli medis internal mampu mencocokkan laporan rumah sakit dengan indikasi penyakit secara ketat.
2. Standarisasi SOP dan komitmen kecepatan pembayaran (SOP 7 hari kerja),	0,06	3	0,18	Penjaminan klaim yang andal dan cepat membangun serta mempertahankan kepercayaan nasabah.
3. Efektivitas perluasan jaringan rumah sakit rekanan (provider) yang luas.	0,09	4	0,36	Mempermudah akses klaim nasabah tanpa kendala finansial berarti di berbagai pilihan rumah sakit.
4. Jaringan sistem digitalisasi yang terintegrasi antar kantor cabang.	0,09	3	0,27	Mempermudah transmisi data dan pemantauan profil klaim secara terpadu di lingkup internal.
5. Rasio solvabilitas RBC yang tinggi serta saldo cadangan teknis yang kuat.	0,08	4	0,32	Menjamin kapasitas pemenuhan kewajiban klaim masa depan dan pertumbuhan nilai investasi aset.
6. Keberadaan unit <i>Compliance</i> khusus pemantau klaim.	0,06	3	0,18	Memperketat filter pengawasan internal dari risiko kecurangan administrasi.
7. Database data historis klaim berskala besar.	0,06	3	0,18	Menjadi basis data empiris yang kuat untuk analisis tren dan pendeteksian anomali pola klaim.
Total Strengths	0,50		1,67	
Weaknesses (Kelemahan)				
1. Kesenjangan literasi digital dari sebagian nasabah.	0,08	3	0,24	Perbedaan pemahaman platform membuat edukasi klaim digital berjalan lambat di lapangan.
2. Tingginya ketergantungan pada berkas fisik dan proses manual.	0,06	2	0,12	Pengolahan berkas fisik rentan memicu perlambatan proses administrasi klaim.
3. Sentralisasi otoritas keputusan penindakan anti-fraud di manajemen pusat.	0,09	3	0,27	Membatasi ruang eksekusi langsung bagi tim lini depan untuk menindak anomali secara cepat.
4. Fungsi agen lapangan yang masih terbatas pada edukasi teoritis,	0,07	2	0,14	Agen belum memiliki akses operasional ke dalam sistem pendeteksi kecurangan perusahaan.

5. Keterbatasan sistem pendeteksian anomali secara <i>real-time</i>	0,06	2	0,12	Menyebabkan adanya celah waktu antara pelaporan dengan verifikasi mendalam atas indikasi fraud.
6. Beban kerja unit investigasi internal yang membatasi kedalaman penelusuran	0,06	2	0,12	Menghambat optimalisasi durasi penelusuran kasus dugaan klaim fiktif di daerah.
7. Rendahnya frekuensi pelatihan <i>Anti-Fraud Awareness</i> secara teratur	0,08	3	0,18	Memicu kurangnya sensitivitas tim frontliner dalam mendeteksi tanda-tanda kecurangan awal.
Total Weaknesses	0,50		1,19	
Total Keseluruhan IFAS	1,00		2,86	
Peluang (Opportunities)				
1. Dukungan regulasi makro yang suportif dari OJK terkait anti-fraud.	0,09	4	0,36	Memberikan payung hukum yang kuat bagi industri dalam merumuskan strategi penindakan kecurangan.
2. Adanya program digitalisasi sistem rekam medis (<i>e-medical record</i>) dari pihak RS.	0,09	4	0,36	Sinkronisasi rekam medis digital secara masif mempermudah dan mempercepat proses verifikasi klaim.
3. Ketegasan sanksi industri untuk melakukan pemutusan kerjasama (<i>blacklist</i>).	0,08	3	0,24	Peluang mem-blacklist agen, nasabah, dan RS nakal sangat efektif untuk menciptakan efek jera.
4. Urgensi dan optimalisasi pemanfaatan jasa investigator independen pihak ketiga di Medan.	0,08	3	0,24	Membantu membuktikan kecurangan di lapangan jika nasabah tidak jujur mengenai riwayat penyakitnya
5. Ketersediaan teknologi AI dan Big Data untuk seleksi risiko awal.	0,07	3	0,21	Memungkinkan penyaringan data secara otomatis untuk mendeteksi indikasi anomali sejak dini
6. Kerja sama pertukaran data <i>fraudster</i> melalui forum AAJI.	0,07	3	0,21	Memperkuat sistem peringatan dini melalui keterbukaan data riwayat klaim mencurigakan antar-perusahaan.
7. Kolaborasi validasi profil keuangan nasabah lintas industri.	0,08	3	0,24	Membantu memastikan kesesuaian antara kemampuan finansial riil dengan nilai pertanggungan yang dibeli.
Total Opportunities	0,56		1,86	
Ancaman (Threats)				
1. Kecanggihan manipulasi teknologi pada dokumen digital (berkas PDF/foto).	0,07	3	0,21	Kemajuan teknologi siber membuka celah yang lebih tinggi bagi oknum untuk mengedit berkas klaim.
2. Tingginya risiko tindakan ketidakjujuran nasabah terkait riwayat kesehatan asli.	0,08	3	0,24	Adanya niat tidak baik sejak awal pengisian polis menjadi akar utama terjadinya <i>insurance fraud</i> .
3. Potensi kolusi terselubung antara oknum nasabah dengan pihak fasilitas kesehatan.	0,05	2	0,10	Kerja sama manipulasi data klinis di lapangan mempersulit proses deteksi administrasi standar.
4. Kerentanan konflik penolakan klaim yang memicu sengketa hukum di pengadilan.	0,06	2	0,12	Penolakan klaim tidak memenuhi syarat berisiko membawa perusahaan pada tuntutan hukum formal.
5. Eksposur komplain sepihak dan penyebaran sentimen negatif di media social.	0,06	2	0,12	Sentimen negatif tanpa klarifikasi dapat mengancam reputasi citra perusahaan secara luas.
6. Ketidakkonsistenan data kependudukan (Dukcapil daerah) di lapangan.	0,06	3	0,18	Perbedaan data identitas memicu terjadinya hambatan serta celah <i>fraud</i> pada pengajuan klaim.
7. Adanya tarif premi kompetitor yang lebih murah di pasar asuransi.	0,06	3	0,18	Kompetitor premi murah berpotensi mengabaikan ketatnya proses verifikasi demi mengejar target pasar.
Total Threats	0,44		1,15	
Total Keseluruhan EFAS	1,00		3,01	

Berdasarkan hasil tabel diatas matriks *Internal Factor Analysis Summary* (IFAS), diperoleh dengan skor 1,67, serta skor 1,19, sehingga menghasilkan nilai bersih faktor internal sebesar +0,48 yang menunjukkan bahwa keunggulan verifikasi medis dan digitalisasi perusahaan mampu mengatasi kendala literasi digital serta ketergantungan berkas fisik di lapangan. Sementara itu, hasil matriks *External Factor Analysis Summary* (EFAS) mencatat total skor 1,86, serta total skor 1,15, yang menghasilkan nilai bersih faktor eksternal sebesar +0,71 sebagai bukti bahwa regulasi anti-fraud OJK dan digitalisasi rumah sakit bertindak sebagai stimulus kuat untuk memitigasi ancaman manipulasi dokumen siber. Berdasarkan hasil analisis SWOT dari kuesioner pada pihak informan PT. Panin Dai-Ichi Life tersebut, maka dihasilkan perhitungan dari faktor internal dan faktor eksternal dimulai dari perhitungan pada tabel di atas dan grafik analisis untuk X dan Y sebagai berikut :



Grafik 1. Grafik Analisis SWOT.

Berdasarkan analisis grafik SWOT di atas, strategi manajemen klaim dan pencegahan *fraud* pada PT Panin Dai-Ichi Life Cabang Medan berada pada posisi kuadran 1 yaitu Perusahaan memiliki kekuatan internal yang sangat besar dan secara bersamaan menghadapi peluang eksternal yang sangat menguntungkan. Fokus strategi Perusahaan ini adalah menggunakan strategi agresif, di mana perusahaan memanfaatkan seluruh kekuatan internal secara maksimal untuk merebut dan mengoptimalkan peluang yang tersedia demi mencapai pertumbuhan serta penguatan sistem yang berkelanjutan.

Tabel 7. Matriks Grand Strategi.

IFAS	KEKUATAN (STRENGTHS)	KELEMAHAN (WEAKNESSES)
	S1. Tim Casemix & media ahli verifikasi diagnosis.	W1. Keterbatasan sistem deteksi anomali real-time.
	S2. Rasio solvabilitas RBC tinggi.	W2. Beban kerja unit investigasi membatasi penelusuran.
	S3. SOP klaim terstruktur secara digital.	W3. Kurangnya integrasi riwayat spesifik nasabah berisiko.
	S4. Tingkat kepercayaan nasabah yang tinggi.	W4. Verifikasi manual klaim besar memakan waktu.
	S5. Unit Compliance khusus pemantau klaim.	W5. Rendahnya pelatihan <i>Anti-Fraud Awareness</i> .
	S6. Jaringan mitra rumah sakit luas.	W6. Belum ada fitur pelaporan fraud (<i>whistleblowing</i>) anonim.
	S7. Database data historis klaim besar.	W7. Ketergantungan dokumen fisik klaim konvensional.
FAKTOR EKSTERNAL	STRATEGI S-O (AGGRESSIVE)	STRATEGI W-O (PERBAIKAN)
Peluang (Opportunities)	Memaksimalkan kekuatan untuk merebut peluang:	Meminimalkan kelemahan dengan memanfaatkan peluang:
O1. Regulasi OJK wajibkan strategi anti-fraud.	S-O1. Mengintegrasikan SOP digital internal perusahaan dengan sistem E-medical dari rumah sakit di Kota Medan gunakan mempercepat verifikasi diagnosis oleh tim medis.	W-O1. Mengadopsi teknologi AI dan Big Data eksternal untuk mengatasi keterbatasan sistem pendeteksian anomali data secara <i>real-time</i> .
O2. Teknologi AI & Big Data untuk seleksi risiko.		
O3. Forum AAJI untuk pertukaran data <i>fraudster</i> .	S-O2. Memanfaatkan data forum AAJI dan komunikasi asuransi untuk memperkaya database historis klaim dalam mendeteksi pola fraud sejak dini.	W-O2. Bekerja sama dengan jasa investigator pihak ketiga profesional di wilayah Medan untuk membagi beban kerja unit investigasi internal.
O4. Tersedianya investigator pihak ketiga di Medan.		
O5. Kolaborasi validasi profil keuangan nasabah.	S-O3. Mengoptimalkan unit <i>Compliance</i> untuk menyelaraskan prosedur penindakan tegas (seperti <i>blacklist</i>) sesuai regulasi anti-fraud OJK.	W-O3. Membangun fitur pelaporan <i>whistleblowing</i> anonim bagi nasabah dengan memanfaatkan momentum regulasi pengawasan dari OJK.
O6. Digitalisasi sistem e-medical record RS.		
O7. Forum komunikasi asuransi berbagi data.		
ANCAMAN (THREATS)	STRATEGI S-T	STRATEGI W-T
	Gunakan kekuatan untuk menghindari ancaman:	Minimalkan kelemahan dan hindari ancaman:
T1. Kecanggihan manipulasi dokumen digital.	S-T1. Menggunakan ketajaman tim Casemix, medis, dan unit audit untuk melakukan uji berkas berlapis terhadap risiko manipulasi dokumen digital (PDF/foto).	W-T1. Melakukan digitalisasi total pada sisa proses manual berkas fisik untuk mempersempit ruang gerak oknum dalam memanipulasi dokumen.
T2. Kolusi oknum nasabah dengan pihak RS.		
T3. Sengketa hukum/tuntutan klaim ditolak.	S-T2. Memanfaatkan tingkat kepercayaan nasabah yang tinggi dan rasio solvabilitas untuk melakukan konfrontasi hukum yang kuat jika terjadi sengketa klaim fiktif.	W-T2. Menyelenggarakan pelatihan <i>Anti-Fraud Awareness</i> secara berkala bagi agen agar mampu mengidentifikasi sejak dini potensi kolusi nasabah dengan oknum RS di lapangan.
T4. Kampanye negatif merusak citra di media sosial.		
T5. Ketidakkonsistenan data Dukcapil daerah.	S-T3. Menggunakan bukti keberhasilan pembayaran klaim yang sesuai SOP untuk melakukan kontra-narasi positif di media sosial terhadap kampanye negatif sepihak.	W-T3. Mempercepat proses verifikasi manual bernominal besar guna menghindari penundaan yang rentan memicu narasi negatif nasabah di media sosial.
T6. Kompetitor premi murah abaikan verifikasi.		
T7. Narasi negatif sepihak tanpa klarifikasi.		

Berdasarkan hasil pemetaan diagram kuadran SWOT yang menempatkan PT Panin Dai-Ichi Life Cabang Medan pada Kuadran I (Strategi Agresif), maka formulasi strategi yang menjadi rekomendasi prioritas utama untuk diterapkan oleh perusahaan adalah kelompok Strategi S-O (*Strengths - Opportunities*). Posisi di Kuadran I ini mengindikasikan sebuah situasi bisnis yang sangat menguntungkan, di mana perusahaan tidak perlu bersikap defensif atau tertahan oleh kelemahan internalnya.

Sebaliknya, perusahaan memiliki keunggulan kompetitif yang sangat prima untuk bergerak secara progresif memanfaatkan peluang makro yang sedang terbuka luas di industri asuransi saat ini. Strategi S-O dipilih sebagai rekomendasi yaitu mendayagunakan seluruh kekuatan internal yang telah dikuasai perusahaan guna menangkap setiap stimulus positif dari lingkungan eksternal.

Melalui penekanan pada Strategi S-O ini, PT Panin Dai-Ichi Life Cabang Medan dapat memegang kendali penuh atas ekosistem bisnisnya di daerah. Langkah ofensif ini tidak hanya akan meminimalkan celah *fraud* secara masif, tetapi juga secara otomatis mengeliminasi kelemahan internal (seperti ketergantungan dokumen fisik) dan membentengi perusahaan dari ancaman eksternal (seperti kecanggihan manipulasi siber) melalui standarisasi digitalisasi yang jauh lebih mapan.

Pembahasan Penelitian

Hasil analisis kualitatif melalui matriks IFAS dan EFAS yang menempatkan PT Panin Dai-Ichi Life Cabang Medan pada Kuadran I (Strategi Agresif) memberikan penegasan ilmiah bahwa kapasitas internal perusahaan berada pada posisi yang sangat prima untuk mengeksploitasi peluang makro secara ofensif. Dengan capaian skor IFAS (+0,48) dan EFAS (+0,71), perusahaan terbukti memiliki ketajaman sistem verifikasi klinis berlapis oleh tim medis internal yang efektif mereduksi kelemahan operasional, seperti tingginya ketergantungan pada dokumen fisik akibat kesenjangan literasi digital nasabah di lapangan.

Keunggulan internal ini beresonansi secara positif dengan temuan kualitatif, di mana informan nasabah (Bapak Jufri dan Bapak Tua Raja Siagian) mengonfirmasi bahwa transparansi, kecepatan pembayaran klaim sesuai SOP 7 hari kerja, dan perluasan jaringan rumah sakit rekanan (*provider*) menjadi jangkar utama yang menjaga stabilitas sekaligus merawat kepercayaan publik di Kota Medan. Implementasi strategi manajemen klaim yang berbasis digitalisasi terintegrasi ini bukan sekadar pemrosesan administratif biasa, melainkan instrumen vital manajemen risiko untuk mengamankan saldo cadangan teknis dan pertumbuhan aset jangka panjang dari ancaman kebocoran financial (*leakage*).

Namun demikian, posisi agresif di Kuadran I ini tidak mengabaikan adanya ancaman riil di lapangan berupa kecanggihan manipulasi dokumen digital (PDF/foto) dan potensi kolusi yang didasari oleh niat jahat untuk mencari keuntungan tidak sah. Hal ini tercermin dari data wawancara dengan Bapak Jufri yang menyoroti adanya sengketa klaim kematian yang berujung ke ranah hukum akibat hambatan komunikasi, fenomena *mis-selling* oleh oknum agen, serta tidak meratanya pemahaman mengenai pemenuhan itikad baik yang sempurna (*Utmost Good Faith*).

Oleh karena itu, formulasi Strategi S-O (Strengths-Opportunities) hadir sebagai rekomendasi prioritas utama untuk mengatasi titik rawan tersebut. Langkah ofensif yang tersinkronisasi ini secara otomatis akan memotong birokrasi manual, membentengi perusahaan dari risiko moral hazard, dan memantapkan komitmen perlindungan dana kelolaan secara berkelanjutan demi mendukung stabilitas industri asuransi nasional.

5. KESIMPULAN

Penelitian ini berhasil membuktikan bahwa fungsi manajemen klaim pada PT Panin Dai-Ichi Life Cabang Medan telah bertransformasi secara radikal dari sekadar fungsi administratif konvensional menjadi instrumen pertahanan risiko (risk defense) yang sangat krusial. Dari rasio operasional fundamental 95:5, di mana 95% klaim diselesaikan secara cepat sesuai SOP 7 hari kerja untuk merawat loyalitas nasabah, sisa 5% area abu-abu yang rawan fraud terbukti berhasil dibentengi dengan ketat. Melalui ketajaman sistem verifikasi klinis berlapis oleh tim medis internal (Casemix) serta pengawasan unit Compliance, perusahaan mampu menekan risiko kebocoran finansial (leakage) secara signifikan, yang pada gilirannya sukses mengamankan stabilitas aset kelolaan.

Hasil analisis matriks internal dan eksternal (IFAS sebesar +0,48 dan EFAS sebesar +0,71) menempatkan PT Panin Dai-Ichi Life Cabang Medan secara kokoh pada Kuadran I (Strategi Agresif) pada diagram SWOT. Temuan ini menegaskan bahwa perusahaan berada pada posisi yang sangat prima: memiliki fondasi internal yang tangguh untuk memanfaatkan momentum regulasi makro secara ofensif guna melipatgandakan pertumbuhan tanpa harus terhambat oleh keterbatasan internalnya.

Berdasarkan posisi Kuadran I tersebut, penelitian ini merekomendasikan Strategi S-O (Strengths-Opportunities) sebagai prioritas utama bagi PT Panin Dai-Ichi Life Cabang Medan, yang secara konkret diwujudkan melalui tiga langkah: pertama, integrasi sistem klaim internal dengan e-medical record rumah sakit rekanan untuk mempercepat dan memperketat verifikasi diagnosis; kedua, pemanfaatan teknologi AI dan Big Data untuk deteksi anomali klaim sejak

dini; dan ketiga, penguatan kepatuhan anti-fraud sesuai regulasi OJK dan UU No. 4 Tahun 2023 tentang PPSK, termasuk penerapan mekanisme blacklist terhadap agen, nasabah, atau rumah sakit yang terindikasi curang.

Meskipun berada di kuadran agresif, penelitian ini menyingkap bahwa inovasi digitalisasi membawa tantangan paradoks berupa risiko *cyber-fraud*. Kendala literasi digital pada sebagian nasabah konvensional juga memaksa perusahaan untuk tetap mengoperasikan sistem manual yang memakan waktu. Namun, penerapan prinsip asuransi secara konsisten terutama *Utmost Good Faith* (itikad baik yang sempurna) dan *Proximate Cause* (analisis penyebab asli) terbukti menjadi instrumen penyaring hukum dan medis yang kuat untuk membongkar niat jahat (*mens rea*) para pelaku kecuranga

DAFTAR PUSTAKA

- Afriani, R., Jannah, N., & Harianto, B. (2024). *Impact of Price, Risk and Shipping Insurance Claims on E-Commerce Gadgets Purchase Decisions*. *Dinasti International Journal of Economics, Finance & Accounting*, 5(2), 622–631.
- Afrizal, Siregar, S., & Sugianto. (2022). *Studi Literatur Kritis Risiko Reputasi pada Manajemen Risiko Perbankan Syariah*. *Jurnal EMT KITA*, 6(1), 147–157.
- Alanjung, D. I. (2026). *Aspek Hukum Penolakan Klaim Oleh Perusahaan Asuransi dalam Kasus Fraud Klaim Asuransi*. *Jurnal Sosial dan Sains*, 6(1), 36–49.
- Aqilah, R., & Syahriza, R. (2022). *Pelaksanaan Pemberian Santunan Asuransi Jiwa terhadap Korban Kecelakaan Meninggal Dunia di PT. Jasa Raharja Cabang Sumatera Utara*. *Hudan Lin Naas*, 3(1), 47.
- Budiani, L. C. (2025). *Determinan Fraud pada Perusahaan Asuransi*. *Management Studies and Entrepreneurship Journal (MSEJ)*, 6(2), 1453–1470.
- Darmawi, H. (2016). *Manajemen Risiko*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Djojosoedarso, S. (1999). *Prinsip-Prinsip Manajemen Risiko dan Asuransi*. Jakarta: Salemba Empat.
- Harahap, S. P. S., & Daulay, A. N. (2024). *Analisis Sistem dan Prosedur Penyelesaian Klaim Asuransi Jiwa pada AJB Bumiputera 1912 Kantor Wilayah Medan*. *Jurnal Ekonomika*45, 11(2), 77–84.
- Imsar. (2023). *Analisis SWOT Terhadap Prosedur Klaim Asuransi Produk Unit Link (Studi Kasus pada PT Asuransi Jiwa Syariah Bumi Putera 1912)*. *EKSYA: Jurnal Ekonomi Syariah*, 4(2), 95–106.
- Indonesia. (2014). *Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian*. Jakarta.
- Indonesia. (2023). *Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2023 tentang Pengembangan dan Penguatan Sektor Keuangan (UU PPSK)*. Jakarta.
- Jaeni, A., & Maryani, T. (2024). *Analisa Yuridis Fraud Sebagai Kejahatan dalam Asuransi Kesehatan Komersial Menurut Perspektif Perlindungan Para Pihak*. *Jurnal Syntax Imperatif*, 5(5), 884–895.

- Kamilah, A. S., Akbar, M. S., & Salsabila, L. (2026). *Hukum Asuransi sebagai Instrumen Perlindungan Hukum: Analisis terhadap Kepastian Hukum dan Prinsip Keadilan dalam Praktik Perasuransian*. Al-Zayn: Jurnal Ilmu Sosial & Hukum, 4(2), 7265–7272.
- Kurniawan, S., Disemadi, H. S., & Purwanti, A. (2020). *Urgensi Pencegahan Tindak Pidana Curang (Fraud) dalam Klaim Asuransi*. Halu Oleo Law Review, 4(1), 38–53.
- Muhammad, A. (2011). *Hukum Asuransi Indonesia* (Cet. 5). Bandung: Citra Aditya Bakti.
- Mutia, F. G., Lubis, F. A., & Syarvina, W. (2024). *Analisis Peran Underwriter dalam Menyeleksi Risiko pada Produk Asuransi Kesehatan: Studi AJB Bumiputera Wilayah Medan*. ManBiz: Journal of Management and Business, 2(2), 120–131.
- Nasution, M. L. I. (2024). *Pengaruh Strategi Pemasaran Push dan Pull Digital Marketing terhadap Purchase Intention Asuransi Jiwa di PT. Chubb Life Insurance Medan*. Jurnal Manajemen Terapan dan Keuangan (Mankeu), 13(2), 440–449.
- Nasution, Y. S. J., Pasaribu, N. K., & Anggraini, T. (2023). *Analisis Strategi Peningkatan Kualitas Pelayanan dalam Meningkatkan Kepuasan Mitra Bisnis pada PT. Jaminan Pembiayaan Askrindo Syariah Cabang Medan*. EKSAYA: Jurnal Ekonomi Syariah, 4(2), 107–124.
- Putri, A., Marliyah, M., & Zainarti, Z. (2023). *Analisis SWOT Strategi Pemasaran Produk Unit Link Asuransi Syariah (Studi Kasus Pada PT. Sun Life Financial Unit Syariah Cabang Medan)*. Ekonomi Bisnis Manajemen dan Akuntansi (EBMA), 4(1), 1155–1168.
- Rahmi, S. A., & Sidik, T. A. (2025). *Analisis Strategi Manajemen Klaim dalam Menekan Risiko Fraud Asuransi Kesehatan: Analisis Systematic Literature Review*. JMIAK, 8(2).
- Rajagukguk, I. W. (2020). *Analisis Kontribusi Pembayaran Klaim terhadap Stabilitas Cadangan Teknis dan Pertumbuhan Aset Perusahaan: Studi Kasus PT Panin Dai-Ichi Life* [Skripsi, Universitas Medan Area]. Repositori Universitas Medan Area.
- Sakila, S., & Rahma, T. I. F. (2022). *Analysis of Claim Handling Procedures for Prucinta Products at PT. Prudential Life Assurance Binjai*. Jurnal EMBA Review, 2(1), 149–156.
- Salim, A. (2007). *Asuransi dan Manajemen Risiko*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Sendra, K. (2017). *Kecurangan dan Perlindungan Konsumen Asuransi*. Jurnal Vokasi Indonesia, 5(1), Article 1. <https://doi.org/10.7454/jvi.v5i1.79>
- Soemitra, A. (2023). *Pengaruh Kinerja Agen Asuransi terhadap Kepuasan Nasabah dalam Proses Penyelesaian Klaim Produk Asuransi Jiwa: Studi Kasus pada AJB Bumiputera 1912 Wilayah Medan*. As-Syirkah: Islamic Economic & Financial Journal, 2(2), 209–214.