



## PENIPUAN ASURANSI OLEH HARY MULYADI: ANALISIS KRIMINOLOGIS MODUS DAN DAMPAKNYA

### *INSURANCE FRAUD BY HARY MULYADI: CRIMINOLOGICAL ANALYSIS OF THE MODE AND ITS IMPACT*

Zicove Sitanggang<sup>1</sup>, Hudi Yusuf<sup>2</sup>

Universitas Bung Karno

Email: Zicovesitanggang@gmail.com

#### Article Info

##### Article history :

Received : 16-07-2025

Revised : 18-07-2025

Accepted: 20-07-2025

Published : 22-07-2025

#### Abstract

*Insurance fraud is one of the white-collar crimes that continues to grow alongside the expansion of the financial services industry in Indonesia. The case of Hary Mulyadi is a concrete example of how fraudulent acts are deliberately executed through the falsification of medical documents and fictitious insurance claims. This phenomenon has widespread impacts, not only causing substantial material losses to insurance companies but also undermining public trust in legitimate risk protection. Using a criminological approach, this study aims to analyze the modus operandi, motives, and contributing factors behind insurance fraud in the case of Hary Mulyadi. Furthermore, this paper discusses the implications of insurance fraud for the legal system and explores efforts to combat such crimes. By employing literature study and a qualitative approach, the findings of this research are expected to contribute to the development of criminology knowledge and serve as an evaluation reference for insurance companies and law enforcement agencies.*

**Keywords:** *Insurance Fraud, White Collar Crime, Criminology*

#### Abstrak

Penipuan asuransi merupakan salah satu bentuk kejahatan kerah putih yang terus berkembang seiring meningkatnya industri jasa keuangan di Indonesia. Kasus Hary Mulyadi menjadi contoh nyata bagaimana tindakan curang dilakukan secara terencana melalui pemalsuan dokumen medis dan klaim asuransi fiktif. Fenomena ini berdampak luas, tidak hanya menyebabkan kerugian material bagi perusahaan asuransi, tetapi juga memengaruhi kepercayaan masyarakat terhadap perlindungan risiko yang seharusnya diberikan secara sah. Melalui pendekatan kriminologi, penelitian ini bertujuan menganalisis modus operandi, motif, serta faktor-faktor yang mendorong terjadinya fraud asuransi dalam kasus Hary Mulyadi. Selain itu, tulisan ini mengulas implikasi penipuan asuransi terhadap sistem hukum dan upaya penanggulangannya. Dengan metode studi pustaka dan pendekatan kualitatif, hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi bagi pengembangan pengetahuan kriminologi sekaligus menjadi bahan evaluasi bagi perusahaan asuransi dan pihak penegak hukum.

**Kata Kunci:** *Penipuan Asuransi, Kejahatan Kerah Putih, Kriminologi*

#### PENDAHULUAN

Dalam era modern, industri asuransi berkembang pesat sebagai salah satu pilar penting penopang stabilitas keuangan masyarakat. Data Otoritas Jasa Keuangan (OJK) menunjukkan bahwa hingga akhir tahun 2023, total pendapatan premi asuransi di Indonesia mencapai Rp 296,74 triliun, meningkat sebesar 4,52% dibandingkan tahun sebelumnya. Peningkatan tersebut menandakan



bahwa kesadaran masyarakat akan pentingnya proteksi risiko semakin tinggi. Namun, di balik pertumbuhan positif tersebut, ancaman kejahatan kerah putih dalam bentuk penipuan asuransi juga ikut meningkat seiring bertambahnya peluang dan celah manipulasi di sektor ini.

Menurut data Asosiasi Asuransi Umum Indonesia (AAUI), potensi kerugian akibat fraud di industri asuransi diperkirakan dapat mencapai 10% dari total klaim yang dibayarkan setiap tahunnya. Artinya, dari ratusan triliun premi yang dihimpun, kerugian fraud dapat menembus angka puluhan triliun rupiah. Kasus penipuan asuransi tidak hanya dilakukan oleh oknum pihak internal perusahaan, tetapi juga melibatkan aktor eksternal yang memanfaatkan kelemahan sistem verifikasi klaim. Salah satu kasus yang mencuat ke publik dan menjadi sorotan adalah penipuan asuransi yang dilakukan oleh Hary Mulyadi.

Kasus Hary Mulyadi membuka mata banyak pihak mengenai betapa canggihnya modus fraud yang dapat dilakukan oleh individu yang memahami celah administrasi dan prosedur pengajuan klaim. Berdasarkan pemberitaan media dan hasil penyidikan, Hary Mulyadi berhasil mencairkan sejumlah klaim asuransi dengan dokumen medis palsu, bekerja sama dengan oknum tenaga medis dan pihak rumah sakit. Penipuan ini tidak hanya merugikan secara finansial, tetapi juga mencoreng reputasi perusahaan asuransi yang terdampak, sekaligus menurunkan tingkat kepercayaan masyarakat terhadap sistem perlindungan risiko.

Dalam perspektif kriminologi, penipuan asuransi merupakan salah satu bentuk kejahatan kerah putih (*white collar crime*) yang kerap luput dari perhatian karena dilakukan secara rapi dan terencana, tanpa menimbulkan kerusakan fisik secara langsung. Edwin H. Sutherland, tokoh kriminologi terkemuka, menyebutkan bahwa kejahatan kerah putih seringkali sulit terungkap karena pelaku biasanya memiliki status sosial yang baik dan akses ke sumber daya. Hal ini pun tercermin pada kasus Hary Mulyadi, di mana pelaku berhasil memanipulasi sistem tanpa terdeteksi dalam waktu yang cukup lama.

Melihat dampak negatif yang ditimbulkan, penanganan kasus penipuan asuransi memerlukan strategi penegakan hukum yang tegas, transparansi dalam proses klaim, serta peningkatan teknologi pendeteksi fraud. Jurnal ini disusun untuk menganalisis secara mendalam bagaimana modus operandi penipuan asuransi dilakukan oleh Hary Mulyadi, apa saja faktor yang mempengaruhinya, dan bagaimana fenomena ini dapat dijelaskan dalam kajian kriminologi. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi bagi upaya pencegahan fraud di sektor asuransi dan menjadi referensi bagi penegak hukum serta perusahaan asuransi di Indonesia.

### **Rumusan Masalah**

Permasalahan yang diangkat dalam penulisan jurnal ini dirumuskan untuk memperjelas fokus kajian dan arah analisis yang digunakan. Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Bagaimana kronologi terjadinya kasus penipuan asuransi oleh Hary Mulyadi?
2. Bagaimana modus operandi dan pola pelaksanaan fraud yang digunakan dalam kasus ini?
3. Faktor-faktor apa saja yang mendorong terjadinya penipuan asuransi oleh pelaku?
4. Bagaimana dampak dari penipuan asuransi terhadap perusahaan asuransi dan masyarakat sebagai pihak tertanggung?



5. Bagaimana tinjauan kriminologi menjelaskan fenomena penipuan asuransi sebagai salah satu bentuk kejahatan kerah putih di Indonesia?
6. Upaya apa yang dapat dilakukan untuk mencegah dan menanggulangi penipuan asuransi di masa mendatang?

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini disusun dengan tujuan untuk memberikan pemahaman yang mendalam mengenai praktik penipuan asuransi, khususnya melalui studi kasus Hary Mulyadi. Adapun tujuan yang ingin dicapai melalui penulisan jurnal ini adalah:

1. Menjelaskan kronologi dan latar belakang terjadinya kasus penipuan asuransi oleh Hary Mulyadi.
2. Menganalisis secara detail modus operandi yang digunakan pelaku dalam melaksanakan tindakan fraud.
3. Mengidentifikasi faktor-faktor internal dan eksternal yang mendorong terjadinya penipuan asuransi.
4. Mengkaji dampak kerugian finansial dan dampak psikologis yang ditimbulkan bagi perusahaan asuransi serta masyarakat.
5. Menguraikan penjelasan teori kriminologi terkait kejahatan kerah putih dalam konteks kasus ini.
6. Memberikan rekomendasi pencegahan dan penanganan yang dapat diterapkan oleh perusahaan asuransi dan penegak hukum untuk meminimalisasi risiko penipuan serupa di masa mendatang.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **1. Kronologi Kasus Penipuan Asuransi oleh Hary Mulyadi**

Kasus penipuan asuransi yang dilakukan oleh Hary Mulyadi merupakan salah satu contoh nyata bagaimana kelemahan pengawasan dan celah administrasi dapat dimanfaatkan oleh pihak tertentu untuk memperoleh keuntungan pribadi secara melawan hukum. Kejadian ini bermula pada pertengahan tahun 2015, ketika Hary Mulyadi, seorang pegawai swasta yang tinggal di kawasan perkotaan, mulai merancang cara untuk memperoleh dana besar melalui klaim asuransi dengan cara-cara yang tidak sah.

Pada awalnya, Hary membeli beberapa polis asuransi jiwa dan kesehatan dari beberapa perusahaan asuransi swasta ternama di Indonesia. Polis yang dibeli memiliki nilai pertanggungansan yang cukup besar, dengan premi yang rutin dibayar selama beberapa bulan pertama agar terlihat sah dan memenuhi syarat administrasi. Hal ini dilakukan untuk menimbulkan kepercayaan pihak asuransi, sekaligus membuka peluang agar pengajuan klaim di kemudian hari tidak menimbulkan kecurigaan.

Setelah merasa cukup aman dengan status kepesertaan polisnya, Hary kemudian mulai merekayasa kondisi kesehatan seolah-olah mengalami penyakit tertentu yang membutuhkan perawatan intensif. Ia bekerja sama dengan oknum petugas medis di beberapa fasilitas kesehatan untuk menerbitkan surat keterangan rawat inap palsu beserta hasil pemeriksaan



laboratorium dan dokumen pendukung lainnya. Dokumen-dokumen tersebut dipersiapkan dengan sedemikian rupa agar tampak valid secara administratif dan sulit diverifikasi secara cepat.

Dalam menjalankan aksinya, Hary memanfaatkan fakta bahwa tidak semua perusahaan asuransi melakukan verifikasi lapangan atau pengecekan data langsung ke rumah sakit, terutama jika klaim diajukan dengan nilai di bawah ambang batas audit ketat. Modus inilah yang dimanfaatkan Hary dengan cara mengajukan beberapa klaim kecil secara bertahap, tetapi dalam frekuensi yang cukup sering, sehingga jika diakumulasikan totalnya mencapai ratusan juta rupiah.

Pihak asuransi pada mulanya tidak menyadari adanya tindakan penipuan tersebut karena semua dokumen administrasi terlihat sah dan tertib. Dana klaim pun dicairkan dan ditransfer ke rekening pribadi Hary. Uang tersebut kemudian digunakan untuk membiayai kebutuhan pribadi, membayar hutang, serta membiayai gaya hidup mewah yang tidak sebanding dengan penghasilan sahnya sebagai pegawai swasta.

Praktik ini terus berlanjut hingga sekitar tahun 2016, ketika salah satu perusahaan asuransi mencium adanya kejanggalan. Tim internal audit perusahaan asuransi mendapati pola klaim yang terlalu sering dengan jenis penyakit yang sama, di fasilitas kesehatan yang sama pula, dan dengan pola administrasi berkas yang tampak seragam. Selain itu, hasil verifikasi mendalam menunjukkan adanya ketidakcocokan nomor registrasi rumah sakit dan tanda tangan dokter yang berbeda dari yang terdaftar di rumah sakit tersebut.

Menyadari potensi kerugian yang lebih besar, pihak asuransi kemudian melakukan investigasi bersama tim legal dan berkoordinasi dengan rumah sakit terkait. Hasil penyelidikan membuktikan bahwa nama Hary Mulyadi tidak pernah terdaftar sebagai pasien rawat inap dalam kurun waktu yang disebutkan pada dokumen klaim. Fakta ini semakin diperkuat dengan pengakuan beberapa pegawai rumah sakit yang membantah telah mengeluarkan surat keterangan sakit atau laporan medis atas nama tersebut.

Berdasarkan bukti-bukti kuat tersebut, pihak perusahaan asuransi melaporkan kasus ini ke kepolisian setempat dengan tuduhan penipuan dan pemalsuan dokumen. Polisi kemudian melakukan penelusuran ke rumah Hary Mulyadi dan menemukan berbagai bukti fisik berupa dokumen medis palsu, blanko surat rumah sakit, stempel palsu, serta catatan transaksi keuangan terkait pencairan klaim.

Hary pun ditetapkan sebagai tersangka penipuan asuransi dan dilakukan penahanan untuk mencegah upaya melarikan diri atau menghilangkan barang bukti. Dalam proses pemeriksaan, Hary mengakui perbuatannya dan menjelaskan bagaimana ia merencanakan tindakan penipuan tersebut secara sistematis. Ia juga mengakui bahwa tindakan ini dilakukannya karena terdesak kebutuhan ekonomi dan adanya anggapan bahwa pengawasan klaim asuransi di Indonesia masih lemah sehingga celah untuk berbuat curang cukup besar.

Kasus Hary Mulyadi kemudian diproses hingga ke pengadilan. Berdasarkan hasil persidangan, hakim memutuskan bahwa terdakwa terbukti secara sah dan meyakinkan melakukan tindak pidana penipuan dan pemalsuan dokumen sebagaimana diatur dalam Pasal



378 KUHP jo Pasal 263 KUHP. Hary Mulyadi dijatuhi pidana penjara sebagai bentuk penegakan hukum serta untuk memberikan efek jera bagi pelaku serupa di kemudian hari.

Kasus ini menjadi pelajaran penting bagi industri asuransi Indonesia akan pentingnya meningkatkan pengawasan internal, prosedur verifikasi klaim yang lebih ketat, serta penguatan sistem audit untuk mendeteksi modus penipuan sejak dini. Selain itu, kasus ini juga menjadi contoh konkrit bagaimana motif ekonomi yang dibarengi kelemahan pengawasan dapat mendorong individu untuk melakukan tindakan kejahatan terorganisir.

## 2. Modus Operandi Penipuan Asuransi oleh Hary Mulyadi

Penipuan asuransi yang dilakukan oleh Hary Mulyadi tidak hanya menunjukkan kelemahan dalam sistem pengawasan internal perusahaan asuransi, tetapi juga menggambarkan bagaimana pelaku kejahatan dapat dengan cermat menyusun strategi untuk memanfaatkan celah administratif. Modus operandi yang diterapkan oleh Hary terbilang terencana dengan baik, terstruktur, dan dijalankan secara bertahap untuk menghindari kecurigaan pihak asuransi.

Modus utama yang digunakan Hary Mulyadi adalah pengajuan klaim palsu dengan dokumen medis fiktif, yang seolah-olah mendokumentasikan penyakit dan perawatan intensif yang sebenarnya tidak pernah dialami. Untuk mendukung kebohongan ini, Hary terlebih dahulu membeli beberapa polis asuransi jiwa dan kesehatan dengan nilai pertanggungan yang cukup besar. Premi dibayar secara rutin dalam periode awal, bahkan kadang dibayar lebih dari kewajiban minimum agar status kepesertaan tetap aktif dan tidak menimbulkan tanda tanya.

Setelah itu, Hary mulai memalsukan bukti-bukti pendukung klaim. Ia membuat surat keterangan dokter palsu, hasil laboratorium rekayasa, serta dokumen administrasi rumah sakit fiktif. Beberapa sumber menyebutkan bahwa dalam proses ini, Hary tidak bekerja sendiri, melainkan melibatkan oknum tertentu di lingkungan medis atau percetakan dokumen agar hasil pemalsuan tampak meyakinkan. Namun, keterlibatan pihak ketiga ini belum seluruhnya terungkap tuntas di pengadilan karena keterbatasan pembuktian.

Selanjutnya, Hary menerapkan pola klaim bertahap. Ia tidak langsung mengajukan klaim dalam jumlah besar agar tidak memicu audit mendalam. Sebaliknya, ia memilih untuk mengajukan klaim dengan nominal sedang, namun dengan frekuensi yang sering. Dengan cara ini, klaimnya terlihat seperti klaim kesehatan biasa, misalnya rawat inap karena penyakit tertentu yang membutuhkan penanganan berulang. Pola ini membuat petugas klaim perusahaan asuransi awalnya tidak menaruh curiga, terutama karena data administrasi terlihat lengkap dan sesuai prosedur standar klaim.

Selain itu, Hary Mulyadi juga memanfaatkan celah koordinasi lintas departemen di internal perusahaan asuransi. Dalam banyak kasus di Indonesia, sistem klaim antar cabang atau antar divisi belum terintegrasi secara real time, sehingga laporan klaim yang berulang dengan pola yang sama sering kali luput dari deteksi awal. Celah inilah yang secara sadar dieksploitasi oleh Hary, sehingga klaim palsunya dapat lolos verifikasi beberapa kali.

Dalam menjalankan modusnya, Hary juga memanfaatkan rekening pribadi sebagai penampung dana klaim. Hal ini membuat proses pencairan tampak sah karena nama pada rekening sama persis dengan nama tertanggung pada polis. Dana yang dicairkan kemudian



digunakan untuk berbagai kebutuhan pribadi, mulai dari membayar hutang hingga mendanai gaya hidup di luar kemampuan penghasilan resminya sebagai pegawai swasta.

Dari hasil pemeriksaan kepolisian, ditemukan pula berbagai peralatan pendukung kejahatan, seperti stempel rumah sakit palsu, blanko surat keterangan dokter kosong, serta soft file dokumen medis palsu yang disimpan dalam perangkat elektronik milik Hary. Barang-barang ini disita sebagai barang bukti dan memperkuat unsur perencanaan dalam modus operandi yang dijalankan.

Secara keseluruhan, modus operandi Hary Mulyadi memanfaatkan kombinasi antara pemalsuan dokumen, rekayasa bukti medis, pemahaman terhadap prosedur klaim asuransi, dan kelemahan pengawasan internal. Ia tidak hanya menggunakan satu jenis rekayasa, tetapi menggabungkan beberapa bentuk pemalsuan untuk menciptakan narasi penyakit dan perawatan yang seolah-olah sah di mata petugas verifikasi.

Berkat perencanaan yang rapi, penipuan ini dapat berlangsung dalam jangka waktu cukup lama sebelum akhirnya terdeteksi. Namun demikian, pada akhirnya pola klaim yang terlalu sering dan hasil audit internal yang mendalam berhasil membongkar tindakan curang ini. Perusahaan asuransi yang menjadi korban mengalami kerugian material yang signifikan dan terpaksa menanggung beban proses hukum demi menuntut pertanggungjawaban pelaku di pengadilan.

Kasus ini kemudian menjadi salah satu contoh nyata modus penipuan asuransi modern di Indonesia, yang menuntut perusahaan asuransi untuk memperbaiki sistem verifikasi klaim, meningkatkan integrasi data antar divisi, serta memperkuat audit dokumen medis dengan bekerja sama langsung dengan rumah sakit dan instansi kesehatan resmi. Selain itu, kasus ini juga memberikan pelajaran berharga tentang bagaimana pelaku kejahatan dapat terus memodifikasi cara-cara baru untuk menembus prosedur administrasi, sehingga pengawasan berbasis teknologi dan sistem deteksi fraud menjadi kebutuhan mendesak di industri asuransi masa kini.

### 3. Motif dan Faktor Pendorong Tindak Pidana

Penipuan asuransi yang dilakukan oleh Hary Mulyadi tidak terlepas dari adanya motif pribadi yang kuat serta faktor pendorong eksternal yang turut mempengaruhi pengambilan keputusan untuk melakukan kejahatan. Dari hasil penyelidikan dan analisis kriminologis, dapat diidentifikasi beberapa motif mendasar yang mendorong Hary melakukan penipuan asuransi dengan modus yang terencana.

Motif pertama yang paling dominan adalah motif ekonomi. Berdasarkan pengakuan pelaku dalam proses penyidikan, Hary Mulyadi mengalami kesulitan finansial yang cukup serius. Pendapatan yang diperoleh dari pekerjaan utamanya sebagai pegawai swasta tidak lagi mencukupi untuk membayar kebutuhan rumah tangga, cicilan hutang, serta memenuhi gaya hidup keluarga yang telah terlanjur terbentuk. Kondisi ekonomi yang tertekan ini mendorong pelaku untuk mencari jalan pintas guna memperoleh uang dalam jumlah besar tanpa perlu melalui proses kerja yang panjang dan berisiko.

Selain motif ekonomi, terdapat pula faktor opportunistic, yaitu munculnya peluang yang terbuka akibat kelemahan dalam sistem pengawasan internal perusahaan asuransi. Hary



menyadari bahwa verifikasi klaim tidak dilakukan secara menyeluruh, khususnya untuk klaim dengan nominal menengah yang dianggap rutin. Celah inilah yang kemudian dimanfaatkan untuk mengajukan klaim palsu secara berkala. Kesempatan yang terbuka lebar ini membuat niat awal untuk sekadar “mencoba-coba” bertransformasi menjadi rangkaian tindakan terstruktur dengan pola penipuan berulang.

Faktor pendorong lainnya adalah minimnya pengawasan dari pihak eksternal, dalam hal ini otoritas pengawasan jasa keuangan. Pada saat itu, mekanisme pengawasan klaim masih mengandalkan kepercayaan terhadap bukti tertulis dan verifikasi administratif. Pelaku memanfaatkan kondisi ini dengan cara merekayasa bukti seolah-olah asli dan meyakinkan. Kurangnya pengawasan silang antara pihak asuransi dan rumah sakit juga menjadi faktor penting yang memperlancar jalannya kejahatan.

Selanjutnya, terdapat juga faktor dorongan sosial, yakni gaya hidup konsumtif yang mendesak pelaku untuk terus memperoleh dana tambahan. Lingkungan sosial yang menuntut citra sukses dan mapan turut menekan pelaku untuk mempertahankan standar hidupnya, meskipun secara keuangan tidak lagi seimbang dengan pemasukan resmi. Tekanan sosial semacam ini sering kali mempengaruhi individu untuk melakukan tindakan melawan hukum sebagai jalan pintas mempertahankan status sosial di mata orang lain.

Dari sudut pandang psikologi kriminal, tindakan Hary Mulyadi dapat dikategorikan sebagai tindakan deliberate fraud, yaitu kejahatan yang dilakukan dengan penuh perhitungan, bukan kejahatan impulsif. Hal ini terbukti dari pola klaim yang sistematis, bukti palsu yang dibuat dengan detail, serta strategi pencairan dana yang dirancang agar tidak menimbulkan kecurigaan dalam waktu singkat.

Faktor pendorong lainnya yang relevan adalah rendahnya tingkat moral hazard yang diinternalisasi oleh pelaku. Dalam konteks penipuan asuransi, moral hazard terjadi ketika tertanggung memiliki kecenderungan untuk bertindak curang karena merasa risiko kerugian ditanggung sepenuhnya oleh perusahaan asuransi. Pemahaman Hary terhadap kelemahan sistem klaim membuatnya semakin yakin bahwa tindakan penipuan yang dilakukan memiliki risiko rendah untuk terdeteksi, sehingga keyakinan tersebut memperbesar peluang terjadinya tindakan berulang.

Secara keseluruhan, dapat disimpulkan bahwa tindakan penipuan asuransi oleh Hary Mulyadi lahir dari kombinasi antara faktor individu, faktor kelemahan sistem, dan tekanan sosial. Motif ekonomi mendasari niat awal pelaku, sedangkan kesempatan akibat lemahnya kontrol internal dan eksternal membuka peluang untuk menjalankan rencana penipuan secara berkelanjutan. Faktor gaya hidup serta dorongan lingkungan kemudian berperan sebagai pemicu tambahan yang memperkuat tekad pelaku untuk terus melakukan tindakan curang hingga akhirnya terungkap oleh audit mendalam pihak asuransi.

Pemahaman terhadap motif dan faktor pendorong ini sangat penting, karena menjadi dasar bagi pihak asuransi, regulator, serta aparat penegak hukum untuk merumuskan strategi pencegahan yang lebih efektif. Dengan memahami latar belakang pelaku, perusahaan asuransi dapat mengembangkan mekanisme pengawasan yang lebih adaptif terhadap potensi penipuan sejenis di masa depan.



#### 4. Analisis Kriminologis

Analisis kriminologis terhadap kasus penipuan asuransi yang dilakukan oleh Hary Mulyadi dapat dijelaskan melalui beberapa teori kriminologi yang relevan. Pendekatan teori ini diperlukan untuk memahami bagaimana perilaku menyimpang dapat muncul dan bertahan, serta bagaimana faktor individu dan lingkungan saling berinteraksi sehingga memengaruhi seseorang untuk melakukan tindak pidana dengan pola terencana.

##### a. Teori Rasionalitas Kejahatan (Rational Choice Theory)

Teori rasionalitas kejahatan menjelaskan bahwa pelaku kejahatan bertindak secara sadar dan rasional dengan mempertimbangkan keuntungan serta risiko yang akan dihadapi. Dalam konteks Hary Mulyadi, tindakan penipuan asuransi dilakukan setelah perhitungan cermat mengenai potensi keuntungan finansial yang akan diperoleh dibandingkan dengan kecilnya peluang tertangkap. Ia menyadari bahwa sistem verifikasi klaim asuransi di Indonesia pada waktu itu masih memiliki celah, terutama pada pengawasan dokumen medis dan validitas bukti pendukung. Keputusan Hary untuk memalsukan dokumen secara bertahap, mengajukan klaim kecil namun sering, serta merancang pola administrasi yang tampak wajar, menunjukkan bahwa kejahatan ini tidak lahir dari dorongan spontan melainkan hasil pertimbangan rasional untuk memaksimalkan keuntungan dengan risiko minimum.

##### b. Teori Differential Association (Teori Asosiasi Diferensial)

Menurut Edwin H. Sutherland dalam Teori Asosiasi Diferensial, perilaku kriminal dipelajari melalui interaksi sosial dengan orang-orang yang memiliki nilai dan norma yang mendukung tindakan kriminal. Dalam kasus Hary Mulyadi, diduga kuat bahwa pelaku memperoleh pengetahuan teknis terkait manipulasi dokumen asuransi melalui interaksi dengan pihak-pihak tertentu di lingkaran profesionalnya atau oknum di bidang medis. Meskipun bukti persekongkolan dengan pihak lain tidak sepenuhnya terbongkar di pengadilan, indikasi keterlibatan orang ketiga dalam pembuatan dokumen palsu menjadi tanda bahwa Hary tidak sepenuhnya bertindak sendiri. Melalui proses belajar sosial inilah, Hary mengembangkan keterampilan memalsukan dokumen dan memahami celah administratif yang bisa dieksploitasi.

##### c. Teori Kontrol Sosial (Social Control Theory)

Teori ini berpendapat bahwa seseorang cenderung melakukan kejahatan apabila ikatan sosialnya dengan norma dan institusi masyarakat melemah. Dalam kehidupan Hary, tampak bahwa kendali internal dan eksternal yang seharusnya membatasi perilaku menyimpang kurang berfungsi. Kendali internal, berupa nilai moral pribadi, gagal mencegahnya dari tindakan penipuan karena tekanan kebutuhan ekonomi dan gaya hidup. Sementara itu, kendali eksternal berupa pengawasan dari perusahaan asuransi maupun lembaga penegak hukum juga belum cukup ketat untuk mendeteksi kebohongan sejak awal. Kelemahan kontrol inilah yang memungkinkan pelaku melakukan rangkaian penipuan secara terus-menerus hingga akhirnya terungkap melalui audit mendalam.



d. Teori Anomie oleh Robert K. Merton

Teori Anomie atau Strain Theory karya Merton menjelaskan bahwa kejahatan dapat timbul karena adanya ketidaksesuaian antara tujuan budaya (cultural goals) dan sarana yang sah (legitimate means) untuk mencapainya. Dalam kasus ini, Hary Mulyadi memiliki tujuan hidup sejahtera dan mapan secara ekonomi. Namun, keterbatasan penghasilan sahnya membuatnya memilih sarana tidak sah, yaitu menipu perusahaan asuransi, untuk meraih tujuan tersebut. Fenomena ini sering muncul di masyarakat urban, di mana tekanan gaya hidup dan ekspektasi sosial tidak sebanding dengan kemampuan ekonomi riil seseorang.

e. Penjelasan Holistik

Berdasarkan analisis teori-teori di atas, dapat disimpulkan bahwa tindakan penipuan asuransi oleh Hary Mulyadi bukan hanya dilatarbelakangi faktor ekonomi semata, tetapi juga dipengaruhi oleh kelemahan sistem pengawasan, minimnya ikatan kontrol sosial, serta adanya peluang belajar kejahatan melalui interaksi sosial. Secara kriminologis, kasus ini memperlihatkan bagaimana tindakan kriminal terencana lahir dari perpaduan antara motivasi internal (keinginan meraih keuntungan) dan faktor eksternal (celah sistem dan lemahnya kontrol).

Analisis ini menjadi dasar penting bagi pihak perusahaan asuransi, lembaga pengawasan keuangan, serta penegak hukum untuk menyusun kebijakan pencegahan kejahatan serupa di masa mendatang. Penerapan sistem audit digital, integrasi data antar lembaga, serta peningkatan edukasi moral bagi masyarakat dapat menjadi solusi untuk menutup peluang terjadinya penipuan asuransi dengan modus yang semakin canggih.

5. Dampak Penipuan Asuransi

Penipuan asuransi yang dilakukan oleh Hary Mulyadi tidak hanya menimbulkan kerugian finansial bagi perusahaan asuransi, tetapi juga membawa dampak yang lebih luas terhadap individu, masyarakat, dan kepercayaan publik terhadap industri asuransi di Indonesia. Analisis dampak ini penting untuk memahami konsekuensi nyata dari kejahatan kerah putih (white collar crime) yang kerap kali diremehkan dampaknya oleh masyarakat awam.

a. Dampak Terhadap Perusahaan Asuransi

Dampak pertama dan paling nyata adalah kerugian material yang dialami oleh perusahaan asuransi. Klaim palsu yang diajukan dan dicairkan secara berulang menyebabkan kerugian keuangan dalam jumlah ratusan juta rupiah. Dana yang semestinya diperuntukkan bagi peserta asuransi yang benar-benar mengalami risiko justru disalahgunakan oleh pelaku dengan cara melanggar hukum.

Selain kerugian finansial, perusahaan asuransi juga harus menanggung biaya tambahan untuk investigasi internal, proses hukum, dan pembenahan sistem pengawasan pasca terungkapnya kasus ini. Biaya penanganan fraud semacam ini secara tidak langsung akan membebani perusahaan dan dapat berdampak pada kenaikan premi peserta lainnya di masa mendatang.



b. Dampak Terhadap Nasabah Asuransi yang Sah

Penipuan asuransi semacam ini turut merugikan nasabah lain yang jujur. Dalam praktiknya, perusahaan asuransi menerapkan prinsip pooling of risk di mana risiko ditanggung bersama oleh seluruh peserta melalui premi yang dibayarkan. Apabila terjadi kerugian besar akibat penipuan, maka perusahaan cenderung menyesuaikan tarif premi di periode selanjutnya untuk menutup risiko kerugian. Akibatnya, nasabah yang jujur berpotensi menanggung beban finansial lebih besar akibat ulah segelintir orang yang bertindak curang.

Selain itu, kasus penipuan dapat memperlambat proses klaim bagi peserta lain. Pihak asuransi akan menerapkan prosedur verifikasi yang lebih panjang dan ketat demi mencegah terulangnya penipuan serupa. Prosedur ini berdampak pada waktu tunggu klaim yang lebih lama, meskipun bagi nasabah yang sah.

c. Dampak Terhadap Kepercayaan Publik

Salah satu dampak serius dari kasus penipuan asuransi adalah menurunnya tingkat kepercayaan masyarakat terhadap lembaga asuransi. Masyarakat dapat menjadi skeptis akan keamanan dan kredibilitas perusahaan asuransi, terutama apabila kasus penipuan kerap muncul di pemberitaan media. Rasa ketidakpercayaan ini berpotensi menurunkan minat masyarakat untuk membeli polis asuransi, padahal asuransi merupakan instrumen penting dalam manajemen risiko keuangan individu dan keluarga.

Penurunan kepercayaan publik juga dapat memengaruhi reputasi industri asuransi secara keseluruhan. Apabila persepsi negatif ini tidak segera diatasi melalui upaya penanggulangan dan transparansi, industri asuransi nasional dapat kehilangan potensi pasar di tengah persaingan global.

d. Dampak Sosial dan Psikologis Terhadap Pelaku dan Keluarganya

Selain kerugian material yang dialami perusahaan dan publik, tindakan penipuan juga membawa dampak sosial dan psikologis bagi pelaku dan keluarganya. Vonis pidana penjara membuat Hary Mulyadi harus menjalani hukuman kurungan badan, yang tentu saja mengganggu keberlangsungan karier dan kehidupan pribadinya. Stigma sosial sebagai pelaku penipuan pun menempel, baik pada dirinya maupun pada keluarganya, yang bisa berpengaruh pada relasi sosial, peluang kerja, serta masa depan anak-anaknya.

Rasa malu dan tekanan mental yang ditanggung keluarga pelaku sering kali menjadi konsekuensi yang tidak diperhitungkan sejak awal oleh pelaku kejahatan kerah putih. Dalam banyak kasus, anggota keluarga kerap menanggung beban psikologis lebih besar dibandingkan pelaku itu sendiri.

e. Dampak Terhadap Penegakan Hukum

Kasus ini juga memberikan tantangan tersendiri bagi penegakan hukum di Indonesia. Aparat kepolisian dan pengadilan dihadapkan pada tantangan pembuktian kejahatan kerah putih yang kerap kali lebih rumit dibandingkan kejahatan konvensional. Dibutuhkan keahlian forensik dokumen, audit keuangan, serta kerja sama lintas instansi untuk mengungkap jaringan pemalsuan bukti yang mendukung klaim palsu.



Proses penanganan kasus penipuan asuransi semacam ini menjadi pelajaran berharga agar aparat penegak hukum terus meningkatkan kapasitas, khususnya dalam bidang kejahatan ekonomi dan kejahatan yang memanfaatkan teknologi informasi untuk memalsukan data.

f. Upaya Penanggulangan Penipuan Asuransi

Kasus penipuan asuransi yang dilakukan oleh Hary Mulyadi memperlihatkan bahwa kejahatan kerah putih di sektor jasa keuangan dapat terjadi apabila sistem pengawasan dan pengendalian internal belum optimal. Oleh karena itu, upaya penanggulangan penipuan asuransi perlu dilakukan secara komprehensif melalui strategi preventif, detektif, dan represif, yang melibatkan peran aktif perusahaan asuransi, regulator, aparat penegak hukum, serta edukasi bagi masyarakat.

1) Upaya Preventif

Upaya preventif merupakan langkah pencegahan awal agar kasus serupa tidak terulang. Beberapa langkah preventif yang dapat diterapkan antara lain:

a) Peningkatan Sistem Verifikasi Klaim

Perusahaan asuransi harus memperkuat sistem verifikasi klaim dengan teknologi mutakhir, seperti penggunaan database terintegrasi dengan rumah sakit, rekam medis digital, serta validasi identitas pasien secara real-time. Dengan demikian, peluang untuk mengajukan dokumen medis palsu dapat ditekan semaksimal mungkin.

b) Penguatan SOP Audit Internal

Standard Operating Procedure (SOP) audit internal harus diperbarui secara berkala dengan menyesuaikan modus penipuan terbaru. Prosedur audit harus mencakup pemeriksaan mendadak, sampling klaim rutin, serta analisis pola klaim untuk mendeteksi anomali sejak dini.

c) Peningkatan Kompetensi Petugas Klaim

Petugas klaim perlu diberikan pelatihan secara berkala mengenai modus-modus penipuan asuransi yang terus berkembang. Pemahaman yang baik akan meningkatkan kewaspadaan dan kemampuan menganalisis dokumen klaim secara kritis.

d) Edukasi Kepada Nasabah

Perusahaan asuransi juga harus melakukan edukasi kepada nasabah mengenai hak dan kewajiban mereka, risiko hukum apabila melakukan klaim palsu, serta pentingnya menjaga kejujuran dalam berasuransi. Kampanye anti-fraud yang konsisten dapat meningkatkan kesadaran kolektif untuk menjaga kepercayaan publik.

2) Upaya Detektif

Upaya detektif bertujuan untuk mendeteksi potensi penipuan sejak dini agar kerugian dapat diminimalkan. Strategi detektif meliputi:



a) Penerapan Fraud Detection System

Penerapan sistem deteksi penipuan berbasis teknologi artificial intelligence (AI) dapat membantu menganalisis pola klaim tidak wajar secara otomatis. Teknologi ini mampu membaca data historis klaim dan menandai aktivitas mencurigakan untuk diperiksa lebih lanjut.

b) Kerja Sama dengan Pihak Ketiga

Perusahaan asuransi perlu menjalin kerja sama formal dengan rumah sakit, laboratorium kesehatan, serta pihak ketiga lainnya untuk memverifikasi keaslian dokumen. Data klaim dapat dicocokkan langsung dengan rekam medis rumah sakit melalui sistem terhubung.

c) Pembentukan Tim Investigasi Khusus

Beberapa perusahaan asuransi di negara maju telah membentuk tim investigasi fraud internal yang bertugas melakukan investigasi mendalam terhadap klaim dengan pola mencurigakan. Tim ini dilengkapi dengan analis data, auditor, dan ahli hukum agar dapat bekerja cepat dan tepat.

3) Upaya Represif

Selain langkah preventif dan detektif, penanganan penipuan asuransi juga memerlukan tindakan represif atau penindakan hukum tegas untuk memberikan efek jera. Beberapa bentuk upaya represif meliputi:

a) Penegakan Hukum Tanpa Toleransi

Kasus penipuan asuransi harus diproses sesuai ketentuan hukum pidana yang berlaku, seperti penerapan Pasal 378 KUHP tentang penipuan dan Pasal 263 KUHP tentang pemalsuan dokumen. Penegakan hukum yang konsisten akan menimbulkan efek jera bagi pelaku dan calon pelaku di masa depan.

b) Peningkatan Koordinasi Aparat Penegak Hukum

Koordinasi antara kepolisian, jaksa, dan pengadilan harus diperkuat dalam penanganan kasus penipuan asuransi. Penanganan kasus Hary Mulyadi menjadi contoh bahwa penipuan kerah putih memerlukan pembuktian forensik yang solid dan kerja sama lintas instansi agar proses pembuktian di pengadilan berjalan lancar.

c) Pelaporan dan Blacklist Pelaku

Perusahaan asuransi perlu memiliki database nasional terkait pelaku fraud yang pernah terlibat kasus penipuan. Sistem blacklist akan mempersulit pelaku mengulangi perbuatan serupa di perusahaan asuransi lain.

4) Penguatan Peran Regulator

Otoritas Jasa Keuangan (OJK) sebagai regulator di bidang jasa keuangan memiliki peran vital dalam memastikan bahwa perusahaan asuransi mematuhi prinsip kehati-hatian. OJK dapat memperketat pengawasan melalui penerapan regulasi anti-fraud yang lebih tegas,



penilaian kesehatan perusahaan asuransi secara berkala, serta mendorong penerapan teknologi deteksi fraud di seluruh perusahaan asuransi di Indonesia.

#### 5) Peningkatan Literasi Hukum Masyarakat

Terakhir, masyarakat perlu diberikan pemahaman hukum yang memadai tentang konsekuensi melakukan penipuan asuransi. Penyuluhan hukum melalui seminar, kampanye publik, dan kerja sama dengan media massa dapat menanamkan nilai-nilai kejujuran serta mencegah praktik kecurangan yang merugikan banyak pihak

## **KESIMPULAN DAN SARAN**

### **Kesimpulan**

Berdasarkan uraian yang telah dibahas pada bab-bab sebelumnya, dapat disimpulkan bahwa tindak pidana penipuan asuransi yang dilakukan oleh Hary Mulyadi merupakan salah satu bentuk kejahatan kerah putih (*white collar crime*) yang terencana, sistematis, dan memanfaatkan celah kelemahan dalam sistem verifikasi perusahaan asuransi. Modus operandi pelaku dilakukan melalui pemalsuan dokumen medis dan pengajuan klaim fiktif secara bertahap, dengan tujuan memperoleh keuntungan finansial yang besar tanpa risiko tinggi pada awalnya.

Motif utama yang mendorong pelaku adalah tekanan ekonomi, gaya hidup konsumtif, serta adanya peluang akibat lemahnya kontrol internal perusahaan asuransi dan minimnya pengawasan eksternal dari regulator. Analisis kriminologis menunjukkan bahwa perilaku menyimpang ini dapat dijelaskan melalui teori *rational choice*, teori asosiasi diferensial, teori kontrol sosial, dan teori anomie.

Penipuan asuransi oleh Hary Mulyadi menimbulkan berbagai dampak negatif, baik kerugian finansial bagi perusahaan asuransi, kerugian tidak langsung bagi nasabah lain, penurunan kepercayaan publik terhadap industri asuransi, hingga dampak sosial dan psikologis bagi pelaku dan keluarganya. Penanganan kasus ini juga menjadi tantangan tersendiri bagi aparat penegak hukum karena membutuhkan pembuktian forensik dokumen dan audit mendalam.

Untuk mencegah terulangnya kasus serupa, diperlukan upaya penanggulangan yang terintegrasi melalui langkah preventif, detektif, dan represif. Perusahaan asuransi harus memperkuat sistem verifikasi klaim dengan teknologi terkini, meningkatkan audit internal, serta membentuk tim investigasi fraud yang kompeten. Regulator perlu memperketat pengawasan, sedangkan masyarakat perlu diedukasi agar menyadari risiko dan konsekuensi hukum penipuan asuransi.

### **Saran**

#### 1. Bagi Perusahaan Asuransi:

Disarankan untuk terus mengembangkan sistem deteksi penipuan berbasis teknologi big data dan artificial intelligence. Kerja sama dengan rumah sakit dan laboratorium kesehatan juga perlu diperluas agar verifikasi data medis dapat dilakukan secara otomatis dan lebih valid.

#### 2. Bagi Regulator (OJK):

Perlu membuat regulasi khusus yang mengatur prosedur anti-fraud secara detail, mewajibkan perusahaan asuransi memiliki unit investigasi fraud, serta melakukan penilaian rutin terhadap efektivitas sistem pengendalian internal perusahaan.



3. Bagi Aparat Penegak Hukum:

Diharapkan untuk meningkatkan kompetensi dalam penanganan kasus kejahatan kerah putih, khususnya dalam pembuktian kasus penipuan asuransi yang sering kali melibatkan dokumen palsu dengan teknologi canggih.

4. Bagi Masyarakat:

Masyarakat sebagai pemegang polis diharapkan memahami bahwa penipuan asuransi merupakan tindak pidana yang dapat diancam hukuman pidana penjara. Kesadaran moral dan pengetahuan hukum harus ditingkatkan agar setiap individu mengutamakan kejujuran dalam berasuransi.

Dengan demikian, diharapkan penulisan jurnal ini dapat memberikan kontribusi positif dalam pengembangan kajian kriminologi di Indonesia, serta menjadi referensi bagi pihak-pihak terkait dalam menyusun strategi pencegahan dan penanganan penipuan asuransi di masa mendatang.

## DAFTAR PUSTAKA

- Barda Nawawi Arief. (2018). Bunga Rampai Kebijakan Hukum Pidana. Jakarta: Prenadamedia Group.
- CNN Indonesia. (2022). “Kasus Hary Mulyadi: Klaim Asuransi Palsu Terbongkar Audit Internal”. Diakses pada 5 Juni 2025 dari <https://www.cnnindonesia.com>
- Direktorat Tindak Pidana Ekonomi Khusus Bareskrim Polri. (2022). Laporan Penanganan Kasus Penipuan Asuransi Tahun 2022. Jakarta: Bareskrim Polri.
- Husein, A. (2020). Kriminologi: Teori dan Aplikasi dalam Penegakan Hukum. Jakarta: Kencana Prenada Media.
- Kartini Kartono. (2017). Patologi Sosial. Jakarta: RajaGrafindo Persada.
- Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP).
- Kompas.com. (2022). “Penipuan Asuransi, Pelaku Rekayasa Data Medis untuk Klaim Ratusan Juta”. Diakses pada 5 Juni 2025 dari <https://www.kompas.com>
- Merton, R. K. (1968). Social Theory and Social Structure. New York: Free Press.
- Nasution, R. (2019). Keuangan dan Penipuan Asuransi di Indonesia. Bandung: Refika Aditama.
- Otoritas Jasa Keuangan. (2023). Laporan Statistik Perasuransian Indonesia. Diakses melalui <https://www.ojk.go.id>
- Santosa, B. (2021). Kejahatan Kerah Putih di Indonesia. Jakarta: Sinar Grafika.
- Soerjono Soekanto. (2008). Kriminologi. Jakarta: RajaGrafindo Persada.
- Sudikno Mertokusumo. (2019). Hukum Acara Perdata Indonesia. Yogyakarta: Liberty.
- Sutherland, E. H. (1947). Principles of Criminology. Philadelphia: Lippincott.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian.