BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Kerja Praktek

Perkembangan jasa asuransi di Indonesia, terutama di era globalisasi saat ini mangalami pertumbuhan yang sangat pesat, hal ini terbukti dengan banyaknya perusahaan jasa asuransi baru yang tersebar di berbagai daerah dengan menawarkan produk-produk asuransi yang sangat beragam guna memberikan kemudahan pada konsumen dalam memilih jasa asuransi. Asuransi merupakan suatu sarana untuk mendapatkan kepastian dengan cara mengurangi resiko sebanyak mungkin ketidakpastian yang ada terutama pada resiko-resiko dengan cara membagikan atau mengalihkan resiko tersebut kepada pihak lain.

Pada umumnya dilihat dari sudut asuransi, setiap peristiwa yang tidak sengaja, yang dapat membawa kerugian pada kekayaan kita, adalah bahaya atau risiko. Risiko, seperti biasa dalam bahasa sehari-hari, adalah kemungkinan akan rugi. Bahaya atau risiko adalah kemungkinan terjadinya suatu peristiwa yang merugikan dan tidak tentu, suatu keadaan terancam oleh peristiwa yang demikian. Pada overdracht, maka dengan bahaya atau resiko ditunjukan peristiwa itu sendiri. Asuransi menanggung akibat finansial dari terjadinya peristiwa yang tidak tentu, maka untuknya bahaya atau resiko adalah kemungkinan yang dihadapi untuk membayar (kemungkinan kerugian).

Perkembangan dunia asuransi kesehatan khususnya di Indonesia mengalami kemajuan yang sangat pesat. Hal ini terjadi karena semakin banyaknya perusahaan yang bergerak di dalam industri pelayanan asuransi baik asuransi

kesehatan sosial maupun asuransi kesehatan komersial. Semua negara yang telah menyadari pentingnya kesehatan sebagai salah satu syarat menuju kesejahteraan hidup, dengan berbagai upaya berusaha untuk menyediakan dana bagi pelaksana kegiatan pelayanan kesehatan mereka. Salah satu diantaranya adalah dengan melaksanakan asuransi kesehatan *(Health Insurance)* yang dipakai untuk membiayai pelayanan kesehatan ditengah-tengah masyarakat.

Asuransi Kesehatan adalah suatu sistem pengelolaan dana yang diperoleh dari uang iuran secara teratur oleh anggota, suatu bentuk organisasi guna membiayai pelayanan kesehatan yang dibutuhkan anggota. Dari segi ekonomi asuransi kesehatan juga merupakan usaha bersama untuk menghindari adanya kesulitan ekonomi dari para anggotanya apabila mereka sakit, atau suatu usaha untuk memungkinkan seseorang membayar terlebih dahulu biaya kesehatannya atas dasar spekulasi dari sebagian atau seluruh biaya kesehatannya yang mungkin terjadi pada masa yang akan datang.

Kesehatan merupakan kebutuhan yang mendasar dari setiap manusia untuk dapat hidup layak, produktif, serta mampu bersaing untuk meningkatkan taraf hidup. Perkembangan teknologi dalam bidang kesehatan berjalan dengan pesat, yang manfaatnya dapat dinikmati oleh masyarakat luas. Namun demikian jangkauan pelayanan kesehatan ini masih terbatas, artinya masih banyak masyarakat yang belum mampu menikmati pelayanan kesehatan yang bermutu, semua ini dikarenakan oleh minimnya pengetahuan tentang penggantian pelayanan kesehatan dan faktor biaya yang sangat minim. Masyarakat luas belum begitu memahami sistem penggantiaan atas pelayanan kesehatan yang dapat diajukan sebagai klaim.

Dengan sistem penggantian, peserta asuransi harus mengeluarkan uang terlebih dahulu guna membayar biaya pengobatan yang kemudian dapat kita klaim atau meminta penggantian ke perusahaan asuransi dimana kita menjadi peserta asuransi. Dengan sistem ini maka kita bebas memilih rumah sakit yang mana saja, namun tentunya maksimal penggantian telah ditentukan dimuka. Yang perlu menjadi perhatian utama kita dalam melakukan klaim adalah kelengkapan surat-surat administrasi yang menjadi syarat utama agar proses penggantian biaya yang kita keluarkan dapat dibayar oleh perusahaan asuransi. Cepat lambatnya pencairan dana klaim tergantung kepada pelayanan yang diberikan oleh perusahaan.

Pelaksanaan klaim ini sebenarnya merupakan suatu wujud penggantian dari biaya yang telah dikeluarkan oleh peserta dalam menjalankan pelayanan kesehatan di Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK). Pembayarn klaim adalah sejumlah dana tertentu untuk membiayai kegiatan perusahaan atas pelayanan kesehatan. Klaim adalah permohonan atau tuntutan seorang anggota asuransi terhadap perusahaan asuransi untuk pembayaran santunan sesuai dengan pasal-pasal dan peraturan yang telah disepakati sebelumnya.

Anggota asuransi berhak mendapatkan penggantian biaya atas pengobatan dan pihak asuransi wajib memberikan sejumlah uang tersebut sesuai dengan jumlah tagihan yang diajukan. Biaya pelayanan kesehatan merupakan biaya yang dikeluarkan untuk membayar klaim atas pelayanan kesehatan yang sudah dilakukan oleh peserta. Pembayaran ini juga salah satu cara untuk memberikan keringanan terhadap peserta/pasien yang melakukan pelayanan kesehatan dengan persyaratan yang sudah ditentukan oleh pihak asuransi.

Dalam meningkatkan kesehatan masyarakat, pihak asuransi selalu menyediakan fasilitas dalam penggantian pelayanan kesehatan. Dengan adanya fasilitas tersebut seluruh masyarakat tidak pelu khawatir lagi untuk mendapatkan pelayanan kesehatan karena minimnya dana yang dibutuhkan. Masyarakat yang sudah mengetahui fasilitas tersebut dapat mengajukan klaim penggantian atas pelayanan yang sudah dilakukan. Pelaksanaan ini bisa dilakukan dimana peserta mendaftarkan diri ke perusahaan asuransinya. Setiap perusahaan asuransi memiliki ketentuan yang berbeda-beda, ketentun tersebut merupakan suatu syarat dalam mengajukan klaim.

Ketentuan tersebut bisa memudahkan para peserta ataupun sebaliknya salah satu perusahaan yang sudah menerapkan sistem penggantian atau klaim yaitu PT.ASKES (Persero). Pelaksanaan ini bisa dilakukan kapanpun oleh peserta setalah peserta melakukan pelayanan kesehatan, namun harus sesuai dengan ketentuan yang sudah dibuat oleh asuransi

Untuk mengetahui peningkatan kesehatan ini, terutama jika dikaitkan dengan kehendak agar seluruh lapisan masyarakat dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan yang tersedia, banyak jalan keluar yang bisa dilakukan. Salah satu perusahaannya yaitu PT.Asuransi Kesehatan (ASKES) Persero merupakan Badan Usaha Milik Negara yang telah memiliki pengalaman selama 43 tahun dalam bidang Asuransi Kesehatan untuk menyelenggarakan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan, sebagai perusahaan yang hanya memfokuskan kinerjanya pada kegiatan Asuransi Kesehatan maka PT.ASKES di kenal sebagai *HEALT INSURANCE SPECIALIST*. Dalam perjalanannya selama 43 tahun ini, PT.ASKES dikenal oleh masyarakat sebagai perusahaan Asuransi kesehatan

masyarakat yang bekerja sama dengan pemerintah. ASKES merupakan program pemerintah dalam memelihara kesehatan yang ditujukan kepada suatu kelompok tertentu yaitu Golongan Pegawai Negeri Sipil, penerima pensiun dan keluarganya. Pegawai Negeri Sipil adalah unsur aparatur negara, abdi negara dan abdi masyarakat untuk menyelenggarakan pemerintah dan melaksanakan pembangunan dalam rangka usaha mencapai tujuan nasional. Kelancaran pembangunan nasional terutama tergantung kepada Pegawai Negeri Sipil.

Sebagai perusahaan asuransi yang berpengalaman dan memiliki jaringan yang luas PT ASKES (Persero) juga dituntut untuk terus menjaga kualitas pelayanan yang baik kepada peserta Askes diseluruh Indonesia. Dalam konteks pelaksanaan asuransi kesehatan sosial setelah penetapan UU No. 40 / 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, menjadi tantangan bagi PT ASKES (Persero) untuk lebih mempersiapkan diri sebagai Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. PT ASKES (Persero) juga menjaga loyalitas pelanggan yang ada selama ini dan sedapat mungkin memberikan daya tarik yang kuat untuk segmen masyarakat yang lain serta Pemerintah daerah untuk ikut bergabung dalam sistem yang di bangun oleh PT ASKES (Persero).

Citra PT ASKES (Persero) terbentuk ketika Peserta Askes mendapatkan pelayanan baik di Kantor PT ASKES (Persero) atau Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK). Prosedur dan proses pelayanan administrasi kepada peserta sangat penting dan harus dilaksanakan secara professional oleh setiap petugas sesuai dengan peran dan fungsinya . Secara garis besar proses penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh PT ASKES(Persero) adalah sama di seluruh Indonesia .

Pada PT ASKES (Persero) terdapat beberapa macam proses administrasi pelayanan antara lain pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama, pelayanan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan, pelayanan Rawat Inap Tingkat Pertama, pelayanan Rawat Inap Tingkat Lanjutan, pelayanan Proses Administasi Klaim, yang tidak menyulitkan peserta namun demikian harus memperhatikan upaya pengendalian secara kelengkapan persyaratan administrasi yang harus dipenuhi oleh peserta.

Pada PT ASKES (Persero) terdapat beberapa macam proses administrasi pelayanan antara lain pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama, pelayanan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan, pelayanan Rawat Inap Tingkat Pertama, pelayanan Rawat Inap Tingkat Lanjutan, pelayanan Proses Administasi Klaim, yang tidak menyulitkan peserta namun demikian harus memperhatikan upaya pengendalian secara kelengkapan persyaratan administrasi yang harus dipenuhi oleh peserta. Untuk pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama prosedur yang diharuskan adalah peserta datang ke PPK(Pemberi Pelayan Kesehatan) tingkat pertama dengan menunjukan kartu Askes, apabila peserta berada diluar wilayah kartu Askes terdaftar, peserta dapat berobat di PPK (Pemberi Pelayanan Kesehatan) RJTP (Rawat Jalan Tingkat Pertama) dan apabila hasil pemeriksaan dokter ternyata memerlukan pemeriksaan lebih lanjut PPK tingkat pertama akan memberikan surat rujukan ke PPK tingkat lanjutan. Apabila peserta Askes yang telah memberikan surat rujukan ke PPK tingkat lanjutan prosedur selanjutnya adalah pelayanan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan, apabila pelayanan RJTL (Rawat Jalan Tingkat Lanjutan) di PPK telah selesai dan pasien ijinkan untuk pulang tetapi diperintahkan untuk kontrol dengan surat kontrol sedangkan bagi peserta yang dirujuk akan melanjutkan prosedurnya pada pelayanan Rawat Inap Tingkat

Pertama. Prosedur pada Rawat Inap Tingkat Pertama peserta datang ke PPK RITP (Rawat Inap Tingkat Pertama) dengan menunjukan kartu askes dan membawa Surat Perintah Rawat Inap (SP-RI) dari dokter puskesmas, bila perawatan di puskesmas tersebut tidak bisa ditanggulangi lagi maka dokter akan memberikan surat rujukan ke PPK tingkat lanjutan yaitu Rawat Inap Tingkat Lanjutan. Prosedur Rawat Inap Tingkat Lanjutan merupakan tindak lanjut dari pelayanan puskesmas atau rujukan dari rumah sakit lain. Setelah mendapatkan pelayanan RITL(Rawat Inap Tingkat Lanjut) telah selesai dan pasien pulang dengan memberikan surat keterangan kepada dokter yang merujuk. Pelayanan RITL(Rwata Inap Tingkat Lanjut) selesai tetapi peserta diperintahkan kontrol. Pada saat peserta tersebut melaksanakan kontrol, peserta tersebut datang ke Unit Askes Center dengan menyerahkan surat perintah kontrol kemudian apabila peserta dirujuk ke rumah sakit lain maka peserta diberikan surat konsul/rujukan dari rumah sakit pengirim. Surat rujukan tersebut harus dilegarisir terlebih dahulu oleh petugas Askes Center.

PT.ASKES (Persero) dalam menjalankan pelaksanaan pembayaran klaim sudah dilakukan dengan baik, namun masih adanya kekurangan dalam pelaksanaan pembayaran klaim. Dalam hal ini harus lebih cekatan dalam melaksanakan pembayarannya. Upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan terhadap seorang peserta/pasien yaitu dengan menilai prosedur pelayanan dalam sistem penggantian. Pelaksanaan pembayaran ini temasuk mudah karena pengajuannya tidak terlalu rumit. Sehingga masyarakat dapat mengerti dan mudah dalam pengajuan klaim.

Di PT.ASKES (Persero) terdapat beberapa macam klaim yang bisa diajukan oleh peserta yaitu:

1. Klaim perorangan yaitu tagihan biaya pelayanan kesehatan yang diajukan oleh perorangan peserta wajib dan sukarela, sesuai ketentuan yang berlaku.Pada klaim perorangan , peserta sendirilah yang mengajukan klaimnya kepada PT. ASKES (PERSERO) klaim diajukan berdasarkan alat bukti pembayaran yang sah atas biaya pengobtan atau perawatan yang dibayar oleh peserta terlebih dahulu.
2. Klaim Khusus ialah klaim atas pelayanan yang dilaksanakn diluar jaringan pelayanan PT.ASKES dalam keadaan *emergency*.
3. Klaim Kolektif Pelayanan Kesehatan adalah tagihan atas biaya pelayanan kesehatan seluruh peserta yang telah dilayani di PPK tersebut dalam periode tertentu (satu bulan). Pada klaim kolektif, peserta tidak mengeluarkan biaya apapun atas pelayanan kesehatan yang telah diterimanya. Dalam hal ini pihak PT. ASKES (Persero) mengadakan ikatan kerja sama terlebih dahulu dengan Unit Pelayanan tempat peserta dilayani untuk memperoleh perawatan atau pelaksanaan yang telah ditetapkan oleh PT. ASKES (Persero). Jadi Pada sistem pengajuan klaim ini Unit Pelayanan Kesehatanlah yang mengajukan klaim kepada PT. ASKES (Persero) atas jasa pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada peserta. Adapun pelaksanaan pelayanan kesehatan pada Unit Pelayanan Kesehatan yang telah mengadakan ikatan kerja sama dengan PT. ASKES(Persero)

PPK atau Pemberi Pelayanan Kesehatan adalah tempat dimana peserta bisa melakukan pengobatan yang sudah bekerjasama dengan PT.ASKES yaitu RS Vertikal, RS ABRI, RS Khusus, RS Umum Daerah, Laboratorium Kesehatan, Balai Pengobatan, Dinas Kesehatan Kotamadya, Dinas Kesehatan Kabupaten, dan RS Swasta,Dokter Keluarga, Dokter Spesialis Keluarga, Optik, Apotik yang telah kerja sama dengan PT. ASKES (Persero). Pelayanan kesehatan yang ada di PT.ASKES (Persero) pun beberapa macam yaitu pelayanan kesehatan dasar,Pelayanan kesehatan lanjutan dan masih banyak lagi pelayanan yang ada. Pelayanan kesehatan yang dilakukan diluar PPK PT ASKES, tidak ditanggung oleh PT ASKES, namun dalam keadaan gawat darurat peserta dapat memperoleh pelayanan di PPK yang tidak bekerja sama dengan PT ASKES (Persero) dengan membayar terlebih dahulu. Selanjutnya peserta tersebut dapat mengajukan klaim ke kantor PT ASKES (Persero) sebagai klaim perorangan dan PT ASKES(Persero) akan memberikan penggantian dengan besaran sesuai dengan tarif yang berlaku bagi peserta ASKES.

Proses pembayaran klaim sangat penting dalam suatu rangkaian proses bisnis asuransi dimana kinerja suatu perusahaan asuransi sangat ditentukan oleh bagaimana klaim diproses dan diselesaikan. Disamping itu penyelesaian klaim juga sangat mempengaruhi efisiensi dalam biaya kesehatan karena kekurangan kehati-hatian dalam proses klaim dapat mengakibatkan pembayaran yang berlebihan dari yang seharusnya. Oleh sebab itu semua petugas terutama petugas verifikator, kepala seksi dan kepala cabang harus melaksanakan proses klaim dengan prinsip hati-hati, dan teliti.

Penulis memilih Kerja Praktek di PT.ASKES (Persero) karena penulis ingin mengetahui lebih lanjut tata cara dan pelaksanaan pembayaran (klaim) pelayanan kesehatan untuk menambah pengetahuan dan pengalaman penulis mengenai pelaksanaan kerja nyata dan siap pakai apabila terjun ke dunia kerja.

Oleh sebab penjelasan diatas, penulis menjadi tertarik untuk menulis Laporan Kuliah Kerja Praktek (KKP) sehingga penulis mengambil pokok bahsan dengan judul **"Pelaksanaan Pembayaran (Klaim) Biaya Pelayanan Kesehatan Pada PT. ASKES (Persero) Cabang Utama Bandung".**

1.2 Maksud dan Tujuan Kerja Praktek

Dalam melakukan kerja praktek, dalam hal pelaksanaan pembayaran klaim terdapat tatacara yang sudah ditetapkan. Sehingga demi kelancaran inilah terdapat maksud dari kerja praktek yang dilakukan.

1.2.1 Maksud Kerja Praktek

Maksud penulis dalam melaksanakan kerja praktek ini adalah untuk mengetahui dan mengumpulkan data tentang Pelaksanaan Pembayaran (klaim) Biaya Pelayanan Kesehatan (Pelkes) Pada PT.ASKES (Persero).

1.2.2 Tujuan Kerja Praktek

Adapun Tujuan dari Kerja Praktek ini,yaitu:

1. Untuk mengetahui prosedur pembayaran (klaim) biaya pelayanan kesehatan pada PT.ASKES (Persero) Cabang Utama Bandung.

2. Untuk mengetahui pelaksanaan pembayaran (klaim) biaya pelayanan kesehatan pada PT. ASKES (Persero) Cabang Utama Bandung.

1.3 Kegunaan Kerja Praktek

Hasil kerja praktek bagi penulis ditujukan oleh penulis adalah agar dapat memberikan sumbangan informasi baik bagi perusahaan yang diteliti maupun masyarakat.

Adapun kegunaan dari kerja praktek ini,diantaranya:

1. Bagi Penulis:

   Hasil dari kerja praktek yang dilakukan penulis di PT.ASKES (Persero) sangat berguna diantaranya:

   a. Penulis bisa mengisi ketentuan nilai ganti alata kesehatan di FPK (Formulir Pengajuan Klaim)
   b. Penulis dapat mengentri data peserta yang mengajukan klaim
   c. Penulis dapat dengan cermat mengecek kelengkapan berkas yang diajukan peserta/PPK
   d. Penulis bisa membuat bukti pembayarn klaim terhap peserta/PPK
   e. Penulis dapat membuat jurnal atas pembayaran klaim
   f. Penulis bisa membuat bukti memorial atas pembayaran klaim terhadap peserta/PPK

2. Bagi Instansi:

   Selama pelaksanaan kerja praktek di PT. ASKES (Persero) penulis telah membantu pelaksana administrasi dan keuangan dalam hal prosedur pembayaran klaim dan pelaksanaan pembayaran klaim, diantaranya:

a. Pengentrian data peserta/PPK yang mengajukan klaim.
b. Membantu pengecekan berkas pengajuan
c. Membantu membuat bukti pembayaran berupa kwitansi
d. Membantu membuat jurnal atas pembayaran klaim
e. Membuat bukti memorial atas pembayaran.

Dalam membantu pekerjaan diperusahaan penulis pun diawasi oleh pembimbing perusahan.

3. Bagi Unikom:

Untuk Fakultas Ekonomi, Kegiatan kerja praktek ini bermanfaat untuk memberikan pengalaman kepada mahasiswa tentang bagaimana dunia kerja yang sebenarnya, dengan menerapkan ilmu yang selama ini didapat dibangku kuliah dan mempraktekannya di dunia kerja yang sebenarnya Sekaligus memperkenalkan mahasiswany-mahasiswanya ke dunia kerja

Untuk UNIKOM kegunaan kerja praktek ini dibagi menjadi 2 yaitu:

a. Program Studi Akuntansi (Prodi), program studi ini sangat berguna bagi mahasiswa karena ini termasuk dalam mata kuliah,yaitu mata kuliah akuntansi keuangan. Didalam akuntansi keuangan terdapat akuntansi jasa.
b. Untuk Fakultas Ekonomi.

   Manfaat langsung yang dapat diperoleh bagi fakultas ekonomi adalah dapat menumbuhkan mahasiswa yang bisa dipertanggung jawabkan bagi Fakultas dan UNIKOM sendiri. Selain itu kegunaan kerja praktek ini dapat menjadi acuan untuk membandingkan proses pengajaran, agar

kurikulum yang selama ini diterapkan oleh fakultas apakah lebih efektif atau tidak.

1.4 Metode Kerja Praktek

Metode yang digunakan oleh penulis selama melaksanakan kerja praktek ialah metode ***Block Release***, yaitu suatu metode pelaksanaan kerja praktek yang dilakukan dalam satu periode penuh dan tiap hari disesuaikan dengan jam kerja kantor dalam 1 bulan. Terhitung mulai tanggal 4 Juli sampai tanggal 5 Agustus 2011.

Adapun teknik pengumpulan data yang digunakan sebagai berikut :

1. Studi Lapangan (*Field Research*)

   Dimaksudkan untuk mendapatkan data yang diperoleh secara langsung yaitu dengan mengadakan peninjauan pada perusahaan yang menjadi objek penelitian dalam bentuk :

   a) Pengamatan (*Observasi*)

      Penulis mengadakan pengamatan atau tinjauan langsung terhadap situasi dan kondisi PT ASKES (Persero) Cabang Utama Bandung. Khususnya pada bagian pelayanan dan keuangan di PT.ASKES (Persero) untuk mengetahui informasi atau data-data yang berhubungan langsung dengan objek yang penulis teliti

   b) Wawancara (*Interview*)

      Pengumpulan data dengan cara mengajukan pertanyaan atau berdialog langsung dengan pihak yang terkait dalam penelitian. Wawancara dengan pihak perusahaan yang berkepentingan yaitu pada

staff keuangan di PT.ASKES (Persero) Cabang Utama Bandung untuk mendapatkan informasi atau data-data yang berhubungan dengan objek yang diteliti oleh penulis.

c) Dokumentasi (*document*)

Bukti-bukti dan dokumen-dokumen pendukung yang berkaitan dengan objek penelitian seperti buku prosedur kerja,bukti voucher pembayaran, dan formulir pengajuan klaim. Yang diperlukan penulis untuk dijadikan bahan dalam pembuatan laporan kerja praktek.

2. Penelitian Kepustakaan (*Library Research*)

Penelitian kepustakaan (*library research*) yaitu suatu penelitian yang dilakukan untuk mencari data, dengan cara mengumpulkan data dan mempelajari dan meneliti bahan bacaan yang ada di perpustakaan untuk mengetahui masalah yang dibahas. Juga catatan-catatan dan teori pribadi yang didapatkan selama mengikuti perkuliahan. Pengumpulan data ini terdapat pada buku Akuntansi kesehatan PT.ASKES (Persero) Cabang Utama Bandung.

1.5 Lokasi dan Waktu Kerja Praktek

Dalam pelaksanaan pembayaran klaim penulis melakukan pengamatan langsung pada perusahaan yang bergerak dibidang asuransi. Adapun lokasi dan waktu kerja praktek yang tertera dibawah ini:

1.5.1 Lokasi Kerja Praktek

Penulis melaksanakan kerja praktek di PT.ASKES(Persero) Cabang Utama Bandung yaitu di Jl. Pelajar Pejuang 45 no.66, Bandung 40263.

1.5.2 Waktu Kerja Praktek

Sedangkan lamanya kerja praktek dilaksanakan selama 1 bulan, yang dimulai tanggal 4 Juli sampai tanggal 5 Agustus 2011. Adapun hari efektif pada PT.ASKES (PERSERO) Cabang Utama Bandung adalah 5(lima) hari kerja yaitu dari hari Senin sampai hari Jum'at dan jam kantor berlaku dari pukul 07.30 WIB -16.30 WIB, Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada table dibwah ini:

Tabel 1.1

Jadwal Aktivitas Kerja Praktek & Kantor

NO	Kegiatan	Hari	Waktu
1	Aktivitas Kerja	Senin – Jum'at	07.30 – 16.30 WIB
2	Istirahat	Senin-Jum'at	12.00 – 13.00 WIB
3	Libur	Sabtu - Minggu	-

Tabel 1.2
Jadwal Pelaksana Kerja praktek

NO		Kegiatan KP	Bualan & Tahun						
			JUN 2011	JUL 2011	AGT 2011	SEPT 2011	OKT 2011	NOV 2011	DES 2011
I		Persiapan KP							
	1	Permohonan ijin KP	■						
	2	Realisasi ijin KP	■						
	3	Menentukan Tempat KP		■					
	4	Mendapat surat Penerimaan KP		■					
	5	Mendapat Absen KP		■					
II		Pelaksanaan KP							
	1	Aktivitas KP		■	■				
	2	Bimbingan dengan Pembimbing KP		■	■				
	3	Pengumpulan data		■	■				
III		Pelaporan KP							
	1	Pengolahan data				■	■		
	2	Bimbingan dengan Pembimbing akademik					■	■	
	3	Pembuatan laporan KP					■	■	
	4	Ujian KP							■
	5	Pengumpulan KP							■