

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Perusahaan asuransi adalah salah satu lembaga keuangan nonbank yang memiliki peran tidak jauh berbeda dengan bank, bergerak dalam layanan yang diberikan kepada masyarakat dalam menangani risiko yang akan terjadi di masa depan. Salah satu cara untuk melindungi sesuatu terhadap risiko kerugian, kerusakan atau kehilangan laba yang diharapkan yang timbul dari peristiwa yang tidak pasti adalah untuk mengasuransikan risiko kepada penanggung. Tujuan asuransi adalah melindungi individu atau kelompok dari kehilangan penghasilan itu akan digunakan seperti kebutuhan pendidikan, kebutuhan untuk pemulihan, kebutuhan untuk umur panjang, kesehatan dan lainnya (Reschiwati & Solikhah, 2018).

UU No. 40 Tahun 2014 Pasal 1, menyatakan bahwa asuransi adalah perjanjian antar dua pihak, yaitu perusahaan asuransi dan pemegang polis, yang menjadi dasar bagi penerima premi oleh perusahaan asuransi sebagai imbalan untuk memberikan penggantian kepada tertanggung atau pemegang polis karena kerugian, kerusakan, biaya yang timbul, kehilangan keuntungan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin diderita tertanggung atau pemegang polis karena terjadinya suatu peristiwa yang tidak pasti.

Jumlah perusahaan asuransi yang beroperasi di Indonesia per 31 Desember 2017 dan telah memiliki izin usaha oleh Otorisasi Jasa Keuangan (OJK) terdapat 152 (seratus lima puluh dua) perusahaan yang terdiri dari 61 (enam puluh satu) perusahaan asuransi jiwa, 79 (tujuh puluh sembilan) perusahaan asuransi umum, 7 (tujuh) perusahaan reasuransi 2 (dua) badan penyelenggara program jaminan sosial, dan 3 (tiga) perusahaan penyelenggara asuransi wajib. Salah satu perusahaan yang memiliki izin usaha oleh OJK yaitu, perusahaan asuransi jiwa. Asuransi jiwa merupakan program perlindungan dalam bentuk pengalihan risiko ekonomis atas meninggalnya seseorang yang terlalu cepat atau hidupnya terlalu

lama. Misalnya, ketika seseorang meninggal dunia secara tiba-tiba karena kecelakaan atau seseorang meninggal dunia karena usianya sudah terlalu tua, dengan adanya asuransi jiwa keluarga yang ditinggalkan akan menerima manfaat asuransi berupa uang pertanggungan sehingga dapat membantu kebutuhan hidupnya terpenuhi.

Berdasarkan data yang dirilis OJK selama 5 (lima) tahun, terakhir 2013-2017, jumlah perusahaan asuransi jiwa yang terdaftar di OJK meningkat, hal ini dapat dilihat dalam Tabel 1.1.

Tabel 1.1
Pertumbuhan Jumlah Perusahaan Jiwa 2013-2017

Tahun	Jumlah Perusahaan Asuransi Jiwa / <i>Life Insurance</i>	Selisih Jumlah Perusahaan Asuransi Jiwa / <i>Life Insurance</i>	Pertumbuhan
2013	49	-	-
2014	50	1	2.04%
2015	55	5	10.00%
2016	55	0	0.00%
2017	61	6	10.91%
Rata-rata	54	3	5.74%

Sumber : Otorisasi Jasa Keuangan (OJK), Statistik Perasuransian 2017.

Tabel di atas menunjukkan bahwa rata-rata pertumbuhan perusahaan asuransi jiwa selama lima tahun terakhir tahun 2013-2017 adalah 5,74% (lima koma empat puluh empat persen). Pada 2014 perusahaan asuransi berjumlah 50 (lima puluh) perusahaan atau bertambah 1 (satu) perusahaan asuransi jiwa yang terdaftar di OJK. Tahun 2015 bertambah 5 perusahaan asuransi jiwa yang memiliki izin usaha oleh OJK sehingga mengalami pertumbuhan sebesar 10% (sepuluh persen), dan tidak ada perubahan atau tetap diposisi yang sama pada tahun 2016 dengan jumlah perusahaan asuransi jiwa 55 (lima puluh lima) seperti di tahun 2015. Tahun 2017 kembali meningkat sebesar 10,91% (sepuluh koma sembilan puluh satu persen) dengan jumlah perusahaan asuransi jiwa 61 (enam puluh satu) perusahaan. Hal ini menunjukkan bahwa perusahaan asuransi jiwa mengalami peningkatan dalam 5 (tahun) terakhir 2013-2017.

Seiring dengan bertambahnya jumlah perusahaan asuransi jiwa, penting bagi untuk mengetahui kinerja keuangan perusahaan asuransi jiwa. Karena dengan mengetahui kinerja keuangan perusahaan asuransi jiwa, maka sebelum memutuskan untuk menggunakan asuransi jiwa calon nasabah dapat menilai apakah perusahaan tersebut telah efektif dan efisien dalam mengelola keuangannya, sehingga perusahaan mampu membayar klaim yang diajukan apabila bertanggung mengalami risiko. Serta sebagai penilaian pengambilan keputusan atau kebijakan dan dapat meningkatkan kepercayaan terhadap calon nasabah untuk menggunakan asuransi jiwa.

Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia (AAJI) merupakan lembaga independen bagi perusahaan-perusahaan asuransi jiwa maupun reasuransi di Indonesia, yang berfungsi mengawasi kinerja perusahaan asuransi agar memberikan pelayanan yang terbaik pada masyarakat sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Pada tahun 2018, AAJI mencatat total pendapatan industri asuransi mengalami perlambatan 19,4% (sembilan belas koma empat persen) dibandingkan tahun lalu. (Dikutip dari Suara.com Rabu, 27 Februari 2019) Ketua Bersama AAJI, Maryoso Sumaryono mengatakan, perlambatan kinerja ini dikarenakan turunnya pendapatan premi sebesar 5% (lima persen) pada kuartal IV (empat) tahun 2018. Penurunan total premi dipengaruhi oleh menurunnya pendapatan premi dari saluran distribusi *bancassurance* sebesar 11,2% (sebelas koma dua persen) serta berkontribusi sebesar 42,9% (empat puluh koma Sembilan persen) dari keseluruhan total pendapatan premi industri asuransi jiwa.

Pada tahun 2018 Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia (AAJI) juga mencatat adanya perlambatan pembayaran total klaim atau manfaat industri asuransi jiwa di kuartal IV (empat) tahun 2018. Data AAJI menunjukkan industri asuransi jiwa membayar total klaim dan manfaat sebesar Rp 119.740.000.000.000 atau tumbuh melambat 1,1% (satu koma satu persen) dibandingkan dengan periode yang sama tahun lalu yang mencapai Rp 121.080.000.000.000. Jika dirinci, klaim nilai tebus (*surrender*) tumbuh melambat sebesar 0,5% (nol koma lima persen) dibandingkan dengan tahun sebelumnya, yaitu sebesar Rp 66.930.000.000.000. Kepala Departemen Investasi AAJI Iwan mengatakan, tren pembayaran klaim nilai

tersebut memang terus mengalami penurunan dari tahun ke tahun. Hal ini mengindikasikan semakin membaiknya pemahaman masyarakat mengenai proteksi asuransi. Adapun klaim penarikan sebagian (*partial withdrawal*) industri asuransi pada kuartal IV (empat) pada 2018 sebesar Rp 14.650.000.000.000. Sedangkan, klaim kesehatan (*medical*) tercatat perlambatan 8,4% (delapan koma empat persen) menjadi Rp 8.570.000.000.000. Hal ini dipengaruhi oleh menurunnya klaim kesehatan kumpulan sebesar 15,5% (lima belas koma lima persen). Adapun proporsi dari klaim kesehatan, masing-masing sebesar 50,2% (lima puluh koma dua persen) dari produk asuransi kesehatan kumpulan dan 49,8% (empat puluh sembilan koma delapan persen) dari produk kesehatan individu.

Pengukuran kinerja keuangan perusahaan asuransi dapat dilakukan dengan menggunakan metode *Risk Based Capital* (RBC). Pengukuran RBC merupakan pengukuran batas tingkat solvabilitas minimum yang disyaratkan dalam undang-undang, untuk mengukur tingkat kesehatan keuangan sebuah perusahaan asuransi dan memastikan pemenuhan kewajiban asuransi dan reasuransi dengan mengetahui besarnya kebutuhan modal perusahaan sesuai dengan tingkat risiko yang dihadapi perusahaan dalam mengelola kekayaan dan kewajibannya. Standard pengukuran nilai RBC ditetapkan oleh pemerintah dalam Peraturan Otorisasi Jasa Keuangan Nomor 71/POJK.05/2016 Pasal 3 menyebutkan tingkat solvabilitas perusahaan asuransi minimal 120% (seratus dua puluh persen) dari modal minimum berbasis risiko yaitu, jumlah dana yang dibutuhkan untuk mengantisipasi risiko kerugian yang timbul sebagai akibat dari deviasi dalam pengelolaan aset dan liabilitas. Selain *Risk Based Capital*, terdapat indikator lain yang perlu diperhatikan dalam mengukur kinerja keuangan perusahaan asuransi jiwa, yaitu Rasio Pertumbuhan Premi (*Net Premium Growth*) dan Rasio Klaim (*Claim Ratio*).

Penelitian terdahulu (Nurfadila & dkk, 2015) menyatakan hasil bahwa *Risk Based Capital* menunjukkan hasil pencapaian yang sudah memenuhi standar batas minimal yang telah ditetapkan oleh pemerintah yaitu, 120% (seratus dua puluh persen). Hal ini menandakan perusahaan mampu menanggung risiko kerugian yang mungkin timbul akibat terjadi deviasi dalam pengelolaan kekayaan

dan kewajiban. Walaupun RBC perusahaan sudah sangat baik karena hasilnya cenderung memenuhi standar, beberapa rasio keuangan perusahaan memiliki kelemahan dimana persentasenya mendekati batas normal. Untuk rasio beban klaim mengalami kenaikan setiap tahunnya menunjukkan klaim yang terjadi pada perusahaan terus bertambah dan masih dibawah batas maksimal 100% (seratus persen). Hal ini menandakan kemampuan keuangan perusahaan untuk membayar klaim masih baik. Rasio pertumbuhan premi menunjukkan adanya penurunan, tetapi rasio ini masih berada di atas batas minimal yaitu 23% (dua puluh tiga persen). Hal ini menunjukkan bahwa retensi perusahaan semakin besar. Sedangkan (Rahmawati, 2017) mengatakan dalam penelitiannya secara parsial menunjukkan bahwa rasio beban klaim, dan rasio pertumbuhan premi yang dimana kedua rasio tersebut merupakan rasio dalam analisis keuangan tidak berpengaruh terhadap tingkat pengembalian saham. Kinerja keuangan yang semakin baik, akan mampu meningkatkan tingkat pengembalian saham pada perusahaan asuransi.

Pendapatan premi yang diperoleh perusahaan asuransi dari nasabah karena sudah memberikan kepercayaan untuk mengambil alih risiko yang mungkin terjadi dimasa yang akan datang. Premi pada dasarnya merupakan sejumlah uang yang wajib dibayarkan oleh tertanggung (nasabah) kepada penanggung (perusahaan asuransi) sesuai dengan perjanjian atas keikutsertaanya dalam asuransi. Pendapatan premi memegang peranan penting dalam usaha asuransi. Pendapatan yang diterima oleh perusahaan asuransi tidak hanya menjadi profit bagi perusahaan tetapi sebagian juga digunakan untuk kewajiban perusahaan dimasa yang akan datang. Sebagian premi yang dihasilkan dicadangkan sebagai cadangan premi sehingga dimasa mendatang perusahaan tidak merasa kesulitan untuk membayar klaim. Rasio pertumbuhan premi yang meningkat menunjukkan kesadaran masyarakat menggunakan produk asuransi meningkat. Pertumbuhan premi pada sebuah perusahaan asuransi juga menandakan kepercayaan nasabah terhadap kinerja perusahaan asuransi dalam aspek keuangan, terutama pada perusahaan asuransi jiwa dan menunjukkan penilaian kondisi keuangan yang menjadi prestasi perusahaan.

Besarnya premi yang dibayar dan manfaat asuransi yang diambil oleh pemegang polis mempengaruhi berapa besarnya klaim yang akan dibayarkan oleh perusahaan asuransi kepada tertanggung (nasabah) sesuai dengan perjanjian. Klaim asuransi merupakan permintaan resmi yang dibuat oleh nasabah untuk perusahaan asuransi agar mendapatkan pembayaran terkait kerugian atas resiko yang diterima. Rasio beban klaim adalah rasio kecukupan premi terhadap pembayaran klaim. Total premi dibagi dengan total pembayaran klaim. Rasio ini menunjukkan kecukupan premi yang diterima oleh perusahaan asuransi untuk menutupi pembayaran klaim pada periode yang sama. Kemampuan keuangan perusahaan asuransi untuk membayar klaim dilihat dari besarnya presentase pendapatan premi yang digunakan untuk membayar klaim yang terjadi. Perusahaan asuransi yang memiliki kinerja yang baik apabila memiliki rasio beban klaim berada sama dengan atau lebih kecil dari 100%.

Kinerja keuangan perusahaan berkaitan erat dengan pengukuran dan penilaian kinerja. Pengukuran kinerja keuangan bagi perusahaan asuransi jiwa untuk melakukan perbaikan atas kegiatan operasionalnya agar dapat bersaing dengan perusahaan asuransi jiwa lain. Sedangkan, penilai kinerja keuangan menunjukkan kondisi keuangan perusahaan mengenai kekuatan dan kelemahannya. Pada perusahaan asuransi pengukuran dan penilaian kinerja perusahaan dinilai berdasarkan rasio keuangan dan *risk based capital* dengan batas normal atau standar pada masing-masing rasio yang telah ditetapkan oleh pemerintah yang dimana hasilnya dapat memberikan penilaian mengenai kinerja keuangan perusahaan.

Berdasarkan latar belakang penelitian yang telah diuraikan di atas, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul **“Pengaruh Net Premium Growth, Claim Ratio Dan Risk Based Capital Terhadap Kinerja Keuangan Perusahaan Asuransi Jiwa Periode 2014-2018”**.

1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis mengajukan pertanyaan yang dapat dirumuskan sebagai berikut :

- 1) Apakah *Net Premium Growth* berpengaruh terhadap kinerja perusahaan asuransi jiwa selama 2014-2018?
- 2) Apakah *Claim Ratio* berpengaruh terhadap kinerja perusahaan asuransi jiwa selama 2014-2018?
- 3) Apakah *Risk Based Capital* berpengaruh terhadap kinerja perusahaan asuransi jiwa selama 2014-2018?
- 4) Apakah *Net Premium Growth*, *Claim Ratio*, *Risk Based Capital* berpengaruh terhadap kinerja perusahaan asuransi jiwa selama 2014-2018?

1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan masalah yang telah diuraikan, tujuan penulis untuk melakukan penelitian ini adalah :

- 1) Untuk mengetahui apakah *Net Premium Growth* berpengaruh terhadap kinerja perusahaan asuransi jiwa selama 2014-2018.
- 2) Untuk mengetahui apakah *Claim Ratio* berpengaruh terhadap kinerja perusahaan asuransi jiwa selama 2014-2018.
- 3) Untuk mengetahui apakah *Risk Based Capital* berpengaruh terhadap kinerja perusahaan asuransi jiwa selama 2014-2018.
- 4) Untuk mengetahui *Net Premium Growth*, *Claim Ratio*, *Risk Based Capital* berpengaruh terhadap kinerja perusahaan asuransi jiwa selama 2014-2018.

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat dari penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi :

- 1) Bagi ilmu pengetahuan
Penelitian ini dapat menambah bahan referensi dalam menambah wawasan dan diharapkan dapat mengembangkan pengetahuan mengenai pengaruh rasio pertumbuhan premi (*net premium growth*), rasio beban klaim (*claim ratio*) dan *risk based capital* terhadap kinerja keuangan khususnya untuk perusahaan asuransi jiwa.
- 2) Bagi Regulator

Otorisasi Jasa Keuangan (OJK) selaku regulator di bidang jasa keuangan diharapkan dalam menyusun kebijakan yang terkait dengan kinerja perusahaan asuransi khususnya asuransi jiwa.

Asosiasi Asuransi Jiwa Indonesia selaku regulator di bidang yang menaungin perusahaan asuransi jiwa karena dapat membantumengawasi kinerja perusahaan asuransi jiwasehingga dapat memberikan pelayanan yang terbaik bagi masyarakat.

Pemerintah untuk memberikan penilaian terhadap kinerja perusahaan asuransi jiwa sebagai unsur pelaksanaan kebijakan dibidang kesejahteraan masyarakat, seperti perlindungan asuransi bagi korban kecelakaan lalu lintas, perlindungan kecelakaan bagi tenaga kerja, dan perlindungan asuransi kesehatan bagi pegawai negeri.

3) Bagi Investor,

Bermanfaat untuk memberikan informasi kepada masyarakat selaku investor (calon nasabah dan nasabah) yang berperan besar dalam perusahaan asuransi jiwa untuk mengetahui kinerja perusahaan asuransi jiwa dan memberikan penilaian terhadap perusahaan asuransi jiwa sebelum memutuskan untuk memilih asuransi jiwa yang tepat.