

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

2.1. Landasan Teori

2.1.1. Laporan Laba Rugi

Setiap perusahaan yang dibentuk pasti memiliki tujuan tertentu dalam menjalankan dan mengembangkan perusahaannya, tujuan dalam mendirikan perusahaan pada umumnya adalah untuk mendapatkan keuntungan atau profit yang sebesar-besarnya agar perusahaan yang dikelola dapat mempertahankan kelangsungan hidup perusahaan dimasa yang akan datang menjadi perusahaan yang besar dan sukses, selain itu juga untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat melalui pelayanan yang diberikan (Sumajow et al., 2021).

Analisis laba merupakan salah satu kegiatan terpenting bagi manajemen untuk mengambil keputusan atau rencana yang akan dilakukan perusahaan di masa yang akan datang, artinya analisis laba banyak membantu manajemen dalam menjalankan kegiatan yang akan diambil dimasa yang akan datang dengan kondisi saat ini atau untuk mengevaluasi penyebab yang mengakibatkan penurunan atau peningkatan pendapatan perusahaan sehingga target tercapai atau tidak, keberhasilan perusahaan dapat dilihat dari tingkat keuntungan yang diperoleh perusahaan itu sendiri karena tujuan utama perusahaan pada dasarnya adalah untuk mendapatkan keuntungan yang sebesar-besarnya (Sumajow et al., 2021).

Menurut Hery (2017) Laporan laba rugi (*income statement*) merupakan laporan yang menyajikan ukuran keberhasilan kegiatan operasional suatu perusahaan selama periode waktu tertentu, dari laporan laba rugi investor dapat mengetahui tingkat profitabilitas yang dihasilkan oleh perusahaan, kreditur dapat mempertimbangkan kelayakan kredit dari debitur dengan melihat laporan laba rugi suatu perusahaan, penentuan pajak dalam perusahaan yang nantinya akan disetorkan ke kas negara dapat diperoleh berdasarkan jumlah laba bersih yang ditunjukkan dari pendapatan perusahaan tersebut, hasil laba suatu perusahaan dapat menggambarkan kinerja manajemen perusahaan dalam laba untuk membayar

bunga kepada kreditur, investor deviden, dan pajak pemerintah. Menurut Bachtiar dan Nurfadilah (2019) laporan laba rugi merupakan salah satu laporan keuangan yang memberikan informasi tentang suatu perusahaan dalam menghasilkan laba atau rugi untuk suatu periode akuntansi, perusahaan dapat mengetahui laba yang diperoleh dalam satu periode akuntansi, lalu cara menghitungnya dengan mengurangkan semua pendapatan yang diperoleh perusahaan dan semua biaya yang dikeluarkan perusahaan dalam satu periode akuntansi, maka jika total pendapatan yang diperoleh lebih besar dari pada total pendapatan biaya, maka perusahaan akan mendapatkan laba atau keuntungan, jika total pendapatan yang diperoleh perusahaan lebih kecil dari total biaya maka perusahaan mengalami kerugian (*loss*)

Secara umum, laba merupakan selisih antara keseluruhan pendapatan dan beban suatu perusahaan dalam suatu periode tertentu, dengan kata lain pendapatan dan beban merupakan unsur penting dalam menyajikan informasi dalam laporan keuangan, maka perlu adanya pengakuan yang tepat terhadap unsur pendapatan dan beban, pengakuan pendapatan dan beban dapat mengakibatkan pengaruh pada penyajian laporan laba rugi perusahaan (Kodong et al., 2019).

2.1.1.1. Bentuk Laporan Laba Rugi

Menurut (Fatimah, 2020) terdapat dua bentuk laporan laba rugi yaitu bentuk *single step* (langsung) dan bentuk *multiple step* (tidak langsung), berikut penjelasan perihal bentuk laporan laba rugi;

1. Bentuk *single step* (langsung)

Laporan laba rugi dalam bentuk *single step* menunjukkan semua pendapatan digabungkan menjadi satu kelompok dan semua beban digabungkan menjadi satu kelompok, kemudian kedua kelompok tersebut di selisihkan. Jika dari hasil pendapatan tersebut lebih besar dibandingkan jumlah beban berarti perusahaan menghasilkan laba bersih. Jika dari hasil pendapatan tersebut lebih kecil dari jumlah beban berarti perusahaan menghasilkan rugi bersih.

Berikut peneliti berikan salah satu contoh penyusunan laporan laba rugi dengan bentuk *single step* menurut (Fatimah, 2020);

PT. Konsultan Audit A		
Laporan Laba Rugi		
31 Desember 2020		
A. Pendapatan		
Pendapatan Jasa Konsultan		Rp xxxxx
B. Beban-Beban		
Beban Gaji	Rp xxxxx	
Beban Bunga	Rp xxxxx	
Beban Asuransi	Rp xxxxx	
Beban Lain-lain	Rp xxxxx	
Beban Perlengkapan	Rp xxxxx	
Beban Sewa	Rp xxxxx	
Beban Penyusutan Kendaraan	Rp xxxxx	
Beban Listrik Air dan telepon	Rp xxxxx	
Jumlah Beban		<u>Rp xxxxx</u>
Laba/Rugi Usaha		Rp xxxxx

Gambar 1
Bentuk single step

2. Bentuk *multiple step* (bertahap)

Laporan laba rugi yang disusun dengan cara memisahkan pendapatan maupun beban ke dalam kelompok operasional dan non operasional. Dalam bentuk *multiple step*, penyajian bagian pertama adalah rincian pendapatan operasional, kemudian bagian kedua rincian beban operasional. Dengan membandingkan dua bagian di atas diperoleh laba rugi operasional atau usaha pokok. Lalu bagian ketiga terdapat rincian pendapatan dan beban non operasional. Hasil kelompok pertama dan kelompok kedua digabungkan dengan hasil kelompok ketiga lalu akan di peroleh laba atau rugi bersih perusahaan.

Berikut peneliti berikan salah satu contoh penyusunan laporan laba rugi dengan bentuk *multiple step* (bertahap) menurut ((Fatimah, 2020);

PT. Konsultan Audit A Laporan Laba Rugi 31 Desember 2020		
A. PENDAPATAN DAN BEBAN OPERASIONAL		
Pendapatan Operasional :		
Pendapatan Jasa Konsultan		Rp xxxxx
Beban Operasional :		
Beban Operasional	Rp xxxxx	
Beban Gaji	Rp xxxxx	
Beban Asuransi	Rp xxxxx	
Beban Perlengkapan	Rp xxxxx	
Beban Sewa	Rp xxxxx	
Beban Penyusutan Kendaraan	Rp xxxxx	
Beban Listrik Air dan telepon	Rp xxxxx	
Laba/Rugi Operasional		<u>Rp xxxxx</u> Rp xxxxx
B. PENDAPATAN DAN BEBAN NON OPERASIONAL		
Pendapatan Non Operasional :		
Pendapatan Bunga	Rp xxxxx	
Beban Non Operasional		
Beban Sumbangan	<u>Rp xxxxx</u>	
Laba/Rugi Non Operasional		<u>Rp xxxxx</u>
Laba/Rugi Usaha		<u>Rp xxxxx</u>

Gambar 2
Bentuk Multiple Step

Menurut standar akuntansi keuangan per 1 September 2007 menjelaskan bahwa laporan laba rugi perusahaan asuransi disajikan dalam bentuk *multiple step*, yang di dalam laporan laba rugi tersebut terdapat :

1. Pendapatan premi
 - a. Premi bruto, adalah premi yang diperoleh dari penutupan langsung termasuk premi yang diperoleh dari penutupan polis bersama dan penutupan tidak langsung;
 - b. Premi reasuransi, adalah premi bruto yang menjadi hak reasuradur berdasarkan perjanjian reasuransi;

- c. Kenaikan atau penurunan premi yang belum termaksud pendapatan.
2. Beban Perusahaan
 - a. Klaim bruto adalah jumlah klaim yang telah disetujui dan/atau dibayar;
 - b. Klaim reasuransi adalah bagian dari klaim bruto yang menjadi tanggungan reasuradur
 - c. Kenaikan atau penurunan estimasi klaim retensi sendiri
 - d. Jumlah beban klaim
 - e. Beban komisi neto adalah jumlah dari bagian premi bruto yang menjadi hak reasuransi yang berhubungan dengan jasa yang telah diberikannya oleh asuransi dalam penutupan pertanggungan, baik langsung maupun tidak langsung.
 - f. Beban underwriting neto adalah jumlah beban yang dikeluarkan oleh perusahaan reasuransi untuk mendapatkan, memelihara, dan menyelesaikan kerugian suatu pertanggungan
 3. Pendapatan dan beban non operasional
 - a. Hasil underwriting adalah laba(rugi) dari suatu aktivitas utama yang dilakukan oleh reasuransi yang di dapat dari selisih pendapatan premi dan beban underwring (beban klaim dan beban komisi). Hasil uderwriting ini merupakan salah satu variabel yang membentuk laba bersih reasuransi dan juga digunakan dalam investasi.
 - b. Hasil investasi
 - c. Beban usaha, beban usaha adalah beban umum dan administrasi yang tidak berkaitan dengan kegiatan perusahaan, lalu di bukukan sebagai beban umum dan administrasi.
 - d. Laba usaha
 - e. Penghasilan atau beban lain-lain
 - f. Laba sebelum pajak
 - g. Pajak penghasilan
 4. Laba atau Rugi bersih perusahaan

Berikut peneliti berikan salah satu contoh penyusunan laporan laba rugi perusahaan asuransi dalam bentuk *multiple step*:

PT. Asuransi Y Laporan Laba Rugi 31 Desember 2020		
A. Pendapatan Premi :		
Premi Bruto	Rp xxxxxx	
Premi Reasuransi	(Rp xxxxxx)	
Penurunan (kenaikan) premi yang belum	(Rp xxxxxx)	
Jumlah Pendapatan Premi		<u>Rp xxxxxx</u>
B. Beban Underwriting		
Beban Klaim :		
Klaim Bruto	Rp xxxxxx	
Klaim Reasuransi	(Rp xxxxxx)	
Kenaikan (penurunan) estimasi klaim retensi sendiri	<u>Rp xxxxxx</u>	
Jumlah beban klaim	Rp xxxxxx	
Beban Komisi Neto	Rp xxxxxx	
Beban Underwriting lain Neto	<u>Rp xxxxxx</u>	
Jumlah Beban Underwriting	Rp xxxxxx	
C. Pendapatan dan Beban Non Operasional		
Hasil Underwriting		
Hasil Investasi	Rp xxxxxx	
Beban Usaha	(Rp xxxxxx)	
Laba Usaha	Rp xxxxxx	
Penghasilan (beban) lain-lain	Rp xxxxxx	
Laba Sebelum Pajak	Rp xxxxxx	
Pajak Penghasilan	(Rp xxxxxx)	
Laba/Rugi Usaha		<u>Rp xxxxxx</u>

Gambar 3
Bentuk Multiple Step - Reasuransi

2.1.2. Reasuransi

Reasuransi berasal dari kata belanda yaitu *reasantie*, awalan kata penambahan *re* di depan menunjukkan suatu pengulangan, sehingga reasuransi dapat di katakan sebagai asuransi yang diasuransikan kembali atau mengasuransikan kembali suatu asuransi yang telah diterima. Kalau dalam Bahasa Indonesia reasuransi itu adalah pertanggungungan ulang. Dari aspek teknis reasuransi dapat dilihat sebagai suatu mekanisme atau proses kerja sama antara dua penanggung atau lebih dalam rangka usaha untuk membagi risiko asuransi tersebut (Parera, 2021).

Menurut G.F. Michelbacher di dalam buku *Multiple line* menjelaskan pengertian reasuransi, bahwa reasuransi adalah suatu proses yang satu penanggung

mengatur dengan satu atau lebih penanggung lainnya untuk membagi risiko disebut reasuransi atau pertanggungan ulang atau reasuradur. Berdasarkan rumusan reasuransi diatas, Michelbacher mengartikan bahwa reasuransi sebagai suatu peroses dengan satu penanggung mengatur satu atau lebih penanggung lainnya dengan tujuan untuk membagi risiko (Parera, 2021).

Reasuransi atau *reinsurance* adalah mekanisme pengalihan kembali risiko-risiko suatu perusahaan asuransi atau penanggung atas sebagian atau seluruh risiko yang menjadi tanggungannya kepada perusahaan reasuransi atau *reinsurer* atau penanggung lainnya (Nasir, 2019). Perusahaan reasuransi adalah perusahaan yang menanggung ulang terhadap risiko yang dihadapi oleh perusahaan asuransi kerugian, perusahaan asuransi jiwa, perusahaan penjaminan, atau perusahaan reasuransi lainnya, sedangkan objek tertanggungnya adalah kepentingan perusahaan asuransi dalam melakukan perjanjian pihak penanggung jawab dengan tertanggung, sehingga tidak termasuk dalam Asuransi Rangkap (Subagiyo dan Salviana, 2019).

2.1.2.1. Sejarah Perkembangan Reasuransi

Sejarah perkembangan reasuransi tidak dapat dipisahkan dari sejarah dan perkembangan asuransi, karena adanya reasuransi untuk kepentingan asuransi. Artinya, untuk mengasuransikan kembali asuransi yang telah diterima pihak asuransi, tidak ada asuransi tanpa reasuransi demikian sebaliknya tidak ada reasuransi tanpa asuransi. Artinya kedua lembaga tersebut saling membutuhkan satu sama lain (Parera, 2021).

Menurut Parera (2021) sudah lebih dari 5 abad sebelum masehi, distribusi risiko adalah salah satu prinsip dalam pelaksanaan bisnis asuransi secara tidak sadar sudah dilaksanakan oleh para pedagang di Cina, Cina sudah melaksanakan pengiriman barang dagang melalui sungai Yang Tse Kiang dengan menggunakan perahu, praktik tersebut sama seperti 4 abad sebelum masehi yaitu pada zaman Yunani Kuno di kota sekitar Mediterania atau laut tengah yang dikenal dengan nama *Bottomry* dan *Respondia* praktik tersebut dilakukan dengan pinjaman yang diberikan oleh para pedagang kepada nahkoda atau pemilik kapal yang akan berlayar. Apabila yang di jadikan jaminan adalah kapal yang akan berlayar maka di

sebut *Bottomry*, lalu jika yang dijadikan jaminan adalah barang dagang atau muatan kapal maka di namakan *Respondia*.

Bisnis asuransi pertama adalah yang berhubungan dengan kegiatan pelayaran, baik yang menyangkut keamanan kapal yang kemudian berkembang menjadi *Marine Hull Insurance* yang di angkut kapal dalam suatu pelayaran (Parera, 2021). Menurut Carter, bisnis reasuransi pertama adalah reasuransi yang diberikan oleh Gustav Cruciger atas pelayaran dari Cadiz di semenanjung Gilbratar ke Sluys di negeri Belanda pada tahun 1370, sistem asuransi seperti itu tidak lazim dilaksanakan karena *term and conditions* reasuransi saat ini adalah *as original*.

Usaha reasuransi yang telah dilaksanakan tersebut terus berlangsung selama beberapa ratus tahun dan para pihak reasuransi sudah kehilangan ketajaman dalam *underwriting skill*, akibatnya mulai adanya kegiatan yang mirip, para penanggung tersebut selalu mengasuransikan kembali sebageian besar bahkan ada yang mengasuransikan semua asuransi yang telah diterima kepada penanggung lain yang akhirnya mengakibatkan kerugian bagi para pihak penanggung lain atau reasuransi karena penanggung pertama hanya mengharapkan komisi dari penanggung lain atau pihak reasuransi (Parera, 2021).

Di Kontinental Eropa usaha reasuransi terus dilaksanakan, akan tetapi di Inggris sudah dilarang sejak tahun 1746 dengan dikeluarkannya peraturan *Gambling Act* atau undang-undang perjudian dengan diberlakukannya *Gambling Act* maka banyak terjadi para penanggung underwriter atau pihak asuransi yang mengalami hambatan dalam kegiatan usahanya, maka *Gambling Act* dicabut pada tahun 1864. Berbagai sejarah yang diatas telah mendorong upaya untuk mendirikan perusahaan Reasuransi yang khusus hanya bergerak dalam usaha reasuransi saja, sehingga akan lebih professional atau akan lebih fokus dibandingkan dengan usaha asuransi yang merangkap sebagi usaha reasuransi (Parera, 2021).

2.1.2.2. Bentuk Usaha Reasuransi

Menurut Parera (2021) bentuk usaha reasuransi selalu berkembang di setiap zamannya dari mulai *individual underwriter*, *non specialist reinsurers* dan *specialist reinsurers*, berikut penjelasannya;

1. *Underwriter* Perorangan atau *individual underwriter*

Perkembangan asuransi dan reasuransi dimulai dari para pedagang di sekitar laut tengah dan Italia Utara, sebelumnya usaha asuransi dan reasuransi dilakukan secara sambilan. Setelah perjalanan sejarah beberapa abad, maka mulai terasa dibutuhkannya keahlian khusus sehingga timbul *underwriter* perorangan atau *individual underwriter* yang saat ini masih ada di *Lloyd of London*.

Setelah berkembangnya bentuk usaha dari *individual underwriter* yang berfungsi juga sebagai *Individual reinsurer*, lalu berkembang perusahaan asuransi sebagai penanggung yang merangkap juga sebagai perusahaan reasuransi atau pihak penanggung ulang. Pada tahap selanjutnya ada *Profesional Reinsurers* atau perusahaan reasuransi sehingga metode atau carfa melaksanakan reasuransi juga mengalami perubahan dan perkembangan sesuai dengan perkembangan industri asuransi.

2. Perusahaan Asuransi sebagai Reasuransi (*Non Specialist Reinsurers*)

Persaingan di antara sesama perusahaan asuransi sangat ketat, sangat tertutup dan menjaga kerahasiaan para nasabah masing-masing dan tidak ada yang mempunyai hubungan bisnis satu sama lain. Setelah berkembang mulai terasa kekurangan kapasitas diantara para pelaku asuransi yang mengakibatkan timbul keinginan untuk kerja sama menerima suatu objek pertanggungan dengan setiap bagian yang telah di sepakati oleh pihak masing-masing dengan sesuai kemampuan masing-masing, kerja sama tersebut dalam bentuk bisnis reasuransi yang menawarkan kepada pihak lain sebagian dari nilai pertanggungan yang melebihi kapasitas atau retensinya sendiri.

3. Perusahaan Reasuransi (*Specialist Reinsurers*) atau Reasuradur Profesional

Dinamakan *Specialist Reinsurers* karena mereka hanya berusaha dalam bidang reasuransi saja dan hanya berhubungan dengan pihak asuransi sebagai rekan bisnis atau pemberi bisnis. Di Indonesia *Specialist Reinsurers* dinamakan *professional reinsurers* (Prof-Re) atau *reasuradur professional*, akan tetapi pemerintah membatasi penerimaan premi dari perusahaan asuransi di sektor reasuransi tidak boleh lebih dari 1/3 (sepertiga) jumlah penerimaan suatu premi dari pihak asuransi.

2.1.2.3. Metode Reasuransi

Menurut Nasir (2019) terdapat metode Reasuransi yang di terapkan oleh perusahaan Reasuransi yaitu;

1. Treaty

Treaty adalah suatu perjanjian tertulis antara pihak perusahaan asuransi dengan pihak perusahaan reasuransi, di mana pihak perusahaan asuransi mereasuransikan atau memberikan session kepada pihak perusahaan reasuransi maka pihak reasuransi akan secara otomatis mendapatkan sesi tersebut selama sesi tersebut sesuai dengan persyaratan atau ketentuan yang tercantum dalam perjanjian antara dua belah pihak, untuk metode ini biasanya dalam persyaratan tersebut akan di buat oleh pihak reasuransi suatu portfolio bisnis yang di dalam tersebut ada masa periode atau kontrak antara pihak reasuransi dan asuransi selama 12 bulan atau tahunan.

Menurut Nasir (2019) untuk program treaty secara garis besar dibagi menjadi dua jenis, yaitu proporsional dan non proporsional;

- a. Treaty Proporsional, di dalam treaty proporsional terdapat 2 kategori yaitu;
 - i. *Quota Share*, yaitu suatu reasuransi di mana pembagian saham atau share risiko antar perusahaan asuransi dan perusahaan reasuransi terkait ditentukan dalam suatu *presentase* yang tetap atau sesuai dengan aturan.
 - ii. *Surplus Treaty*, yaitu suatu reasuransi dimana perusahaan reasuransi akan menanggung kelebihan suatu risiko atas risiko perusahaan asuransi itu sendiri yang berkaitan dengan sesuatu dengan limit atau batas dalam kapasitas perjanjian maksimum yang disepakati, kapasitas perjanjian maksimum dinyatakan dalam baris, dimana setiap satu baris adalah milik perusahaan asuransi retensi sendiri, dalam surplus treaty perusahaan asuransi memiliki kebebasan untuk menentukan besaran retensinya sendiri untuk setiap risiko yang dibebankan kepada perusahaan reasuransi.
- b. Treaty Non-Proporsional, di dalam treaty non proporsional terdapat tiga kategori yaitu;
 - i. *Excess of Loss*, *Excess of Loss* yaitu jenis reasuransi dimana perusahaan reasuransi hanya akan mengalami kerugian jika jumlah kerugian melebihi jumlah yang ditahan (*net retention*) oleh perusahaan asuransi (*ceding*

company), tanggung jawab maksimum perusahaan reasuransi juga terbatas pada jumlah tertentu yang disebut batas pertanggungan atau *cover limit*.

- ii. Stop Loss atau Excess of Loss Ratio, Stop Loss atau Excess of Loss Ratio yaitu jenis reasuransi dimana dasar penentuan kewajiban perusahaan asuransi dan perusahaan reasuransi dinyatakan dalam bentuk perbandingan persentase antara pendapatan premi dan klaim (*loss ratio*), hampir sama dengan *Excess of Loss* namun dengan perbedaan tanggung jawab perusahaan asuransi dan perusahaan reasuransi dinyatakan dalam akumulasi Loss Ratio, yaitu perbandingan antara klaim yang terjadi dengan premi yang diterima dalam jangka waktu tertentu, kewajiban perusahaan reasuransi dalam perjanjian ini adalah jika *Loss Ratio* perusahaan asuransi telah melebihi *loss ratio* yang telah ditentukan sebelumnya.
- iii. *Aggregate Excess of Loss*, *Aggregate Excess of Loss* yaitu jenis reasuransi dimana hanya perusahaan asuransi yang menentukan jumlah kerugian atau *aggregate netretention* untuk tahun tertentu atau *underwriting year* yang disebut dengan *underlying retention*, perusahaan reasuransi akan bertanggung jawab atas kelebihan kerugian atas *underlying retention* yang mendasari perusahaan asuransi terkait, hampir sama dengan *Stop Loss Treaty* namun total *underlying retention* perusahaan asuransi dan kewajiban perusahaan reasuransi dinyatakan dalam jumlah tertentu.

2. Fakultatif

Fakultatif merupakan suatu perjanjian antara perusahaan asuransi dan perusahaan reasuransi yang di dalam perjanjian tersebut pihak asuransi dapat bebas untuk menentukan apakah akan mereasuransikan risiko yang ditanggungnya atau tidak dan perusahaan reasuransi dapat memilih atau menentukan dapat menerima atau menolak risiko yang direasuransikan oleh perusahaan asuransi, dalam metode fakultatif risiko ini yang akan direasuransikan dapat dijelaskan dengan cara individual atau kasus per kasus kepada perusahaan reasuransi dengan menyampaikan informasi penting yang di dalamnya terdapat fakta-fakta penting (*material fact*) mengenai risiko tersebut, syarat dan kondisi pertanggungan, jumlah retensi perusahaan asuransi terkait,

suku premi yang berlaku, dan hal lain yang menurut perusahaan asuransi terkait perlu untuk disampaikan.

2.1.2.4. Premi Reasuransi

Premi reasuransi yang merupakan prasyarat utama berlakunya perjanjian reasuransi, tanpa pembayaran premi oleh pananggung atau *ceding company*, tidak akan ada pembayaran klaim oleh pananggung ulang atau *reinsurer*. di dalam perjanjian reasuransi bahwa pembayaran premi adalah persyaratan utama dalam perjanjian dengan metode *treaty* maupun *facultative*. Khusus untuk *facultative reinsurance* sering diberlakukan pembayaran premi yang dikenal dengan nama *Warrantly Payment Clause* (W.P.C) atau *Premium Payment Clause*. Jika disebutkan bahwa “WPC 60 days” berarti *ceding company* harus membayar premi reasuransi secepatnya, namun tidak lebih dari 60 hari, jika premi tersebut belum dibayar setelah 60 hari, proteksi reasuransi ditunda hingga pembayaran premi tersebut dapat dilunasi, jika terdapat klaim sebelum pembayaran premi tersebut lunas maka pihak reasuradur tidak berkewajiban membayar klaim (Parera, 2021).

2.1.2.5. Penggantian atau Klaim Reasuransi

Penggantian atau pembayaran ganti rugi atas seluruh atau sebagian kerugian yang diderita oleh perusahaan asuransi hanya dapat dilaksanakan karena adanya kewajiban perusahaan asuransi untuk membayar klaim kepada pihak reasuransi, jika pihak asuransi tidak wajib membayar klaim maka pihak penanggung atau pihak reasuransi tidak perlu dan tidak wajib membayar kerugian pihak asuransi tersebut (Parera, 2021).

Dalam kasus tertentu, asuransi terkadang dapat membayar atas dasar *goodwill* artinya setiap kelebihan uang yang dibayarkan untuk membeli sebuah perusahaan yang melebihi nilai buku bersih asset berwujud. *Goodwill* dapat mencerminkan asset tak berwujud perusahaan seperti reputasi baik, loyalitas pelanggan dan keahlian manajemen. Selain berdasarkan *goodwill*, klaim dibayarkan ke pihak asuransi atas dasar pertimbangan *business* yang disebut pembayaran klaim secara *ex-gratia*, artinya pembayaran klaim secara kebijaksanaan untuk klaim yang sebenarnya tidak di jamin dalam polis. Pembayaran klaim ini semata-mata atas

pertimbangan faktor-faktor non teknis, termasuk *business consideration* atau hubungan baik. Untuk pembayaran *ex-gratia* atau klaim yang tidak dijamin oleh polis dibayar tidak *full* dan tidak mengambil porsi reasuransi (*facultative*), walaupun menurut aspek teknis asuransi klaim tersebut tidak dibayar (tidak dijamin menurut kondisi polis) (Parera, 2021)

Dalam praktik umumnya pembayaran *ex-gratia* oleh pihak asuransi hanya dapat disetujui oleh perusahaan reasuransi apabila dimintakan persetujuan terlebih dahulu. Tidak ada ketentuan yang mewajibkan reasuradur untuk menyetujuinya, kewajiban reasuradur untuk membayar klaim hanya akan timbul apabila pihak asuransi wajib membayar klaim kepada tertanggung menurut syarat-syarat dan kondisi pertanggungan seperti yang tercantum dalam polis asuransi (Parera, 2021).

2.1.2.6. Perbedaan Reasuransi dan Asuransi

Menurut Parera (2021) terdapat perbedaan antara reasuransi dan asuransi, perbedaan-perbedaan tersebut dapat di jelaskan sebagai berikut;

1. Posisi pihak-pihak dalam perjanjian

Dalam perjanjian asuransi terdapat perbedaan antara posisi tertanggung dan penanggung, di asuransi pihak tertanggung berada pada posisi yang relatif lebih lemah terutama dilihat dari aspek pengetahuan mengenai syarat-syarat dan kondisi penanggung terdapat dalam polis. Dalam perjanjian reasuransi kedua belah pihak dianggap sama-sama mengetahui syarat-syarat dan kondisi penanggung yang merupakan dasar perjanjian reasuransi.

2. Kepentingan yang di pertanggungkan

Dalam perjanjian asuransi kepentingan yang dipertanggungkan atau *subject matter of insurance* adalah kerugian keuangan yang diderita oleh pihak tertanggung karena kehilangan atau *loss of or damage to* harta benda yang dipertanggungkan, cedera, meninggalnya orang yang dipertanggungkan atau kewajiban hukum tertanggung untuk membayar satuan atau ganti rugi terhadap pihak ketiga. Kalau perjanjian reasuransi kepentingan yang diasuransikan adalah kewajiban penanggung untuk membayar klaim jika pihak penanggung tidak bisa membayar klaim, reasurandur pun tidak wajib membayar kepada asuradur maka perjanjian tersebut dapat disebut sebagai *Contractual Liability*.

3. Bisnis asuransi pada umumnya bersifat Nasional

Bahwa pihak pertanggung, tertanggung dan penanggung tunduk kepada sistem hukum yang berlaku atau yang berada dalam wilayah suatu negara. Di pihak lain bisnis reasuransi bersifat internasional, bersifat antarnegara dan antar bangsa.

2.1.3. Reasuransi Jiwa

Reasuransi jiwa sama seperti reasuransi umum menyediakan pertanggung untuk risiko yang nilainya melebihi kemampuan sendiri (retensi) *Ceding*, tujuan dari *ceding* adalah untuk menstabilkan kinerja keuangan perusahaan dari portofolio risikonya dan untuk meningkatkan kemampuan meng-*underwrite* risiko dari pihak tertanggung (Parera, 2021).

Menurut Parera (2021) bahwa reasuransi jiwa dapat ikut menanggung risiko kerugian akibat kematian, beban suku bunga dan loading pada produk asuransi jiwa yang berjangka atau asuransi jiwa secara keseluruhan, pada negara-negara lain biasanya risiko-risiko yang terjadi pada asuransi jiwa seluruhnya akan di ahlikan dari perusahaan asuransi ke perusahaan reasuransi.

2.1.3.1. Sejarah Reasuransi Jiwa

Pada tahun 1953, berdiri satu perusahaan swasta nasional yang bergerak di bidang reasuransi dari Belanda dan Inggris yang berdiri di Indonesia, saat itu transaksi untuk membayar premi reasuransi ke luar negeri juga masih besar, untuk menanggulangi hal tersebut maka di dirikanlah pada tahu 1954 sebuah perusahaan reasuransi professional yakni PT. Reasuransi Umum Indonesia yang telah mendapatkan juga dukungan dari beberapa bank-bank pemerintahan (Parera, 2021).

Perusahaan tersebut mengeluarkan peraturan-peraturan yang mengikat untuk perusahaan-perusahaan asuransi asing agar dapat menggunakan jasa perusahaan reasuransi nasional tersebut, langkah yang diambil oleh pemerintah dalam hal ini memberikan hasil yang diharapkan, lalu perusahaan tersebut memperluas kegiatan pada tahun 1963 terdapat kegiatan reasuransi jiwa (Parera, 2021).

Akibat kemajuan dan pengembangan produk-produk baru asuransi jiwa untuk menyesuaikan era angka kelahiran rendah dan masyarakat yang terus semakin

menua kebutuhan akan reasuransi untuk asuransi jiwa akan terus meningkat setiap tahunnya, oleh karena itu kualitas dan volume transaksi pasar reasuransi jiwa juga ikut meningkat di setiap tahunnya (Parera, 2021).

2.1.3.2. Metode Reasuransi Jiwa

Menurut Parera (2021) reasuransi jiwa dapat di kelompokkan berdasarkan perbedaan prosedur dan metode pembagian tanggung jawab atas risiko atau *sharing liability*. Lalu terdapat beberapa metode pengalihan risiko reasuransi jiwa yang berdasarkan dengan cara mengatur cadangan premi atau *premium reserve*. Berikut penjelasan terkait metode reasuransi jiwa;

1. Risk Premium Reinsurance Plan

Metode reasuransi dengan nilai risiko yang direasuransikan dengan berdasarkan nilai pertanggungan polis (*sum insured*) dikurangi dengan cadangan polis, hasil dari pengurangan tersebut sama seperti nilai risiko murni kematian (*pure mortality risk*) dari polis yang bersangkutan, nilai tersebut dikenal dengan nama *sum at risk*.

Pada jenis asuransi jiwa dengan nilai *sum at risk* menurun dan meningkatnya cadangan polis maka nilai yang di tanggung oleh reasuransi juga akan menurun secara proporsional terhadap *sum at risk polis*.

2. Coinsurance Plan (Koasuransi)

Perusahaan Reasuransi yang menggunakan metode koasuransi akan menanggung risiko *liability* dengan kondisi dan syarat yang sama dengan polis. Maka dari itu perusahaan reasuransi tidak hanya ikut menanggung keuntungan atas kerugian mortalitas seperti pada *risk premium reinsurance plan* akan tetapi perusahaan reasuransi juga menanggung keuntungan atau kerugian biaya atau *expense profit*, lalu menanggung keuntungan atau kerugian suku bunga atau *interest profit* dan risiko lainnya.

3. Modified Coinsurance Plan

Metode ini bertujuan membebaskan reasuransi dari risiko laba atau rugi suku bunga yang terjadi pada metode *coinsurance*. Pada perusahaan reasuransi yang menggunakan metode *modified coinsurance plan* pihak ceding tidak mengalihkan risiko investasi kepada perusahaan reasuransi akan tetapi

menyimpan sejumlah dana yang besarnya sama dengan cadangan premi asuransi dan bertanggung jawab atas investasi tersebut. Akibatnya dengan menggunakan metode ini perusahaan reasuransi menanggung risiko laba atau rugi mortalitas dan biaya.

2.1.3.3. Perantara Reasuransi (*Reinsurance Intermediaries*)

Menurut (Parera, 2021) perantara reasuransi adalah badan usaha yang bergerak dalam bidang jasa keperantaraan reasuransi. Perantara ini berfungsi sebagai mediator antara penjual dan pembeli jasa reasuransi. Terdapat dua jenis mediator dalam perantara reasuransi, yaitu *underwriting agent* dan *reinsurance brokers*, berikut penjelasan *underwriting agent* dan *reinsurance brokers*:

1. *Underwriting agent*

Sesuai dengan ketentuan yang sudah ada tentang perantara reasuransi, maka *underwriting agent* bertindak untuk dan atas nama pemberi kuasa atau reasurador. *Underwriting agent* dapat memperoleh kepercayaan dari satu atau beberapa reasurador dalam bentuk binding authority (seperti surat kuasa atau kekuasaan yang telah di berikan kepada *underwriting agent* dan menerima bisnis reasuransi untuk para reasurador tersebut).

Underwriting agent bertanggung jawab kepada *underwriting* sesuai dengan ketentuan-ketentuan mengenai hubungan *principal and agent*.

2. *Reinsurance brokers*

Reinsurance brokers adalah suatu badan hukum yang dibentuk dalam rangka memenuhi kebutuhan masyarakat akan suatu badan yang dapat membantu tertanggung dalam mengasuransikan kembali sebagian preminya dan mendampingi pada saat terjadi klaim.

Reinsurance brokers di bentuk dalam badan hukum dan harus memiliki izin dari Departemen keuangan dengan persyaratan cukup ketat dan diatur secara jelas dalam UU Nomor 2 tahun 1992, lalu peraturan pemerintah Nomor 73 tahun 1992 dan dalam keputusan Menteri Keuangan RI Nomor 226/KMK.0171993.

2.2. Review Penelitian Terdahulu

Penelitian yang dilakukan oleh Firdaus dan Akmal (2019) Penelitian ini dilakukan di PT. Asuransi Jiwasraya (persero) Area Lhokseumawe, tujuan penelitian ini untuk menganalisis penerapan akuntansi pembayaran klaim asuransi Jiwasraya sistem informasi dalam meningkatkan pelayanan klaim asuransi jiwa kepada pihak nasabah. Analisis data tersebut dilakukan dengan mengorganisasikan data, lalu menjabarkannya ke dalam unit-unit terkait, melakukan percobaan yang menghasilkan hasil baru, lalu di susun ke dalam pola, lalu memilih dari beberapa data yang ditemukan untuk melihat mana yang penting dan yang akan dipelajari, dan membuat kesimpulan yang dapat diceritakan kepada orang lain. Adapun dalam penelitian ini analisis data yang digunakan adalah sebagai berikut:

1. Analisis struktur dan bagian yang terkait
2. Analisis dokumen yang digunakan
3. Analisis prosedur yang diterapkan dalam proses pengajuan sampai pembayaran klaim
4. Analisis sistem informasi akuntansi pembayaran klaim yang dilakukan selama ini oleh perusahaan PT. Asuransi Jiwasraya (persero) Area Lhokseumawe.

Metode yang digunakan dalam penelitian Firdaus dan Akmal (2019) dengan menggunakan metode deskriptif - Kuantitatif yaitu mengumpulkan data-data yang berasal dari perusahaan Asuransi Jiwasraya (persero) Area Lhokseumawe. Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer data secara langsung melalui hasil wawancara dengan karyawan Perusahaan Asuransi Jiwasraya, dan nasabah. Hasil dari penelitian Firdaus dan Akmal (2019) dapat disimpulkan bahwa penerapan sistem informasi akuntansi pembayaran klaim asuransi jiwa untuk tingkat pelayanan dalam pembayaran klaim sesuai pernyataan nasabah masih belum tepat waktu sesuai dengan yang di tetapkan oleh perusahaan sebagaimana mestinya. Oleh karena itu pelayanan ketepatan waktu selalu menjadi keluhan para nasabah terkait kepuasan pelanggan Asuransi Jiwasraya dalam pembayaran klaim terhadap pemegang polis perusahaan PT. Asuransi Jiwasraya (persero) Area Lhokseumawe sehingga pelayanan belum dapat memuaskan para nasabah.

Penelitian yang dilakukan oleh Kurrohman *et al.* (2021) mengenai Aktualisasi klaim asuransi pada lembaga asuransi jiwa syariah berdasarkan prinsip syariah, tujuan penelitian ini untuk mengetahui apakah klaim asuransi jiwa syariah sudah berdasarkan prinsip-prinsip syariah dan untuk mengetahui hambatan-hambatan dalam pelaksanaan prinsip keadilan pada klaim asuransi bagi nasabah asuransi jiwa syariah berdasarkan prinsip syariah. Metode penelitian Kurrohman *et al.* (2021) menggunakan penelitian normative dan dianalisis secara kuantitatif dengan penguatan pada instrument data skunder dan primer yang kemudian di analisis berdasarkan metode kuantitatif. Hasil penelitian Kurrohman *et al.* (2021) menyatakan bahwa aktualisasi klaim asuransi jiwa pada lembaga asuransi jiwa syariah masih belum dilaksanakan sepenuhnya sesuai dengan prinsip syariah karena masih banyak aspek yang tidak jelas dalam akadnya dan terdapat hambatan dalam pelaksanaan asuransi jiwa syariah.

Penelitian yang dilakukan oleh Siswanto (2020) tentang dampak resiko keuangan dalam bisnis jasa keuangan perusahaan asuransi jiwa di era pandemic corona, penelitian ini bertujuan untuk melihat dampak risiko keuangan dari perusahaan jasa asuransi, melalui pendekatan literasi yang bersumber dari jurnal, peraturan perundang-undangan dan teori dari para ahli serta isu-isu yang berkaitan dengan perusahaan jasa asuransi di Indonesia, menurut penelitian tersebut perusahaan harus dapat menempatkan dana yang diperoleh dari pembayaran premi bertanggung pada sektor yang berpotensi sehingga masalah tidak terlalu besar di kedepannya. Metode yang dilakukan dalam penelitian Siswanto (2020) menggunakan metode kuantitatif dengan cara pendekatan studi literasi, mengkaji dari jurnal-jurnal penelitian yang sebelumnya dengan objek penelitian yang di kaji dalam jurnal yaitu mengenai perusahaan jasa keuangan asuransi. Hasil dari penelitian Siswanto (2020) bahwa resiko keuangan dalam bisnis asuransi harus dapat dikelola dengan baik oleh pihak manajemen, karena banyak perusahaan asuransi yang mengalami masalah akibat likuiditas, banyak perusahaan yang kesulitan dalam pembayaran klaim nasabah yang telah jatuh tempo, lalu permasalahan likuiditas yang telah dialami oleh perusahaan asuransi disebabkan karena terlalu agresifnya perusahaan dalam berinvestasi sehingga mengabaikan

prinsip kehati-hatian dan banyak yang terjebak dalam berinvestasi pada asset yang kurang likuid. Hal tersebut apabila mampu dijalankan dengan baik oleh perusahaan asuransi jiwa maka akan memberikan dampak pada tata kelola perusahaan yang baik, kegagalan dalam membayar klaim yang telah jatuh tempo dapat dihindari apabila perusahaan asuransi mampu menerapkan dengan kemampuan manajemen dalam menentukan investasi yang baik.

Penelitian yang dilakukan oleh Penira *et al.* (2020) tentang analisa dan perancangan sistem e-claim, penelitian ini dilakukan di PT. Asuransi Jiwa Syariah Bumiputera cabang medan perusahaan ini bergerak dibidang asuransi yang dijalankan dengan memperhatikan prinsip syariah, tujuan dari penelitian ini adalah memberikan gambaran umum terhadap pengembangan dari system yang sedang berjalan dengan menganalisis kelemahan dari system sebelumnya. Metode yang dilakukan dalam penelitian Penira *et al.* (2020) adalah menggunakan metode kuantitatif yaitu dengan cara observasi atau pengamatan langsung terhadap system klaim yang berjalan pada PT. Asuransi Jiwa Syariah Bumiputera cabang medan, lalu wawancara dengan staf karyawan PT. Asuransi Jiwa Syariah Bumiputera cabang medan yang berwenang dalam menangani system klaim dan terakhir peneliti juga melakukan melihat data di PT. Asuransi Jiwa Syariah Bumiputera cabang medan seperti catatan yang berhubungan dengan klaim kecelakaan. Hasil dari penelitian Penira *et al.* (2020) pada PT. Asuransi Jiwa Syariah Bumiputera cabang medan bahwa perusahaan tersebut sudah memiliki system informasi untuk mengelola data dan transaksi yang ada. Namun, dalam penetapannya masih belum efisien karena dalam melakukan pengajuan klaim masih ada prosedur yang dilakukan secara manual dan menggunakan media kertas, untuk hal tersebut maka perlu dirancang suatu pembaruan system web yang lebih efektif.

Penelitian yang dilakukan oleh Kumar dan Associate (2022) membahas tentang *analysis of impact on the indian reinsurance market due to covid-19* atau analisis dampak pada pasar reasuransi India karena covid-19, penelitian ini untuk menganalisis dampak covid-19 terhadap klaim kematian yang dibayarkan oleh perusahaan asuransi jiwa di India dan mengakibatkan kerugian yang di derita oleh

pihak perusahaan reasuransi. Tujuan penelitian ini untuk melihat pengalaman klaim rasuransi di pasar asuransi jiwa yang ada di India akibat kematian sebelum dan sesudah covid-19 yang mengalami kerugian pada perusahaan reasuransi. Metode yang digunakan dalam penelitian Kumar dan Associate (2022) yaitu mengumpulkan data-data yang berasal dari penelitian sebelumnya tentang dampak klaim asuransi jiwa saat pandemi covid-19 yang ada di India dan dibandingkan dengan klaim asuransi jiwa sebelum pandemi covid-19. Untuk data yang digunakan oleh peneliti tersebut adalah data sekunder. Hasil dari penelitian Kumar dan Associate (2022) mendapatkan hasil bahwa klaim kematian komparatif dalam INR dalam satuan crore (sistem angka india) untuk periode tahun 2020 – 2021 dan laporan tahunan pada tahun 2021 – 2022 terlihat bahwa semua industri asuransi jiwa menerima jumlah klaim yang lebih tinggi dari pada periode tahun 2021 – 2022 dibandingkan dengan periode tahun 2020 – 2021, terlihat bahwa rata-rata industri asuransi jiwa di India menerima klaim sekitar 187% lebih tinggi dibandingkan periode yang sama dengan tahun sebelumnya, kerugian reasuransi di India telah menyebabkan kenaikan tariff premi reasuransi sebesar 30% sampai 40%. Penelitian ini menyimpulkan bahwa covid-19 telah membuat dampak besar pada pasar asuransi jiwa India dengan klaim meningkat sekitar tiga kali lipat dari klaim sebelum terjadi covid-19. Namun, karena batas retensi yang rendah oleh perusahaan asuransi jiwa, perusahaan reasuransi juga mengalami kerugian yang telah menghapus keuntungan selama beberapa tahun terakhir dan mungkin perlu beberapa tahun lagi di masa depan untuk memulihkan kerugian.

Penelitian yang dilakukan oleh Chowdhury (2021) tentang *a review of literature on the life insurance business of Bangladesh and the impact of covid-19 pandemic on the industry* atau tinjauan literatur tentang bisnis asuransi jiwa Bangladesh dan dampak pandemi covid-19 pada Industri, dalam penelitian ini bertujuan untuk memberikan tinjauan komprehensif kepada karya yang dilakukan terhadap prospek dan permasalahan perusahaan asuransi jiwa dalam Bangladesh, dan penelitian ini juga berfokus pada informasi yang tersedia terkait dengan dampak pandemi Covid-19 pada perekonomian dan industri asuransi jiwa Bangladesh. Metode yang digunakan dalam penelitian Chowdhury (2021)

menggunakan metode kualitatif yaitu mengumpulkan data-data yang berasal dari penelitian sebelumnya. Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder. Kemudian, berdasarkan dampak pandemi Covid-19 terhadap faktor-faktor peluang pasca pandemi dari perusahaan asuransi jiwa yang beroperasi di Bangladesh telah teridentifikasi. Hasil dari penelitian Chowdhury (2021) menunjukkan bahwa kebijakan seperti produk berbasis deposito yang memberikan pengembalian setelah jatuh tempo asuransi atau membayar jumlah yang telah ditentukan oleh kontrak kepada orang tertentu karena kematian pemegang polis, selain itu juga dapat menutupi kerugian pemegang polis atas kematian dan kecelakaan akan tetapi sebagian besar warga yang berada di Bangladesh lebih suka menyimpan tabungan mereka di bank komersial daripada membeli polis asuransi jiwa. Lalu menurut (Parera, 2021) pandemi Covid-19 telah mempengaruhi industri asuransi negara secara signifikan selama dua kuartal pertama tahun 2020 di karenakan perdagangan yang tertekan akibat diadakan secara *local* dan internasional, larangan lokal dan transportasi internasional, hal ini berdampak pada penurunan pertumbuhan premi bruto yang dipungut oleh perusahaan asuransi jiwa maupun non-jiwa.

2.3. Kerangka Konseptual Penelitian

2.3.1. Kerangka Fikir

Dari review penelitian sebelumnya maka dapat disusun kerangka pemikiran yang berdasarkan paparan variabel terkait pada penelitian ini:



Gambar 4
Kerangka Pemikiran