

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Kebakaran menjadi salah satu risiko yang mengancam para pelaku usaha di bidang industri dan masyarakat, karena akibat yang ditimbulkan sangat merugikan. Kerugian yang didapat berupa kerusakan bahkan kehancuran properti, aset, dan juga dapat menyebabkan cedera serta jatuhnya korban jiwa (Novita Affuwani et al., 2021). Untuk mengelola risiko ini, perusahaan industri dan masyarakat umumnya mengandalkan mekanisme perlindungan keuangan melalui asuransi kebakaran sebagai bentuk transfer risiko. Melalui Polis Standar Asuransi Kebakaran Indonesia, pemilik polis dapat melindungi aset-aset penting dari kerugian yang diakibatkan oleh kebakaran, sambaran petir, ledakan, kerusakan, dan peristiwa lainnya.

Asuransi berawal dari praktik solidaritas sosial masyarakat kuno dalam menghadapi risiko. Perkembangan signifikan terjadi pada abad ke-17, ketika teori *probabilitas* digunakan untuk menghitung premi dan menjadi dasar hidup aktuaria modern. Setelah adanya peristiwa *Great Fire of London* pada tahun 1666, yang menimbulkan kerugian besar dan melahirkan perusahaan asuransi kebakaran pertama, yaitu *Fire Office*, pada tahun 1680. Asuransi jiwa mulai berkembang pada abad ke-18 melalui perhitungan premi berbasis usia. Seiring revolusi industri, cakupan asuransi meluas ke berbagai bidang seperti kesehatan, kecelakaan kerja, dan *reassurance*. Pada abad ke-21, asuransi menghadapi risiko baru seperti terorisme dan perubahan iklim, namun, tetap berfungsi sebagai mekanisme penyebaran risiko yang utama (Corporate, 2017). Di Indonesia, konsep asuransi diperkenalkan pada masa kolonial Belanda melalui perusahaan asuransi milik pemerintah Hindia Belanda. Kemudian, perkembangan asuransi nasional meningkat pesat setelah kemerdekaan Indonesia, hingga terbentuknya sistem regulasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK). Hingga saat ini, industri asuransi di Indonesia diatur berdasarkan regulasi atau peraturan OJK No. 69/POJK.05/2016,

dengan salah satu produknya adalah Polis Standar Asuransi Kebakaran (PSAKI).

Berdasarkan Undang-Undang No.40 Tahun 2014 Tentang Perasuransian, asuransi adalah perjanjian antara perusahaan asuransi dan pemegang polis, di mana perusahaan asuransi akan menerima premi sebagai imbalan untuk memberikan penggantian atas kerugian, biaya, atau tanggung jawab hukum akibat peristiwa tidak pasti, atau pembayaran terkait meninggal atau hidupnya tertanggung sesuai manfaat yang ditetapkan. Kendati demikian, industri perasuransian memiliki masalah kompleks yang harus dihadapi. Masalah tersebut adalah munculnya sikap *moral hazard* dan tindakan *fraud* dalam berbagai bentuk, yang belakangan ini semakin merebak baik ditinjau dari segi lingkup, wujud, maupun dampak nilai moneternya (Sendra, 2017).

Secara struktural, praktik asuransi terdiri dari beberapa lapisan. Perusahaan asuransi (*Insurer*) berperan langsung sebagai penanggung utama, sementara perusahaan reasuransi (*Reinsurer*) bertugas untuk menanggung kembali sebagian risiko yang diambil oleh penanggung untuk menjaga stabilitas portofolio risiko. Ketika terjadi peristiwa kerugian, terutama peristiwa kerugian yang diakibatkan oleh kebakaran. Perusahaan asuransi biasanya menunjuk pihak ketiga yang bersifat independent, yaitu *Loss Adjuster* untuk melakukan investigasi dan verifikasi klaim (Rejda et al., 2020).

Identifikasi polis oleh *loss adjuster* memiliki peran strategis dalam mendeteksi potensi *fraud* dalam klaim asuransi. Berdasarkan UU No.40 Tahun 2014 dan POJK No. 69/POJK.05/2016, *loss adjuster* berkewajiban melakukan verifikasi terhadap keabsahan polis sebelum menilai klaim. Proses ini mencakup pengecekan terhadap masa berlaku pertanggungan, cakupan risiko, nilai pertanggungan, serta klausul khusus dalam polis. Ketidaksesuaian antara klaim dan isi polis dapat menjadi indikator awal terjadinya *fraud*, seperti pengajuan klaim atas kejadian di luar masa perlindungan atau pengelembungan nilai kerugian. Pedoman Asosiasi

Penilai Kerugian Asuransi Indonesia (APKAI) menegaskan bahwa pentingnya independensi dan objektivitas *loss adjuster* dalam menyelidiki setiap klaim. Dengan demikian, regulasi yang ada tidak hanya mengatur prosedur kerja *loss adjuster*, tetapi juga mendukung peran *loss adjuster* dalam menjaga integritas sistem klaim melalui identifikasi dini terhadap indikasi *fraud*.

Terdapat motif utama di balik tindakan penipuan asuransi yang pada dasarnya bersifat ekonomis, yakni untuk memperoleh keuntungan finansial. Secara umum, kecurangan dalam asuransi dapat diklasifikasikan ke dalam tiga dimensi utama. Pertama dimensi subjek yang merujuk pada pelaku penipuan, kedua dimensi waktu yang mencakup fase proses klaim, dan ketiga, dimensi perilaku, yaitu berupa tindakan (*soft fraud*) maupun penipuan yang direncanakan secara sistematis (*hard fraud*) (Sendra, 2017). Menurut (Sendra, 2017), penting untuk memberikan pemahaman dan kesadaran kepada konsumen asuransi mengenai kegiatan pada sektor jasa keuangan. Untuk memberikan pemahaman dan kesadaran tersebut dapat dilakukan oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK) dengan cara melakukan pengaturan, pengawasan, pemeriksaan, penyidikan konsumen dan masyarakat, serta melakukan sosialisasi dan literasi.

Tindakan *fraud* dalam asuransi merupakan salah satu tantangan utama yang dihadapi oleh industri keuangan dan menjadi perhatian serius dalam sistem manajemen risiko. Menurut penelitian (Bani & Siregar, 2025), praktik *fraud* pada klaim asuransi umum dapat terjadi melalui pemalsuan dokumen, *overclaim*, dan rekayasa kejadian yang kerap tidak terdeteksi tanpa pendekatan audit forensik. Mereka menekankan pentingnya penggunaan teknologi audit serta data mining untuk meningkatkan efektivitas deteksi kecurangan dalam proses klaim. Sementara itu, studi oleh (Inggi & Achadi, 2021), yang berfokus pada sistem asuransi Kesehatan nasional di Indonesia mengungkapkan bahwa masih terdapat celah dalam kebijakan perlindungan konsumen yang menyebabkan rendahnya efektivitas pengendalian *fraud*. Hal ini disebabkan oleh lemahnya pengawasan, koordinasi antara lembaga, dan kurangnya literasi asuransi di kalangan masyarakat. Kajian yang lebih luas

dilakukan oleh (Villegas-Ortega et al., 2021), dalam *scoping review* selama empat belas tahun mengidentifikasi lebih dari dua puluh dua bentuk manifestasi *fraud* dan empat puluh tujuh faktor penyebab yang mencakup aspek sistematis dan perilaku individu. Penelitian tersebut menegaskan bahwa *fraud* asuransi bukan hanya disebabkan oleh niat jahat tertanggung, namun juga oleh lemahnya sistem verifikasi internal perusahaan asuransi. Melalui berbagai studi ini, terlihat bahwa *fraud* dalam asuransi bersifat kompleks dan multidimensi, serta memerlukan pendekatan yang menyeluruh dari sisi regulasi, teknologi, edukasi, hingga investigasi teknis. Penelitian ini bertujuan untuk memberikan kontribusi pada penguatan proses validasi klaim asuransi, dengan menekankan pentingnya temuan lapangan selama proses investigasi kebakaran sebagai dasar evaluasi terhadap indikasi *fraud*. Namun demikian, Sebagian besar penelitian terdahulu yang membahas tentang deteksi *fraud* dalam asuransi masih berfokus pada sektor asuransi jiwa dan kesehatan, serta lebih menekankan pada pendekatan audit forensik, penggunaan teknologi seperti *machine learning*, maupun evaluasi kebijakan pengawasan.

Belum banyak kajian yang secara khusus membahas bagaimana analisis teknis kebakaran, terutama yang berbasis metode ilmiah seperti FTIR, TGA, GC-MS, dan SEM, dapat dimanfaatkan sebagai alat objektif dalam proses verifikasi klaim asuransi kebakaran. Selain itu, studi mengenai keterkaitan antara analisis teknis kebakaran dengan deteksi indikasi *fraud* maupun sikap moral hazard dalam asuransi kebakaran industri di Indonesia masih sangat terbatas. Padahal, pendekatan berbasis bukti fisik dan ilmiah sangat penting untuk memperkuat validitas klaim serta menjaga integritas sistem perasuransian dari tindakan penyimpangan yang merugikan. Oleh karena itu, penelitian ini hadir untuk mengisi kekosongan tersebut dengan mengkaji peran strategis temuan lapangan yang didukung analisis teknis dalam mendeteksi ketidaksesuaian klaim dan potensi kecurangan.

Penelitian ini mengambil studi kasus kebakaran pada gudang plastik PT.X yang menyediakan sebuah fasilitas penyimpanan dan pengolahan material plastik dalam jumlah besar. PT.X berada di Kawasan Pantai Indah

Dadap, Tangerang, mengajukan klaim asuransi atas kebakaran yang merusak bangunan, persediaan material termasuk truk bermuatan plastik siap kirim, serta peralatan kerja. Namun, berdasarkan hasil temuan lapangan dan pengujian laboratorium menunjukkan sejumlah kejanggalan seperti tidak ditemukannya residu plastik dalam truk yang terbakar, tidak adanya sisa perangkat elektronik, dan pemutusan sumber listrik tepat sebelum terjadinya kebakaran. Temuan-temuan tersebut mengarah pada adanya indikasi tindakan *fraud*, yang merupakan bentuk penyalahgunaan sistem asuransi melalui pelaporan informasi yang tidak benar guna memperoleh keuntungan finansial (Rejda et al., 2020).

Penelitian ini meninjau kembali kasus kebakaran gudang plastik PT.X yang telah selesai secara administratif, untuk menjelaskan hubungan antara hasil investigasi kebakaran, bukti ilmiah, dan keputusan klaim asuransi. Dengan pendekatan yang bersifat *cold case explanatory*, penelitian ini tidak hanya mendeskripsikan temuan, tetapi juga memastikan validitas klaim, serta menjadikan investigasi kebakaran sebagai instrumen penting dalam mendeteksi potensi penyimpangan yang dapat mengarah pada sikap moral hazard maupun tindakan fraud. Analisis dilakukan dengan merujuk pada standar NFPA 921, yang memungkinkan identifikasi asal-usul api, pola kerusakan, serta kesesuaian antara laporan klaim dengan bukti fisik yang terdokumentasi melalui temuan lapangan. Hasil analisis ini menjadi dasar objektif dalam proses penyesuaian klaim, dengan tujuan menjamin keadilan pembayaran sesuai dengan prinsip indemnity sekaligus meminimalkan kemungkinan terjadinya kecurangan (Rejda et al., 2020).

1.2 Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan terdapat beberapa permasalahan yang teridentifikasi dalam proses penilaian kerugian asuransi akibat kebakaran, terutama kebakaran yang terjadi pada gudang plastik PT.X. Berikut identifikasi masalah dalam penelitian ini antara lain:

1. Terdapat risiko kebakaran dalam dunia industri yang dapat menimbulkan kerugian finansial yang signifikan bagi perusahaan.

2. Asuransi kebakaran dapat digunakan sebagai mekanisme transfer risiko untuk meminimalkan dampak kerugian akibat kebakaran.
3. *Moral hazard* muncul ketika tertanggung bertindak ceroboh atau tidak jujur karena merasa dilindungi oleh asuransi.
4. *Fraud* dalam klaim asuransi dapat terjadi dalam bentuk klaim berlebihan, pemalsuan informasi, atau pengajuan klaim atas kerugian yang tidak nyata.
5. Analisis teknis kebakaran berbasis temuan lapangan diperlukan untuk membuktikan atau menyangkal kebenaran klaim yang diajukan.
6. Dalam kasus kebakaran gudang plastik PT.X terdapat indikasi adanya ketidaksesuaian antara klaim yang diajukan tertanggung dengan temuan lapangan.

1.3 Batasan Masalah

Penelitian ini memiliki Batasan, yaitu:

1. Penelitian ini hanya berfokus pada kasus kebakaran yang terjadi pada gudang plastik PT X
2. Penelitian ini terbatas pada analisis teknis berbasis temuan lapangan serta kaitannya dengan penilaian kerugian asuransi.
3. Penelitian ini terbatas pada investigasi dari sisi *loss adjuster*.
4. Data yang digunakan dalam penelitian ini berasal dari analisis teknis kebakaran berbasis temuan lapangan, dokumen klaim asuransi, dan dokumen penilaian kerugian asuransi.
5. Penelitian ini tidak membahas dari aspek hukum atau litigasi yang memungkinkan timbulnya sengketa dalam proses klaim asuransi.
6. Penelitian ini hanya membahas biji plastik dan cacahan lembaran plastik.

1.4 Rumusan masalah

Berdasarkan identifikasi masalah, berikut rumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

1. Bagaimana peran investigasi kebakaran terhadap keputusan klaim asuransi?

2. Apa saja indikasi kecurangan yang ditemukan dalam investigasi kebakaran pada gudang plastik PT.X yang tidak sesuai dengan prinsip-prinsip pokok asuransi?
3. Bagaimana investigasi dapat mengidentifikasi indikasi adanya sikap *moral hazard* dan tindakan *fraud* dalam proses klaim asuransi?

1.5 Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk:

1. Menganalisis bagaimana Menjelaskan peran analisis teknis kebakaran dapat digunakan untuk berbasis bukti ilmiah (FTIR, TGA, GC-MS, dan SEM) dalam menilai kelayakan klaim asuransi. kebakaran.
2. Melakukan validasi akurasi penggantian kerugian agar lebih tepat guna. Memvalidasi akurasi penggantian kerugian melalui perbandingan antara hasil investigasi lapangan, pengujian laboratorium, dan dokumen klaim asuransi.
3. Mengidentifikasi secara ilmiah indikasi *fraud* berdasarkan ketidaksesuaian antara dokumen klaim dan bukti lapangan.
4. Mengevaluasi peran analisis teknis kebakaran dalam mendeteksi sikap *moral hazard* dan tindakan *fraud* yang dapat mempengaruhi keputusan penggantian kerugian oleh perusahaan asuransi.
5. Mengevaluasi kontribusi investigasi kebakaran terhadap keputusan klaim asuransi sebagai upaya menjaga penerapan prinsip *utmost good faith*, *indemnity*, dan *proximate cause*.

1.6 Manfaat Penelitian

Penelitian ini dapat memberikan manfaat sebagai berikut:

a. Manfaat Akademis:

1. Penelitian ini dapat menambah ilmu tentang keterkaitan antara investigasi dan proses klaim.
2. Penelitian ini dapat memberikan pelajaran secara nyata tentang penerapan prinsip-prinsip asuransi dalam praktik verifikasi klaim.
3. Penelitian ini dapat memberikan pelajaran untuk mata kuliah ekonomi teknik terkait dengan asuransi.

4. Penelitian ini dapat memberikan pelajaran untuk mata kuliah ilmu bahan terkait dengan penggunaan metode pengujian FTIR, TGA, GC-MS, dan SEM.

b. Manfaat Praktis:

1. Penelitian ini dapat memberikan acuan bagi perusahaan asuransi dan penilaian kerugian dalam menggunakan data teknis sebagai dasar evaluasi klaim.
2. Penelitian ini dapat membantu tertanggung dan pihak terkait memahami pentingnya transparansi dan validitas data dalam proses klaim asuransi kebakaran.
3. Penelitian ini dapat memberikan referensi professional bagi praktis investigasi kebakaran dalam mendukung proses penilaian kerugian asuransi.

