

# **ANALISIS PENGEMBANGAN WAKAF PRODUKTIF PADA LAYANAN KESEHATAN MUHAMMADIYAH DI YOGYAKARTA: KASUS PILIHAN**

**Ega Wiguna**

Program Studi Ilmu Ekonomi, Fakultas Ekonomi dan Bisnis  
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta  
Jl. Brawijaya, Kasihan, Bantul

Email: [sastraa.wiguna@gmail.com](mailto:sastraa.wiguna@gmail.com)

## ***Abstract***

*This study aims to analyze the development of productive waqf by Muhammadiyah in improving the benefits on Muhammadiyah's healthcare in Yogyakarta. The objects in this study are PKU Muhammadiyah Hospital Yogyakarta, PKU Muhammadiyah Mother and Child Hospital of Kotagede, and Firdaus Primary Clinic. Key informants in this study amounted to 10 people consisting of leaders (directors or represented by managers) from hospitals and clinic, as well as the board members of Majelis Pembina Kesehatan Umum. Analytical tools used in this research are Analytic Network Process (ANP) and Logic Model. The results found that each object has different priorities in developing assets and services owned. All the activities and policies taken by Muhammadiyah's healthcare authorities aimed to maximize the benefits of Muhammadiyah waqf and AUM to beneficiaries. As for good deeds that have been done, among others: waivers of poor patient care, free check-up and treatment, village development, education funding support, disaster relief, working capital support, mosque and funeral construction aids, salary aid for teachers of Persyarikatan, Persyarikatan facilities and infrastructure aids, and so forth. The amount of social funds incurred each year on averaged by 5 to 10 percent of total profit, excluding contributions to the Persyarikatan and BPJS patient services. In addition, since 2014 the ratio of patients receiving free medication and free treatment was 40 to 50 percent of total patient visits. Even started 2016, the average of these services reached until 60 to 70 percent and it was increasing steadily over the years. It proves the high mashlahah (benefit) given by hospital and clinic to the beneficiaries.*

*Keywords: Productive Waqf, Muhammadiyah's Healthcare, Mashlahah, Analytic Network Process, Logic Model*

## **PENDAHULUAN**

Saat ini wakaf telah dianggap sebagai salah satu alternatif dalam pendistribusian kekayaan guna meningkatkan kesejahteraan masyarakat serta mencapai pembangunan ekonomi sebuah negara. Sejarah membuktikan bahwa wakaf memainkan peranan yang sangat signifikan dalam menopang kegiatan ekonomi di zaman keemasan Islam, dimana dengan potensi yang sedemikian besar wakaf berperan dalam menyediakan dan meningkatkan kesejahteraan masyarakat, seperti peningkatan fasilitas tempat ibadah, lembaga pendidikan,

serta fasilitas kesehatan dan sosial secara memadai (Saduman & Aysun, 2009). Namun keefektifan wakaf dalam meningkatkan kesejahteraan masyarakat bukan terjadi begitu saja, tentu hal itu didukung juga oleh pengelolaan yang baik dari pengelola wakaf (nadzir). Jumlah lembaga pengelola wakaf di Indonesia cukuplah banyak, baik yang perseorangan maupun yang lahir dari organisasi masyarakat, komunitas atau lembaga sosial yang mempunyai badan hukum.

Salah satu lembaga wakaf di Indonesia dengan pengelolaan harta wakaf terbesar adalah Muhammadiyah. Bentuk wakaf ataupun upaya dalam memaksimalkan manfaat wakaf di dalam Persyarikatan Muhammadiyah biasanya lebih dikenal dengan istilah Amal Usaha Muhammadiyah (AUM). Karakteristik khas yang dimiliki lembaga wakaf Muhammadiyah (Amal Usaha Muhammadiyah) adalah pengamalan akan spirit Quran Surat al-Ma'un. Dimana amal dalam al-Ma'un itu bukanlah hanya sekedar amal, namun amal yang membebaskan, yakni membebaskan orang miskin dan anak yatim sebagai simbol dari kaum *mustadh'afin* (Nashir, 2015). Penjabaran dari pembebasan kaum *mustadh'afin* tersebut setidaknya ada tiga dimensi atau titik fokus pertolongan yang diutamakan, yakni bidang pendidikan dengan mendirikan sekolah-sekolah, pesantren, atau perguruan tinggi modern (*shooling*); bidang kesehatan dengan mendirikan banyak rumah sakit, poliklinik, rumah bersalin, balai pengobatan, dan semacamnya (*healing*); serta bidang santunan sosial seperti panti jompo, panti asuhan maupun bantuan karitatif yang lain (*feeding*).

Menurut penelitian Utami dkk (2017), menyebutkan bahwa bidang pendidikan dan kesehatan menjadi prioritas pertama dan kedua dalam pengembangan wakaf Muhammadiyah, setelah itu barulah bidang-bidang lainnya. Bahkan rumah sakit (pelayanan kesehatan) dan perguruan tinggi merupakan dua diantara tiga pos pengembangan wakaf yang memiliki potensi paling besar untuk memberikan tambahan pendapatan bagi Muhammadiyah. Wakaf yang ditujukan untuk bidang kesehatan memang telah menjadi bagian penting perkembangan wakaf

semenjak dulu hingga sekarang. Tentu hal tersebut dikarenakan kesehatan merupakan salah satu faktor penentu utama pertumbuhan ekonomi dan komponen dari kesejahteraan masyarakat. Kesehatan yang lebih baik tentunya akan memiliki dampak positif terhadap produktivitas masyarakat dan pengembangan sumber daya manusia, sehingga berdampak positif juga terhadap pertumbuhan ekonomi yang berkelanjutan dan pembangunan sosial (Lamiraud dalam Ahmed dkk, 2015). Juga, layanan kesehatan yang bersifat primer telah menjadi kebutuhan umat Islam maupun masyarakat secara umum dan kebutuhan tersebut memiliki kecenderungan yang semakin meningkat. Oleh karena itu, sama halnya dengan lembaga wakaf lain, pernyataan ataupun pendapat itulah yang menjadi tambahan dorongan bagi Muhammadiyah untuk menempatkan kesehatan menjadi salah satu hal yang harus diprioritaskan dalam mengembangkan aset atau dana wakaf yang terkumpul.

Bicara wakaf layanan kesehatan Muhammadiyah, tentu tidak akan terlepas dari kota Yogyakarta. Karena di kota inilah pertama kali lahirnya amal usaha kesehatan Muhammadiyah, yang diberi nama PKO (Penolong Kesengsaraan Oemoem) yang sampai detik ini masih berdiri tegak dan bahkan berkembang menjadi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Dari tahun 1912 sampai saat ini PKO mengalami perubahan yang tidak sedikit, diantaranya singkatan PKO yang berubah menjadi Pembina Kesejahteraan Umat, selain itu dengan berubahnya atau adanya perkembangan zaman ruang lingkup pelayanan yang diberikan pun menjadi jauh lebih luas. Dimulai dari satu amal usaha, yakni PKO Muhammadiyah Yogyakarta kemudian mengalami perkembangan menjadi ribuan amal usaha kesehatan dengan berbagai bentuk layanan (rumah sakit, klinik, balai pengobatan dan lain-lain) yang bukan hanya tersebar di Yogyakarta saja namun di seluruh pelosok Indonesia. Selanjutnya, untuk perkembangan amal usaha kesehatan Muhammadiyah di Daerah Istimewa Yogyakarta sendiri adalah sebagai berikut:

**TABEL 1**  
**Data Amal Usaha Kesehatan Muhammadiyah**  
**Daerah Istimewa Yogyakarta**

Jenis Amal Usaha Kesehatan		Jumlah	Nama AUM/Lokasi
1	Rumah Sakit Umum	7	RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, Bantul, Gamping, Wates, Pakem, Nanggulan, Wonosari
2	Rumah Bersalin	2	RB PKU Muhammadiyah Srandakan, Galur
3	Rumah Sakit Ibu dan anak	1	RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede
4	Balai Pengobatan	3	BP Muhammadiyah Suryodiningratan, Condongcatur, Tulung (Kalasan)
5	Balai Kesehatan Ibu dan Anak	1	BKIA Muhammadiyah Karangijo

Sumber: Majelis Pustaka dan Informasi PP Muhammadiyah (2015)

Dari hasil penelitian pendahuluan peneliti, sebenarnya masih ada beberapa amal usaha kesehatan yang dapat dijadikan pilihan objek penelitian, namun belum tertulis dalam tabel diatas, diantaranya: Rumah Sakit Gigi dan Mulut Pendidikan (RSGMP) UMY, *Asri Medical Center (AMC)* dan Klinik Pratama Firdaus UMY. Selanjutnya, dari data perkembangan amal usaha kesehatan diatas, yang perlu digaris bawahi bukanlah berada pada banyaknya jumlah layanan kesehatan yang tersedia, tapi lebih kepada manfaat yang dirasakan masyarakat. Apakah penambahan jumlah atau keberadaan bangunan rumah sakit yang sudah modern itu memberikan manfaat yang lebih besar daripada sebelumnya, atau sama saja atau justru malah berkurang. Apakah banyaknya layanan kesehatan (seperti RS PKU) yang tersedia itu dapat dirasakan dan diakses masyarakat dengan mudah dan murah, atau justru tidak dapat diakses oleh orang miskin dikarenakan masalah biaya (tidak ada dispensasi sehingga tidak mampu membayar jasa kesehatan). Jika hal seperti itu terjadi berarti amal usaha Muhammadiyah telah terjerumus kedalam godaan materialisme dan tarikan hasrat yang hanya berorientasi pada profit saja. Hal tersebut tentunya bertentangan dengan spirit al-Ma'un yang selama ini membersamai gerakan amal usaha Muhammadiyah. Dimana falsafah al-Ma'un yang erat kaitannya dengan etos kerja dan kewirausahaan Muhammadiyah memiliki maksud bahwa kekayaan dan surplus pendapatan yang didapatkan, sejatinya adalah untuk melahirkan atau menebar kebajikan

berupa pelayanan, pemberdayaan, serta pemihakan pada kaum *mustadh'afin* atau orang-orang tertindas (Baidhawiy, 2013).

Oleh karena itu untuk melihat sudah sejauh mana perkembangan amal usaha kesehatan yang ada di Yogyakarta dan memastikan pengembangan wakaf atau amal usaha kesehatan itu masih berpihak pada kaum *mustadh'afin*, maka peneliti sangat tertarik untuk melakukan penelitian lebih lanjut menggunakan metode *Analytic Networking Process* dan *Logic Model* (ditambahkan pendekatan mashlahah).

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengembangan wakaf produktif yang dilakukan oleh Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta, RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede, serta Klinik Pratama Firdaus UMY dalam meningkatkan manfaat wakaf yang diberikan kepada masyarakat.

## **METODE PENELITIAN**

### **Jenis dan Sumber Data**

Dalam penelitian ini, data yang digunakan merupakan data primer dan sekunder. Untuk data primer yang digunakan adalah data yang didapat dari hasil wawancara (*in-depth interview*) dengan para ahli (pakar), praktisi dan regulator, yang mempunyai pemahaman tentang permasalahan yang akan dibahas. Setelah itu dilanjutkan dengan pengisian kuesioner oleh responden pada pertemuan berikutnya (yang berguna untuk penentuan prioritas dalam metode *ANP*). Selanjutnya, untuk data sekunder diperoleh dari berbagai literatur seperti buku, jurnal, *official website* (internet), arsip-arsip, dan lain sebagainya yang berhubungan dengan permasalahan yang akan dibahas dalam penelitian. Data sekunder berguna sebagai data pendukung dalam penelitian.

## **Populasi dan Sampel**

### **1. Teknik Pengambilan Sampel**

Penentuan narasumber atau responden dalam penelitian ini dilakukan dengan teknik *snowball sampling*, yaitu dengan memilih seorang narasumber kunci dengan mempertimbangkan pemahamannya terkait pengembangan wakaf Muhammadiyah (AUM) khususnya di bidang kesehatan, setelah itu meminta narasumber pertama untuk memberikan beberapa nama yang bisa dijadikan narasumber berikutnya. Karena dalam metode *ANP* maupun *logic model* jumlah narasumber atau responden tidak dijadikan patokan, maka persyaratan yang harus dipenuhi yaitu: para ahli, praktisi, peneliti, maupun regulator yang dipilih menjadi responden haruslah cukup berkompeten dalam mewakili keseluruhan populasi. Oleh karena itu, narasumber atau responden yang digunakan dalam metode *ANP* berjumlah 10 orang yang terdiri dari pimpinan (direktur, atau diwakili manajer) dari tiap Amal Usaha Kesehatan yang menjadi objek penelitian, serta pengurus Majelis Pembina Kesehatan Umum.

### **2. Key Informants**

*Key Informants* dalam penelitian ini diantaranya: (a) Direktur Bidang Penelitian, Pendidikan dan Pelatihan serta Sumber Daya Insani RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dan RS PKU Muhammadiyah Gamping. Sekaligus sebagai Wakil Sekretaris MPKU PP Muhammadiyah; (b) Bendahara RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Periode 1999-2007; (c) Manajer Bina Ruhani Islam RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta; (d) Manajer SDI dan Admin RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta; (e) Pimpinan Klinik Pratama Firdaus; (f) Manajer Pelayanan Klinik Pratama Firdaus; (g) Ketua Tim Mutu Klinik Pratama Firdaus; (h) Wakil Direktur Umum dan Sumber Daya Insani RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede; (i) Kepala Bagian Umum RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede; (j) Kepala Bagian Sumber Daya Insani dan Keuangan RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede.

### 3. Kuesioner

Pertanyaan yang digunakan dalam kuesioner *ANP* adalah berupa perbandingan berpasangan (*pairwise comparison*) antar elemen dalam cluster untuk mengetahui elemen mana yang mempunyai pengaruh lebih besar atau lebih dominan diantara keduanya serta seberapa besar perbedaannya dilihat dari satu sisi. Selanjutnya, untuk menjawab pertanyaan yang ada pada kuesioner *ANP*, digunakan skala verbal yang dikonversi menjadi skala numerik 1 sampai 9.

### **Metode Analisis Data**

#### *Analytic Network Process*

Metode ini biasanya banyak digunakan dalam berbagai penelitian yang berkaitan dengan pengambilan keputusan dalam perencanaan dan alokasi sumber daya, *forecasting*, evaluasi, *mapping*, penentuan strategi dan lain sebagainya. Untuk data penelitian nantinya diolah menggunakan *software "Super Decision"*. Tahapan penelitian dalam metode *ANP* adalah sebagai berikut:

#### 1. Konstruksi Model

Konstruksi model *ANP* disusun berdasarkan *literature review*, baik secara teori maupun empiris dan memberikan pertanyaan kepada pakar maupun praktisi wakaf muhammadiyah khususnya dalam bidang kesehatan (Amal Usaha Kesehatan). Selain itu, untuk mendapatkan informasi lebih mendalam maka dilakukan juga *indepth interview*.

#### 2. Kuantifikasi Model

Kuantifikasi model dilakukan dengan menggunakan pertanyaan dalam kuesioner *ANP* yang berupa perbandingan berpasangan. Selanjutnya, data ataupun hasil penilaian yang didapat dari para pakar kemudian dikumpulkan dan diinput ke dalam *software super decision* untuk selanjutnya diproses hingga menghasilkan output berbentuk prioritas dan supermatriks (Ascarya, 2011).

### 3. Sintesis dan Analisis

#### a. *Geometric mean*

Perhitungan *geometrik mean* yang dilakukan, adalah bertujuan untuk mengetahui hasil penilaian individu yang didapat dari para pakar (responden), juga untuk menentukan hasil pendapat pada satu kelompok (Saaty & Vargas, 2006). Pertanyaan berupa perbandingan yang di dapat dari para pakar (responden) nantinya akan dikombinasikan, sehingga didapatkan suatu persetujuan.

#### b. *Rater agreement*

*Rater agreement* merupakan sebuah ukuran yang menggambarkan tingkat kesesuaian para responden (R1-Rn) terhadap suatu masalah dalam satu cluster. Alat untuk mengukurnya adalah menggunakan *Kendall's Coefficient of Concordance* ( $W; 0 < W \leq 1$ ). Apabila nilai dari hasil pengujian  $W$  adalah 1 ( $W=1$ ), itu berarti dapat disimpulkan bahwa pendapat ataupun penilaian dari para pakar mempunyai kesesuaian yang sempurna. Sedangkan ketika nilainya adalah 0 atau semakin mendekati 0, itu menunjukkan adanya jawaban yang bervariasi, artinya jawaban antar responden memiliki ketidaksesuaian satu sama lain (Ascarya, 2011).

#### ***Logic Model***

Pengembangan *logic model* dalam penelitian ini terdiri dari beberapa tahapan, diantaranya analisis situasi kontekstual program, identifikasi elemen utama, penyusunan peta *logic model* suatu program, dan terakhir verifikasi model. Tahap analisis situasi kontekstual program menggambarkan sekilas isu strategis wakaf dibidang kesehatan yang mendasari penerapan program pengembangan wakaf layanan kesehatan Muhammadiyah yang dilakukan oleh rumah sakit atau klinik (AUMKES) beserta Majelis Pembina Kesehatan Umum sebagai bagian dari pengelolanya. Selanjutnya identifikasi elemen utama untuk membangun *logic model* suatu program yaitu elemen sumber daya untuk menjalankan program sampai dengan *outcome* yang dikehendaki.

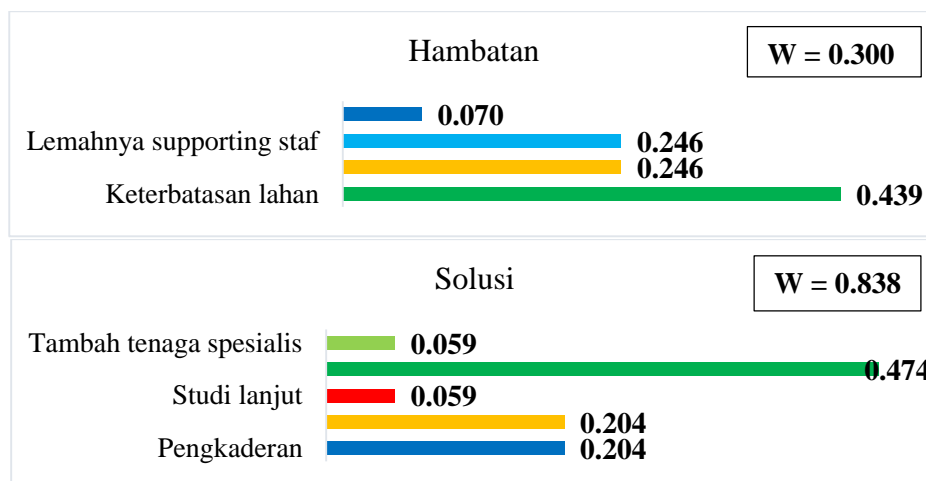


Tahap verifikasi dilakukan selama proses penyusunan model dengan menggunakan rangkaian pertanyaan *if-then*. Apabila terdapat hubungan yang tidak logis dalam rangkaian *if-then*, maka langsung diperiksa dan diperbaiki dengan yang lebih sesuai. Setelah model selesai dibuat, maka dilakukan verifikasi tahap akhir dengan melibatkan penanggung jawab serta pelaksana program melalui diskusi terbatas (Rohmatullah & Shalahuddin, 2014).

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### Hasil Keseluruhan *Geometric Mean*

Hasil yang diperoleh memperlihatkan secara statistik konsensus dari *key informants* terkait dengan hambatan dan solusi pengembangan wakaf layanan kesehatan Muhammadiyah di kota Yogyakarta. Selain itu, menjelaskan juga prioritas pengembangan layanan yang ada dan bagaimana rencana ke depannya. Baik itu pengembangan dalam bisnis ataupun hal lainnya. Berikut ini adalah hasil perhitungan secara lengkap terkait masing-masing cluster, sekaligus dengan prioritasnya:



Sumber: diolah penulis (2018)

### GAMBAR 1

#### Prioritas Hambatan dan Solusi Pengembangan RS PKU Muh. Yogyakarta

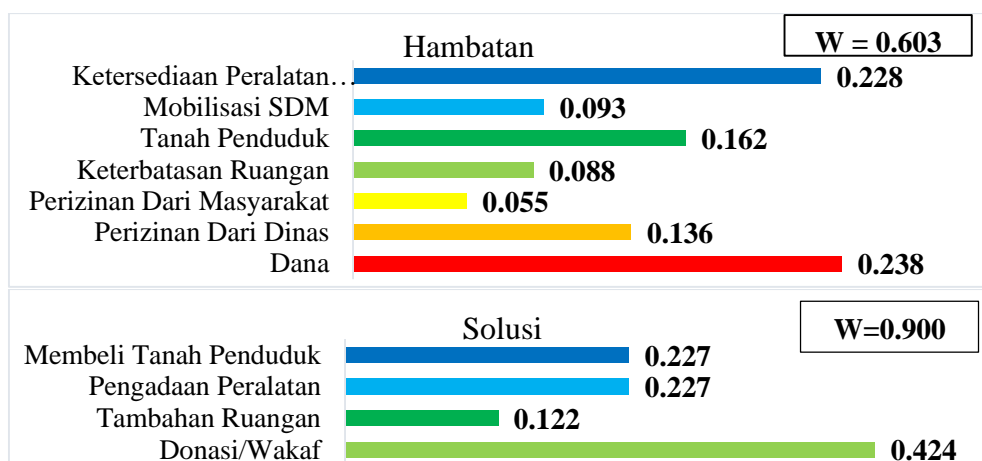
Sebagaimana ditunjukkan pada gambar 1 diatas, *key informant* setuju bahwa memang keterbatasan lahan merupakan aspek yang paling berpengaruh dalam menghambat pengembangan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, namun jika dilihat dari nilai *rater agreement* yang hanya sebesar ( $W=0,300$ ), itu berarti tingkat kesepahaman *key informants*

hanya sebesar 30%. Sehingga ada kemungkinan untuk lemahnya *supporting staff* dan inefisiensi SDM juga menjadi hambatan yang paling berpengaruh terhadap pengembangan rumah sakit, itu terbukti sebagian *key informants* justru menempatkan lemahnya *supporting staff* sebagai hambatan yang harus segera diatasi.

*“Kalau menurut saya yang paling tinggi pengaruhnya dalam menghambat pengembangan rumah sakit adalah lemahnya supporting staf, yang tadi karena usia sama karena kesehatan, kalau penempatan itu kita fleksibel, kalau dia ngga cocok langsung dipindah, jadi seperti itu, sehingga lebih mudah mengatasinya. Tapi kalau masalah kesehatan atau usia biar ditaruh dimanapun dia akan trouble, jadi mungkin lebih berat yang itu.” (Key Informant 1, 29 Maret 2018).*

Kemudian untuk mengatasi hambatan tersebut, membeli lahan baru menjadi solusi yang harus diutamakan. Namun, apabila membeli lahan baru bisa di tunda terlebih dulu (karena tidak begitu *urgent*), maka pelatihan dan pengkaderan bisa dijadikan prioritas selanjutnya. Untuk studi lanjut dan menambah tenaga spesialis bukan berarti tidak penting, namun jika melihat kondisi yang ada sekarang, keduanya tidak masuk dalam kategori yang harus segera dilakukan. *Rater agreement* dalam penentuan solusi ini adalah sebesar ( $W=0,838$ ), atau kesepakatan dari *key informants* mencapai 84%.

Selanjutnya untuk RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede, dalam upaya pengembangannya memiliki hambatan, dan solusi dengan tingkat pengaruh sebagai berikut:

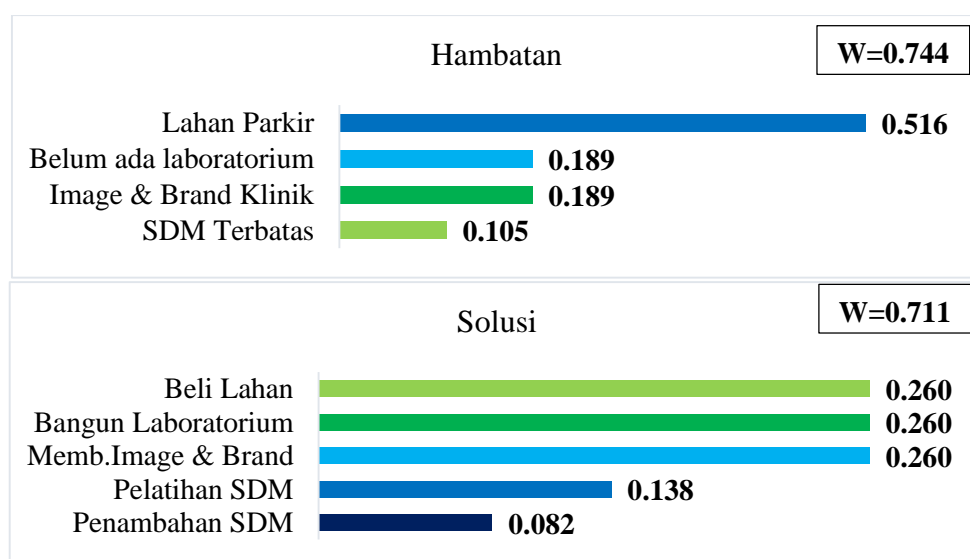


Sumber: diolah penulis (2018)

**GAMBAR 2**  
Prioritas Hambatan dan Solusi Pengembangan RSKIA PKU Muh. Kotagede

Sebagaimana ditunjukkan pada gambar 2 diatas, *key informants* setuju bahwa ketersediaan dana merupakan aspek yang paling berpengaruh dalam menghambat pengembangan rumah sakit karena ketika dana yang ada tidak mencukupi maka proses pembangunan akan terhambat. Setelah itu masalah yang harus diprioritas penanganannya kemudian adalah ketersediaan peralatan tertentu yang harganya mahal dan terbatas, barulah diikuti aspek lainnya. Nilai *rater agreement* dalam cluster hambatan adalah sebesar ( $W=0,603$ ), nilai tersebut menunjukkan bahwa *key informants* relatif sepaham dalam menentukan hambatan mana yang harus segera diatasi agar proses pengembangan rumah sakit bisa berjalan lancar sesuai dengan rencana. Bagi RSKIA Muhammadiyah Kotagede mencari donasi atau orang yang akan berwakaf menjadi hal yang harus diprioritaskan, ketika dana yang ada (pendapatan operasional) tidak mencukupi untuk melakukan proses pengembangan ataupun peningkatan pelayanan rumah sakit. Dalam hal ini *key informants* memiliki tingkat *rater agreement* sebesar ( $W=0,9$ ), artinya hampir sepenuhnya sepakat dalam menentukan prioritas solusi yang harus dilakukan dalam upaya pengembangan rumah sakit.

Adapun hambatan dan solusi yang dilakukan oleh klinik pratama Firdaus, dalam mengembangkan klinik, diantaranya:

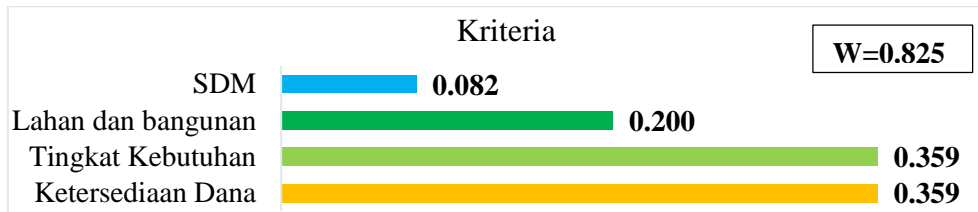


Sumber: diolah penulis (2018)

**GAMBAR 3**  
Prioritas Hambatan dan Solusi Pengembangan Klinik Pratama Firdaus

Gambar diatas menunjukkan *key informants* setuju bahwa keterbatasan lahan parkir merupakan hambatan yang harus segera diselesaikan, karena berkaitan dengan semakin banyaknya pasien yang datang berobat dan tentunya membutuhkan lahan parkir yang lebih luas. Setelah itu hambatan yang harus diselesaikan adalah belum adanya laboratorium, hal ini berkaitan dengan kebutuhan operasional klinik. Keberadaan laboratorium ini menjadi sangat penting dalam meningkatkan kualitas pelayanan kepada pasien. Kemudian hambatan selanjutnya adalah masyarakat belum sepenuhnya mengetahui keberadaan klinik Firdaus serta bagaimana pelayanannya, sehingga pihak klinik harus memikirkan bagaimana strategi yang harus dilakukan agar *image* dan *brand* klinik bisa meningkat. Namun, meskipun ketiga hambatan tersebut berbeda-beda tingkat pengaruhnya dalam menghambat pengembangan klinik sebagaimana di tunjukkan dengan tingkat prioritas, untuk solusinya bisa dilakukan secara bersama-sama (memiliki prioritas yang sama), baik itu membeli lahan baru, membangun laboratorium maupun membangun *image* klinik. Disisi lain, hambatan dari keterbatasan SDM bukan berarti tidak menjadi masalah serius, namun selama ini dengan SDM yang ada, itu masih bisa meng-*cover* pekerjaan-pekerjaan dengan baik, oleh karena itu dalam mengatasi hambatan dari sisi SDM ini yang lebih diutamakan adalah mengadakan pelatihan-pelatihan agar *skill* SDM yang ada bisa meningkat. Jika dirasa benar-benar SDM yang ada kewalahan dan tidak bisa meng-*cover* pekerjaan yang ada, ataupun pengembangan klinik kedepannya membutuhkan tenaga medis maupun non medis yang lebih bervariasi, maka barulah penambahan SDM bisa menjadi solusinya (melakukan rekrutmen). Nilai *rater agreement* dalam cluster hambatan adalah sebesar (W=0,744), sedangkan untuk cluster solusi adalah sebesar (W=0,711) ataupun tingkat persetujuannya mencapai 70 %. Nilai tersebut menunjukkan bahwa *key informants* relatif sepaham dalam menentukan hambatan mana yang harus segera diatasi serta solusi apa yang harus segera dilakukan agar proses pengembangan klinik bisa berjalan dengan lancar dan bahkan bisa berkembang lebih cepat.

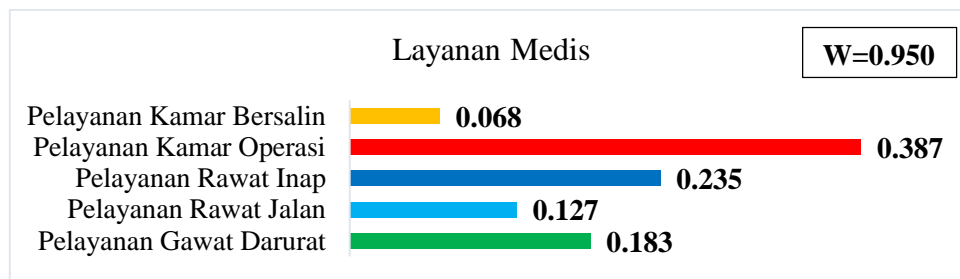
Setelahnya mengetahui hambatan dan solusi yang harus dilakukan, selanjutnya masing-masing objek penelitian menentukan prioritas dalam pengembangan aset atau bisnis “layanan” yang tersedia, guna meningkatkan benefit bagi masyarakat. Berikut ini hasil *geometric mean cluster* dari bisnis “layanan” dimulai dari kriteria yang dijadikan pertimbangan dalam pengembangan bisnis maupun layanan:



Sumber: diolah penulis (2018)

**GAMBAR 4**  
Kriteria Pertimbangan dalam Pengembangan Layanan Kesehatan

Kriteria yang perlu dipertimbangkan dalam melakukan pengembangan layanan kesehatan baik untuk RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede, maupun klinik pratama Firdaus adalah sama. Berdasarkan hasil perhitungan *geometric mean* menunjukkan bahwa dari empat kriteria yang ada yang paling penting untuk diperhatikan dan dipastikan keberadaannya terlebih dulu adalah ketersediaan dana dan juga tingkat kebutuhannya. Setelah keduanya dipastikan, barulah bisa mempertimbangkan kriteria lahan dan bangunan yang tersedia dan yang terakhir kriteria kesiapan dari sumber daya manusia (tenaga yang tersedia).

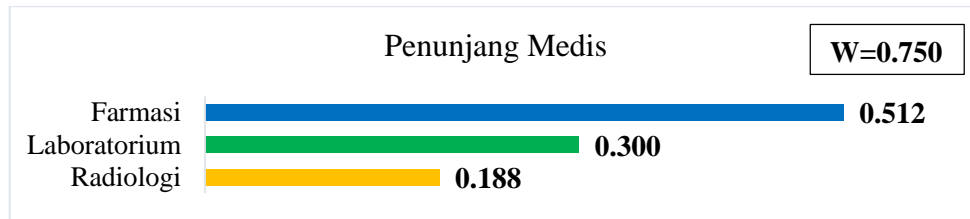


Sumber: diolah penulis (2018)

**GAMBAR 5**  
Prioritas Pengembangan Layanan Medis RS PKU Muh. Yogyakarta

Pelayanan kamar operasi menjadi layanan yang diprioritaskan untuk pengembangan layanan medis yang ada di RS PKU, karena pelayanan kamar operasi adalah layanan yang sangat penting dan memang perlu adanya pengembangan yang lebih baik.

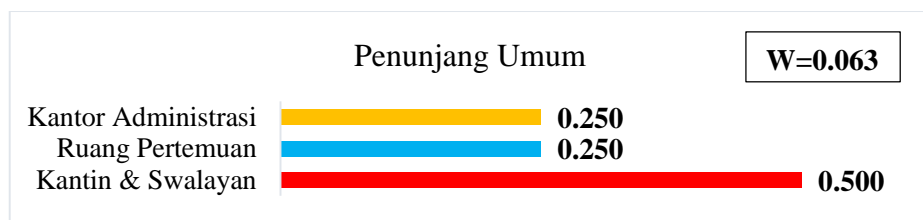
*“Kalau PKU Jogja yang paling tinggi adalah kamar operasi, karena belum memenuhi syarat disana itu, urgent soalnya..kalau ngga membangun bisa diturunkan rumah sakitnya, grade-nya.” (Key Informant 1, 29 Maret 2018).*



Sumber: diolah penulis (2018)

**GAMBAR 6**  
Prioritas Pengembangan Penunjang Medis RS PKU Muh. Yogyakarta

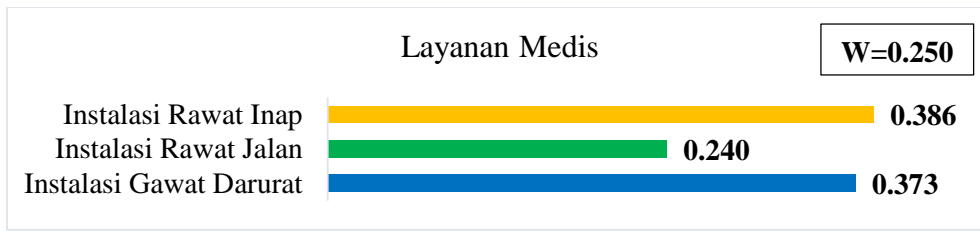
Sedangkan untuk penunjang medis instalasi farmasi adalah yang harus diprioritaskan dalam pengembangan RS, agar operasional rumah sakit khususnya yang berkaitan dengan obat, resep, dan lain sebagainya bisa dilakukan lebih optimal dan pelayanannya bisa lebih cepat mengingat banyaknya pasien yang harus antri lama. Sehingga nantinya akan mengurangi keluhan pasien.



Sumber: diolah penulis (2018)

**GAMBAR 7**  
Prioritas Pengembangan Penunjang Umum RS PKU Muh. Yogyakarta

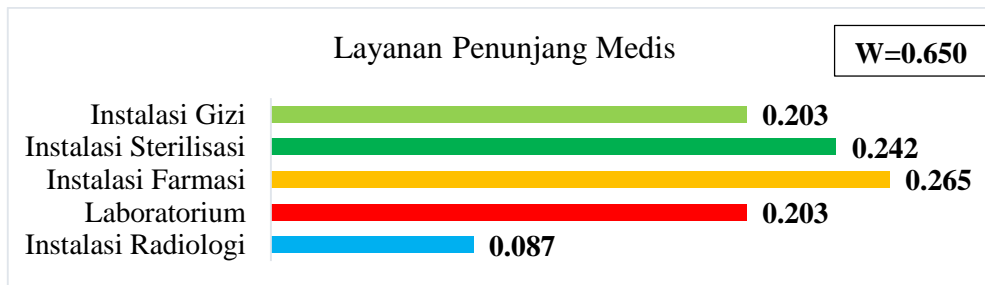
Adapun untuk penunjang umum, RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta lebih memprioritaskan kantin dan swalayan untuk dilakukan pengembangan kedepannya, sebab untuk kantor administrasi sudah dilakukan pembangunan gedung baru dan untuk ruang pertemuan sudah dirasa cukup, tidak harus dilakukan pengembangan atau pembangunan lagi.



Sumber: diolah penulis (2018)

**GAMBAR 8**  
Prioritas Pengembangan Layanan Medis RSKIA PKU Muh. Kotagede

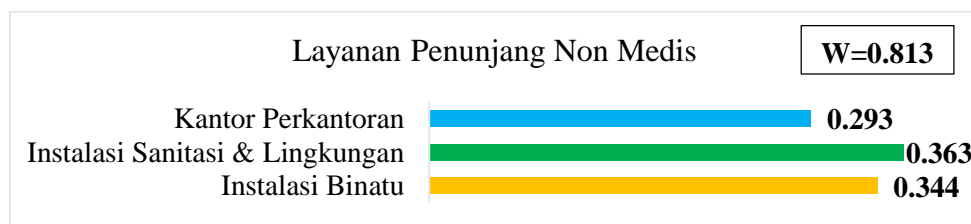
Berbeda hal dengan RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede, layanan medis yang akan diprioritaskan justru instalasi rawat inap. Karena memang dilihat dari kebutuhan yang ada, instalasi inilah yang harus upayakan terlebih dulu untuk pengembangannya. Meskipun *rater agreement*-nya hanya sebesar ( $W=0,250$ ).



Sumber: diolah penulis (2018)

**GAMBAR 9**  
Prioritas Pengembangan Penunjang Medis RSKIA PKU Muh. Kotagede

Sama halnya dengan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, di RSKIA pun instalasi farmasi adalah layanan yang menjadi prioritas dalam pengembangan layanan penunjang medis.



Sumber: diolah penulis (2018)

**GAMBAR 10**  
Prioritas Pengembangan Penunjang Non Medis RSKIA PKU Muh. Kotagede

Untuk layanan penunjang non medis, instalasi sanitasi dan lingkungan menjadi prioritas yang harus dikembangkan, karena berkaitan dengan dampak atau eksternalitas negatif yang ditimbulkan dari limbah rumah sakit. Sehingga sebisa mungkin IPAL ini harus segera

dikembangkan guna mengatasi kemungkinan-kemungkinan yang tidak diinginkan. Sehingga tidak menimbulkan keluhan dari masyarakat.



Sumber: diolah penulis (2018)

**GAMBAR 11**  
Prioritas Pengembangan Klinik Pratama Firdaus

Klinik firdaus memprioritaskan pengembangannya untuk membangun apotek, laboratorium, dan penambahan ruangan tindakan (*emergency*) secara bersama-sama, namun untuk operasionalnya yang akan terlebih dahulu berjalan adalah apotek, karena melihat kebutuhan dan peluang yang ada. Sedangkan untuk pembangunan klinik baru memerlukan waktu yang lebih lama bila dibandingkan dengan tiga alternatif lainnya.

*“Oh.. malah duluan ini untuk apotek sama ruang emergency itu duluan, karena ini posisinya didalam sana. Kalau ini kan (penambahan atau pembangunan klinik baru) diluar, dan bakalan lama, em.. kalau laboratorium juga akan bareng ini (apotek dan ruang emergency), Cuma kalau untuk operasionalnya masih akan lebih lama daripada apotek, yang akan digunakan duluan itu apotek dan ruang emergency, karena butuh dan harus segera selesai dan difungsionalkan segera karena itu pokoknya. Kalau untuk laboratorium itu memang kita dalam pembangunan memang penting, cuma fungsionalnya masih agak lama, karena kita harus cari SDM-nya, alatnya, izinnya (untuk laboratorium beda lagi). Tapi kalau dari segi bangunannya sudah kita adakan (bangun) dulu.” (Key Informant 6, 30 Maret 2018).*

### **Perancangan dan Penerapan *Logic Model***

Perancangan *logic model* diawali dengan kajian pustaka dan wawancara mendalam dengan *key informants*, yang bertujuan untuk mengetahui situasi, permasalahan, hambatan, maupun prioritas-prioritas yang dilakukan dalam upaya pengembangan rumah sakit ataupun klinik. Kemudian membandingkan *logic model* yang dikembangkan oleh Universitas Wisconsin-Extension (*UW-Extension Program Development*, 2005), McLaughlin & Jordan (1999), serta Frechtling (2007) untuk dipertimbangkan sebagai *logic model* yang akan



diterapkan dalam penelitian ini. Berdasarkan hal tersebut, maka komponen *logic model* yang diterapkan meliputi: situasi (termasuk permasalahan, kebutuhan, maupun faktor eksternal), sumber daya (*input*), aktivitas (proses), hasil (*output*), serta dampak dan manfaat (*outcomes*). Adapun kelima komponen *logic model* tersebut memiliki indikator sebagai berikut:

1. Situasi: permasalahan, kebutuhan, maupun faktor eksternal yang dihadapi atau yang menghambat pengembangan rumah sakit maupun klinik. Komponen ini sudah diuraikan pada bagian dekomposisi ANP (identifikasi masalah).
2. Sumber daya: apa yang menjadi modal, untuk mendukung pelaksanaan aktivitas. Berdasarkan hasil penelitian, sumber daya yang dibutuhkan untuk mendukung pengembangan rumah sakit maupun klinik terdiri dari: (a) tenaga medis dan non medis, yaitu pegawai rumah sakit atau klinik termasuk didalamnya adalah dokter. Semuanya berperan sebagai sumberdaya penggerak atau pelaksana operasional rumah sakit dan klinik, dengan porsi dan tanggung jawabnya masing-masing. Selain itu, nantinya menjadi target atau sasaran dalam pelaksanaan aktivitas-aktivitas yang bertujuan untuk meningkatkan skill (kualitas) SDM, maupun peningkatan mutu; (b) tenaga ahli, yakni para ahli yang berperan dalam mentransfer pengetahuan kepada pegawai melalui kegiatan pengkaderan, pelatihan (*workshop*), seminar, maupun kerjasama penelitian; (c) tenaga temporer, yakni mahasiswa magang, ataupun *co-ass*. Keberadaan tenaga temporer ini diperlukan, guna membantu operasional rumah sakit, khususnya klinik yang dalam penelitian ini memang memiliki sumber daya manusia yang terbatas; (d) uang (anggaran) merupakan faktor yang sangat penting, karena segala macam aktivitas yang nantinya dilakukan oleh rumah sakit dan klinik tentunya membutuhkan anggaran dengan jumlah tertentu. Perlu diperhatikan apakah dananya cukup atau tidak, apakah mendapatkan hambatan dalam pengalokasiannya; (e) donasi (wakaf) merupakan input yang masih dibutuhkan oleh RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede untuk mendukung upaya pengembangan rumah sakit, karena adanya keterbatasan

dana yang dimiliki; (f) *Quality* (mutu) dan pelayanan. Peningkatan mutu pelayanan menjadi syarat penting dalam membangun *image & brand* dari rumah sakit dan klinik. Tidak membedakan kualitas pelayanan antara pasien umum dan BPJS (pasien yang mendapatkan pelayanan gratis) menjadi syarat mutlak yang harus diberikan; (g) alat, mesin (teknologi), yakni segala macam alat maupun teknologi yang digunakan dalam operasional rumah sakit dan klinik; (h) tanah (lahan) merupakan sumber daya penting yang harus ada, kaitannya dengan rencana pembangunan atau pengembangan yang akan dilakukan.

3. Aktivitas: kegiatan dan prioritas yang dilakukan. Berdasarkan hasil penelitian, kegiatan atau aktivitas yang dilakukan rumah sakit dan klinik diantaranya: (a) penyelenggaraan diklat atau pelatihan. Pelatihan dilaksanakan untuk meningkatkan *skill* dan kualitas SDM yang ada. Adapun untuk RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta selain dituntut untuk mengikuti pelatihan-pelatihan, SDM yang ada diharuskan juga untuk mengikuti pengkaderan yang bertujuan untuk menjaga dan meningkatkan loyalitas SDM terhadap rumah sakit; (b) membangun sarana dan prasarana. Aktivitas ini berkaitan dengan rencana pengembangan rumah sakit dengan mempertimbangkan beberapa kriteria terutama kebutuhan masyarakat, sehingga manfaat yang diberikan bisa lebih optimal. Adapun untuk prioritas dari masing-masing objek dibahas dan diuraikan pada hasil keseluruhan *geometric mean*; (c) memberikan keringanan biaya pengobatan dan melakukan kegiatan sosial. Aktivitas ini bisa juga disebut *good deeds*. Pemberian keringanan biaya pengobatan diberikan pada pasien kurang mampu yang belum terdaftar BPJS ataupun dengan kriteria-kriteria tertentu yang memang membutuhkan bantuan. Sedangkan kegiatan sosial dilakukan sebagai bentuk tanggung jawab rumah sakit untuk ikut membantu mengatasi permasalahan masyarakat baik dari aspek sosial, ekonomi, lingkungan dan lain sebagainya. Adapun berbagai kegiatan sosial yang dilakukan diluar rumah sakit untuk di RS PKU Muhammadiyah biasa disebut pelayanan ekstra mural.

4. Hasil ataupun *output* dari aktivitas yang dilakukan. Hasil dari adanya kegiatan pengkaderan, dan pelatihan-pelatihan tentunya dapat meningkatkan *skill* dan kualitas, serta mutu pelayanan meningkat. Hasil dari pembangunan sarana dan prasarana tentunya adalah gedung atau bangunan baru ataupun dibuatnya dokumen berupa rencana pengembangan selanjutnya. Adapun hasil dari *good deeds* yang dilakukan adalah manfaat yang dirasakan oleh masyarakat khususnya masyarakat kurang mampu bisa lebih optimal.
5. Dampak atau Manfaat. Berdasarkan identifikasi output langsung dari setiap aktifitas, maka output yang diharapkan adalah pasien mendapatkan pelayanan yang lebih baik, kepercayaan masyarakat meningkat, pendapatan rumah sakit atau klinik bertambah, hubungan ataupun kerjasama dengan masyarakat semakin kuat, sehingga dampak selanjutnya adalah aset Muhammadiyah dalam bentuk rumah sakit atau klinik semakin berkembang, kepercayaan masyarakat untuk mewakafkan harta atau asetnya kepada Muhammadiyah semakin meningkat, yang akhirnya *mashlahah* ataupun manfaat yang dirasakan masyarakat bisa meningkat (semakin optimal).

### **Pembahasan Mashlahah**

Indikator atau tolak ukur besarnya mashlahah dalam penelitian ini adalah dilihat dari besarnya dana sosial dan *good deeds* yang diberikan oleh rumah sakit dan klinik, serta dilihat dari banyaknya pasien yang mendapatkan pengobatan maupun perawatan gratis. Beberapa indikator tersebut didapat dengan mengadopsi konsep mashlahah yang dikemukakan oleh Metwally. Metwally (1995) mengatakan bahwa objek sebuah perusahaan (dalam hal ini rumah sakit dan klinik) yang bernafaskan Islam itu bukanlah mencari keuntungan yang maksimum, namun puas terhadap pencapaian tingkat keuntungan yang layak atau wajar. Sehingga dengan adanya pandangan tersebut perusahaan (rumah sakit dan klinik) dapat mencapai sesuatu yang lebih penting, yaitu melakukan karya untuk menyenangkan Tuhan, dalam konteks ini adalah memperbesar sedekah. Oleh karena itu, dalam fungsi kepuasan perusahaan bukan variabel

tingkat keuntungan saja yang mempengaruhinya, namun juga dipengaruhi oleh variabel pengeluaran yang bersifat *charity* atau *good deeds*. Dengan kata lain, perusahaan (rumah sakit) juga sepatutnya memberikan kontribusi yang riil pada lingkungannya, baik berbentuk zakat (wajib), *infaq* dan *shadaqah* (sukarela) ataupun bantuan sosial lainnya. Sehingga dapat membantu masyarakat sekitar untuk mencapai taraf hidup yang lebih baik diatas garis minimum.

#### 1. RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Adanya keuntungan yang cukup besar yang diterima oleh rumah sakit, jika mengacu pada konsep *mashlahah* maka harus diikuti juga dengan peningkatan kontribusi sosial yang diberikan kepada masyarakat (proposional). Berdasarkan hasil penelitian yang didapat, anggaran *tasaruf Lazismu* RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada tahun 2017 saja total dana sosial yang dianggarkan mencapai Rp. 1.450.000.000,00 atau  $\pm$  5-7% dari total keuntungan. Kegiatan sosial atau *good deeds* yang selama ini dilakukan oleh rumah sakit melalui *Lazismu* RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta diantaranya: (1) golongan fakir, miskin berupa santunan dana pendidikan (dari TK sampai Perguruan Tinggi), bantuan bencana alam, bantuan rukti jenazah dan pemakaman, pemberian modal kerja (dana bergulir), hibah alat penunjang kerja, keringanan biaya perawatan pasien miskin, khitanan masal, rehab rumah sehat, pemeriksaan pengobatan masal (gratis); (2) *sabilillah*, berupa bantuan sarana dan prasarana pendidikan Persyarikatan, bantuan gaji guru Persyarikatan, beasiswa kader Persyarikatan, bantuan pembangunan masjid dan mushola, bantuan pembangunan makam, bantuan operasional *mubaligh*, desa binaan, bantuan pembinaan organisasi Islam; (3) bantuan untuk muallaf, bantuan untuk musafir, *ibnu sabil*; (4) *amil zakat*, berupa pengadaan sarana organisasi, biaya organisasi, dan lain sebagainya.

Selain itu, untuk melihat sejauh mana manfaat yang diberikan rumah sakit terhadap masyarakat, bisa juga dilihat dari perbandingan pasien reguler dan pasien yang mendapat

keringanan biaya atau bahkan gratis. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sejak tahun 2014 perbandingan pasien yang mendapatkan pengobatan dan perawatan gratis rata-ratanya adalah 50-60% dari total kunjungan pasien. Bahkan mulai tahun 2016 pasien yang mendapatkan pengobatan dan perawatan gratis rata-ratanya mencapai 60-70% dan itu masih memungkinkan untuk terus meningkat.

## 2. RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede

Anggaran dana sosial yang dikeluarkan tiap tahun oleh rumah sakit adalah sebesar 5% dari total keuntungan, dan *good deeds* yang selama ini dilakukan meliputi: khitanan masal, pengobatan gratis, seminar kesehatan, Safari KB (KB Gratis) bagi masyarakat, serta penyuluhan-penyuluhan bagi masyarakat. Selain itu, untuk melihat sejauh mana manfaat yang diberikan RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede terhadap masyarakat, bisa juga dilihat dari perbandingan pasien reguler dan pasien yang mendapat keringanan biaya atau bahkan gratis. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sejak tahun 2014 perbandingan pasien yang mendapatkan pengobatan dan perawatan gratis (khususnya BPJS) rata-ratanya adalah 40-50% dari total kunjungan pasien. Bahkan mulai tahun 2016 pasien yang mendapatkan pengobatan dan perawatan gratis rata-ratanya mencapai 50-60% dan itu masih memungkinkan untuk terus meningkat.

*“Sebelum ada BPJS ya kita untuk pasien yang mendapatkan keringanan atau pengobatan gratis itu sekitar berapa ya, intinya kurang dari 40 persen lah mas dari total kunjungan pasien. Tapi mulai tahun 2014 setelah adanya BPJS ya sekitar 40 persen atau lebih, ya sekitar 40 sampai 50 persen. Nah mulai tahun 2016 mulai melebihi 50 persen bahkan bisa dibilang hampir mencapai 60 persen.” (Key Informant 10, 29 Maret 2018).*

## 3. Klinik Pratama Firdaus

Selama ini klinik tidak dituntut untuk memberikan sumbangan kepada Muhammadiyah khususnya UMY dikarenakan keuntungan yang didapat digunakan untuk kegiatan operasional dan pengembangan klinik (karena kondisi klinik yang masih baru). Adapun untuk dana sosial yang dikeluarkan tiap tahun itu tidak pasti jumlahnya, tergantung dari kegiatan apa saja yang

dilakukan. Selama ini kegiatan sosial atau *good deeds* yang dilakukan diantaranya: (1) rutin: senam kesehatan prolanis (mingguan), pengajian dan penyuluhan kesehatan (bulanan); (2) non rutin: bakti sosial dan bantuan bencana alam.

Untuk melihat sejauh mana manfaat yang diberikan Klinik Pratama Firdaus terhadap masyarakat, bisa juga dilihat dari perbandingan pasien reguler dan pasien yang mendapat keringanan biaya atau bahkan gratis (baik BPJS ataupun mahasiswa). Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi dari pasien yang mendapatkan pengobatan gratis adalah lebih besar daripada pasien reguler. Misalnya di tahun 2017, pasien umum (regular) itu hanya sebesar 11%, sedangkan sisanya 89% adalah pasien yang mendapatkan pengobatan gratis (terdiri dari 42% mahasiswa dan 47% BPJS). Jika melihat banyaknya pasien yang mendapatkan pengobatan gratis yang mencapai 80-90%, hal ini mengindikasikan bahwa tujuan didirikannya klinik yang memang bukan hanya berorientasi kepada keuntungan namun justru lebih ditekankan pada kontribusi sosial itu memang benar adanya (sudah terbukti dari perbandingan kunjungan pasien tersebut).

## **PENUTUP**

### **Simpulan**

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dipaparkan diatas, maka didapatkan kesimpulan sebagai berikut:

1. RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta memiliki prioritas solusi berupa membeli lahan baru, karena memang hambatan terbesar dalam pengembangannya pun ada pada masalah keterbatasan lahan. Adapun prioritas bisnisnya: (a) untuk layanan medis adalah pelayanan kamar operasi; (b) layanan penunjang medis adalah instalasi farmasi; (c) layanan penunjang umum adalah kantin dan swalayan.
2. RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede memiliki prioritas solusi berupa mencari donasi atau orang yang akan berwakaf, karena berkaitan dengan keterbatasan dana yang akan

digunakan untuk pengembangan rumah sakit. Adapun untuk prioritas bisnisnya: (a) layanan medis adalah instalasi rawat inap; (b) layanan penunjang medis adalah instalasi farmasi; (c) layanan penunjang non medis adalah instalasi sanitasi dan lingkungan; (d) pengembangan bisnis jangka panjang yaitu *laundry*.

3. Klinik Pratama Firdaus UMY memiliki prioritas solusi berupa membeli lahan baru untuk tempat parkir. Adapun untuk prioritas pengembangan aset bisnisnya yaitu membangun apotek, membangun ruangan tambahan untuk tindakan atau *emergency*, serta membangun laboratorium.

### **Saran**

1. Untuk RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, agar prioritas pembangunan layanan medis berupa perbaikan kamar operasi bisa segera dilakukan, agar memenuhi persyaratan yang ditentukan sehingga *grade* rumah sakitnya tidak turun.
2. Untuk RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede, bisa lebih aktif lagi untuk mencari donator atau orang yang akan berwakaf, agar pembangunan atau proses pengembangan rumah sakit bisa dilaksanakan secepatnya, apalagi ada rencana perubahan status menjadi Rumah Sakit Umum (RSU).
3. Untuk Klinik Pratama Firdaus, sebisa mungkin untuk menyusun strategi yang bervariasi dalam rangka meningkatkan *image* dan *brand* klinik agar lebih dikenal masyarakat luas.
4. Untuk Majelis Pembina Kesehatan Umum, agar lebih memperhatikan lagi dan mengawal setiap perkembangan ataupun pembangunan yang dilakukan oleh amal usaha kesehatan agar pembangunan yang dilakukan bisa memberikan dampak positif atau meningkatkan benefit yang diterima masyarakat.
5. Untuk peneliti selanjutnya, agar dapat menunjukkan atau mempersentasikan perkembangan aset dan angka riil dari data keuangan, sehingga penelitiannya menjadi lebih sempurna.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alias, N. A., & Rozali, E. A., (2017), "Establishment of Health Waqf Institutions (Fatih Hospital) in Istanbul in the Year 1470 CE", *Islamiyat*, 39(2), 153-164.
- Ascarya, (2005), *Analytic Network Process (ANP): Pendekatan Baru Studi Kualitatif*, Jakarta: Pusat Pendidikan dan Studi Kebanksentralan Bank Indonesia.
- Ascarya, (2011), "The Persistence of Low Profit and Loss Sharing Financing in Islamic Banking: The Case of Indonesia", *Review of Indonesian Economic and Business Studies*, 1.
- Asy'ari, M., (2016, Agustus). Problematika Tata Kelola Wakaf di Lingkungan Muhammadiyah Aceh. *Islam Futura*, 16(1), 32-51.
- Baidhawiy, Z., (2013), "Muhammadiyah Abad Kedua dan Anomali Gerakan Tajdid", diakses dari <http://zaki1972.staff.iainsalatiga.ac.id/wp-content/uploads/sites/49/2013/01/Anomali-Gerakan-Tajdid-Muhammadiyah1.pdf>, pada tanggal 18 November 2017, pukul 12.50 wib.
- Bappenas, (2009), *Pedoman Evaluasi dan Indikator Kinerja Pembangunan*. Jakarta: Kedeputian Evaluasi Kinerja Pembangunan Bappenas.
- Daud, N. M., & Rahman, A. A., (2015), "Healthcare Waqf: Case Study in Hospital Waqaf An-Nuur" *Shariah Journal*, 23(3), 401-434.
- Donna, D. R., (2017), "The Dynamic Optimization of Cash waqf management: an Optimal Control Theory Approach", *International Conference on Management from Islamic Perspectives*, Kuala Lumpur.
- Huda, N., Rini, N., Mardoni, Y., Hudori, K., & Anggraini, D., (2017), "Problems, Solutions, and Strategies Priority for waqf in Indonesia", *Journal of Economic Cooperation and Development*, 38(1), 29-54.
- Huda, S., (2011), "Teologi Mustadh'afin di Indonesia: Kajian atas Teologi Muhammadiyah", *Tsaqofah*, 7(2), 362-363.
- Kemenag, (2013), *Pedoman Pengelolaan dan Perkembangan Wakaf*, Jakarta: Direktorat Jenderal Bimbingan Masyarakat Islam, Direktorat Pemberdayaan Wakaf Kemenag RI.
- Knowlton, L., & Philips, C., (2012), *The Logic Model Guidebook: Better Strategies for Great Results*, California: SAGE Publishing.
- Majelis Pustaka dan Informasi PP Muhammadiyah, (2015), *Profil Amal Usaha Muhammadiyah 2015*, Yogyakarta: Majelis Pustaka dan Informasi PP Muhammadiyah.
- Metwally, M. M., (1995), *Teori dan Model Ekonomi Islam*, Jakarta: Bangkit Daya Insana.
- Muhammadiyah, (2017), "Data Base Persyarikatan, Data Amal Usaha Muhammadiyah", diakses dari <http://m.muhammadiyah.or.id/id/content-8-det-amal-usaha.html>, pada tanggal 17 November 2017, pukul 15.05 wib.
- Nashir, H., (2015), *Dinamisasi Gerakan Muhammadiyah: Agenda Strategis Abad Kedua*, Yogyakarta: Suara Muhammadiyah.



- Nawawi, (2013, November 2), "Implementasi Wakaf Produktif di Indonesia Pasca Berlakunya UU No. 41 Tahun 2004 Tentang Wakaf", *Al-Tahrir*, 13(2), 394.
- Notoatmodjo, (2007), *Kesehatan Masyarakat: Ilmu dan Seni*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Pitchay, A. A., Meera, A. K., & Saleem, M. Y., (2014), "Priority of Waqf Development among Malaysian Cash Waqf Donors: An AHP Approach", *Journal of Islamic Finance*, 3(1), 13-22.
- Pudjiantoro, R., (2008), "Pengembangan Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Semarang", *Tesis*, Program Pascasarjana Universitas Diponegoro, Magister Teknik Pembangunan Wilayah dan Kota, Semarang.
- Qahaf, M., (2004), *Manajemen Wakaf Produktif*, Jakarta: Khalifa.
- Rifa'i, D. R., (2016, Agustus), "Pengelolaan Wakaf Produktif di Yayasan Rumah Sakit Islam (RSI) Surakarta", *Falah*, 1(2), 211-228.
- Rohmatullah, & Shalahuddin, M. I., (2014, Agustus), "Pengembangan Model Logika Evaluasi Program Pengembangan SDM Responsif Gender Bidang ESDM", *Jurnal Teknik Industri*, 15(2), 145-153.
- Rusydiana, A. S., (2015), *Aplikasi Metode Analytic Network Process (ANP) dalam Riset Ekonomi & Keuangan Islam*, Bogor: SMART Publishing.
- Saaty, T. L., & Vargas, L. G., (2001), *Models, Methods, Concepts, & Applications of The Analytical Hierarchy Process*, Netherland: Kluwer Academic Publisher.
- Saaty, T. L., & Vargas, L. G., (2006), *Decision Making with The Analytic Network Process: Economic, Political, Social and Technological Applications with Benefits, Opportunities, Costs and Risks*, Pittsburgh: RWS Publication.
- Saduman, S., & Aysun, E. E., (2009), "The Socio-Economic Role of Waqf System In The Muslim-Ottoman Cities' Formation and Evolution", *Trakia Journal of Sciences*, 7(2), 272-275.
- Sakti, A., (2007), *Analisis Teoritis Ekonomi Islam: Jawaban Atas Kekacauan Ekonomi Modern*, Jakarta: Paradigma & Aqsa Publishing.
- Sutrisna, E., (2015, Juni), "Muhammadiyah dan Gerakan Kesehatan Berkemajuan", *Tajdida*, 13(1), 9-16.
- Trisnantoro, L., (2005), *Aspek Strategis Manajemen Rumah Sakit: Antara Misi Sosial dan Tekanan Pasar*, Yogyakarta: Penerbit Andi.
- Usman, N., (2014), "Pengelolaan Wakaf Produktif untuk Kesehatan (Studi Kasus Bandha Wakaf Masjid Agung Semarang)", *Muaddib*, 4(2), 1.
- Utami, Y., Sawarjuwono, T., Al-Hadi, A. A., & Yuliadi, I., (2017), "Priority of Waqf Development and Its Barriers among the Muhammadiyah Awqaf AUM (Amal Usaha Muhammadiyah) Units: An AHP Approach", *Global Waqf Conference*. Riau.