



Analisis Pengembangan Wakaf Produktif Pada Layanan Kesehatan Muhammadiyah di Yogyakarta: Kasus Pilihan

Ega Wiguna¹ dan Yuli Utami¹

¹ Department of Economics, Faculty of Economics and Business,
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, Indonesia

Email korespondensi: ega.wiguna.2014@fe.umy.ac.id

Abstract: Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengembangan wakaf produktif yang dilakukan Muhammadiyah dalam meningkatkan manfaat wakaf layanan kesehatan yang ada di Yogyakarta. Objek dari penelitian ini adalah rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta, RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede dan Klinik Pratama Firdaus. Key informants dalam penelitian ini berjumlah 10 orang yang terdiri dari pimpinan (direktur atau diwakili oleh manajer) dari rumah sakit dan klinik, serta pengurus Majelis Pembina Kesehatan Umum. Alat analisis yang digunakan adalah Analytic Network Process (ANP) dan Logic Model. Berdasarkan analisis yang telah dilakukan diperoleh hasil bahwa masing-masing objek penelitian memiliki prioritas yang berbeda-beda dalam mengembangkan aset maupun layanan yang dimiliki. Namun intinya semua aktivitas maupun kebijakan yang diambil ditujukan agar manfaat yang diberikan kepada masyarakat bisa lebih optimal. Adapun good deeds yang selama ini dilakukan antara lain: keringanan biaya perawatan pasien miskin, pemeriksaan dan pengobatan gratis, bina desa, santunan dana pendidikan, bantuan bencana alam, pemberian modal kerja, bantuan pembangunan masjid dan pemakaman, bantuan gaji guru Persyarikatan, bantuan sarana dan prasarana Persyarikatan dan lain sebagainya. Besarnya dana sosial yang dikeluarkan tiap tahun rata-ratanya sebesar 5-10 persen dari total keuntungan (cost recovery), tidak termasuk sumbangan kepada Persyarikatan dan layanan pasien BPJS. Selain itu, sejak tahun 2014 perbandingan pasien yang mendapatkan pengobatan dan perawatan gratis dari ketiga objek tersebut, rata-ratanya adalah 40-50 persen dari total kunjungan pasien. Bahkan mulai tahun 2016 rata-ratanya mencapai 60-70 persen dan itu meningkat terus dari tahun ke tahun. Hal tersebut membuktikan tingginya mashlahah (benefit) yang diberikan rumah sakit maupun klinik kepada masyarakat.

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, hal ini berguna untuk 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 tingkat efektivitas 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
Rumah Sakit Umum	7	RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, Bantul, Gamping, Wates, Pakem, Nanggulan, Wonosari
Rumah Bersalin	2	RB PKU Muhammadiyah Srandakan, Galur
Rumah Sakit Ibu dan anak	1	RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede
Balai Pengobatan	3	BP Muhammadiyah Suryodiningratan, Condongcatur, Tulung (Kalasan)
Balai Kesehatan Ibu dan Anak	1	BKIA Muhammadiyah Karangijo

Sumber: Majelis Pustaka dan Informasi PP Muhammadiyah (2015)

Berdasarkan hasil observasi, sebenarnya masih ada beberapa amal usaha kesehatan yang dapat dijadikan pilihan objek penelitian, namun belum tertulis dalam tabel di atas, 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 di atas, 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 yang tersedia itu dapat dirasakan dan diakses masyarakat dengan mudah dan murah, atau justru tidak dapat diakses oleh orang miskin dikarenakan masalah biaya.

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 (Baidhaw, 2013).

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

Tinjauan Pustaka

Dalam penelitian oleh Jones (1981), ia membahas perihal peranan wakaf dalam menggerakkan sebuah rumah sakit atau klinik dalam dunia Islam. Selain itu, penulisan ini turut serta membahas mengenai pembinaan institusi wakaf kepada rumah sakit dan klinik. Lebih lanjut lagi, Ahmed (2004) memiliki pemikiran untuk lebih mengembangkan lembaga wakaf di masa sekarang. Pertama, memperbesar lembaga wakaf lebih dari sekedar untuk kepentingan agama, tetapi menuju kepentingan umum. Pengalaman negara-negara Muslim menunjukkan bahwa sebagian besar lembaga wakaf bersifat religius (masjid, kuburan, dan tempat suci) sehingga tidak banyak memberikan kontribusi bagi kesejahteraan masyarakat miskin. Nampaknya masyarakat semakin menyadari zakat dan shadaqah sebagai sarana untuk menanggulangi masalah kemiskinan.

Kedua, meningkatkan kualitas dan kuantitas lembaga wakaf dan investasi properti wakaf yang belum berkembang. Menurut Karim (2012), berbagai moda pembiayaan Islam kontemporer dapat digunakan untuk tujuan ini, seperti sukuk (berdasarkan *musyarakah*, *ijarah*, atau *intifa'a*), REITs (perwalian investasi *real estate*), dan *istisna*. Selain itu, beberapa metode pembiayaan wakaf tradisional juga masih dapat digunakan seperti *hukr/hiker* (sewa jangka panjang atau sewa abadi untuk sewa atau sewa), *ijaratyn* (dua sewa), dan *khulluw* (kontrak pinjaman dibuat untuk wakaf yang biasa digunakan di Mesir. untuk disewakan). Selain itu, Alias (2012) mengusulkan model baru yang disebut *Enterprise Waqf Fund* (EWF) dengan menggabungkan model wakaf tunai dan modal ventura.

Setelah merencanakan investasi pada aset wakaf, beberapa masalah syariah dan keputusan berikut perlu diperhatikan seperti (1) wakaf permanen versus sementara; (2) aset bergerak versus aset tidak bergerak; (3) depresiasi atau apresiasi modal; (4) jaminan modal; (5) profil risiko dan hasil investasi; (6) akumulasi pendapatan versus apresiasi modal; (7) potensi pendapatan negatif; dan (8) istibdal dan penjualan aset wakaf (Karim, 2012).

Ketiga, meningkatkan kuantitas wakaf dengan mendirikan lembaga baru. Telah diamati di negara-negara Muslim bahwa lembaga wakaf baru tidak didirikan. Salah satu penyebab terbatasnya lembaga wakaf baru mungkin disebabkan oleh anggapan bahwa wakaf harus berupa tanah dan real estate yang membutuhkan uang dalam jumlah besar. Hanya orang yang sangat kaya yang mampu membuat wakaf saat ini. Oleh karena itu, untuk meningkatkan jumlah harta wakaf, peraturan perundang-undangan serta konsep fikih wakaf harus direvisi sesuai untuk memfasilitasi penciptaan dan pengembangan lembaga wakaf baru di masa sekarang.

Terakhir, Rashid (2011) menggaris bawahi pentingnya survei properti wakaf untuk meningkatkan efektivitas pengelolaan wakaf. Ini dapat mencakup informasi seperti jumlah pasti, sifat, nilai, pendapatan,

objek, struktur administrasi dan rincian properti wakaf lainnya.

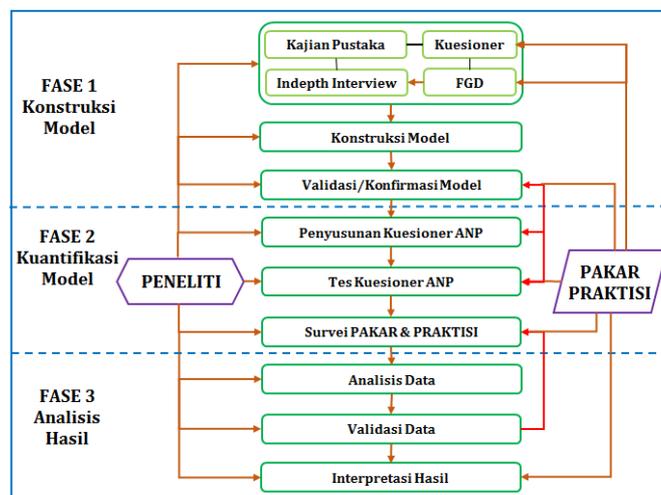
Metode Penelitian

Dalam penelitian ini, data yang digunakan merupakan data primer dan sekunder. Untuk data primer 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 untuk penentuan prioritas dalam metode ANP. Sedangkan data sekunder diperoleh dari berbagai literatur seperti buku, jurnal, *official website*, arsip-arsip dan lain sebagainya.

Penentuan narasumber dalam penelitian ini dilakukan dengan teknik *snowball sampling*. Narasumber dalam penelitian ini terdiri dari pimpinan (direktur, atau diwakili manajer) dari rumah sakit, serta pengurus Majelis Pembina Kesehatan Umum.

Pertanyaan yang digunakan dalam kuesioner ANP 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 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:



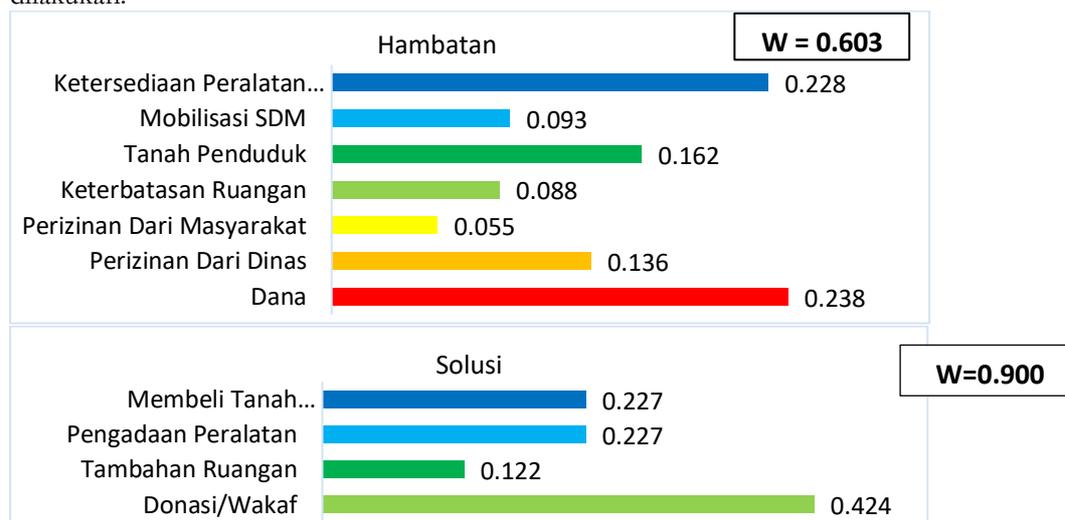
Gambar 1 Tahapan Penelitian Metode ANP
Sumber: Ascarya dalam Rusydiana (2015)

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 menggambarkan isu strategis pengembangan wakaf dibidang kesehatan, yang dilakukan oleh rumah sakit dan Majelis Pembina Kesehatan Umum sebagai bagian dari pengelolanya. Selanjutnya identifikasi elemen utama untuk membangun *logic model*, yaitu elemen sumber daya untuk menjalankan program sampai dengan *outcome* yang dikehendaki.

Hasil dan Pembahasan

Langkah pertama adalah mengidentifikasi hambatan yang dihadapi serta solusi yang dilakukan dalam upaya pengembangan rumah sakit. Hambatan yang dihadapi oleh RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede diantaranya adalah: (1) ketersediaan dana, artinya dana yang dimiliki rumah sakit terbatas, sehingga ketika akan digunakan untuk pengembangan (pembangunan) itu memerlukan pertimbangan yang matang untuk pengalokasiannya, apalagi ditambah dengan uang BPJS yang selalu terlambat untuk dibayarkan pada pihak rumah sakit; (2) perizinan dari dinas, hal ini kaitannya dengan peraturan pemerintah daerah yang tidak membolehkan pembangunan yang bertingkat tinggi dikarenakan untuk menjaga nilai-nilai budaya yang ada di Yogyakarta (*heritage*); (3) perizinan dari masyarakat, berkaitan dengan limbah yang dihasilkan dari adanya rumah sakit, maka adanya izin dari masyarakat menjadi syarat yang sangat diperlukan ketika akan melakukan pengembangan; (4) keterbatasan ruangan yang ada, yang berarti dengan tingkat kunjungan pasien yang semakin naik tentunya dibutuhkan tambahan ruangan namun karena kondisi dari bangunan dan tanah yang ada sekarang itu menjadi hambatan; (5) tanah penduduk, ada sebagian tanah yang masih dimiliki warga yang berada di tengah-tengah bangunan rumah sakit; (6) mobilisasi SDM (tenaga medis), jarak antar ruangan yang lumayan jauh menyebabkan mobilisasi SDM kurang efisien; (7) ketersediaan peralatan. Adapun alternatif solusi yang dapat dilakukan adalah: (1) mengumpulkan donasi dengan cara mencari donator atau wakif; (2) menambah ruangan, dalam hal ini membangun ruangan baru; (3) membeli peralatan yang dibutuhkan, dengan melihat kondisi keuangan rumah sakit; (4) membeli tanah penduduk.

Hasil yang diperoleh memperlihatkan secara statistik konsensus dari *key informants*, terkait dengan hambatan dan solusi pengembangan wakaf (rumah sakit), serta prioritas pengembangan bisnis yang bisa dilakukan.

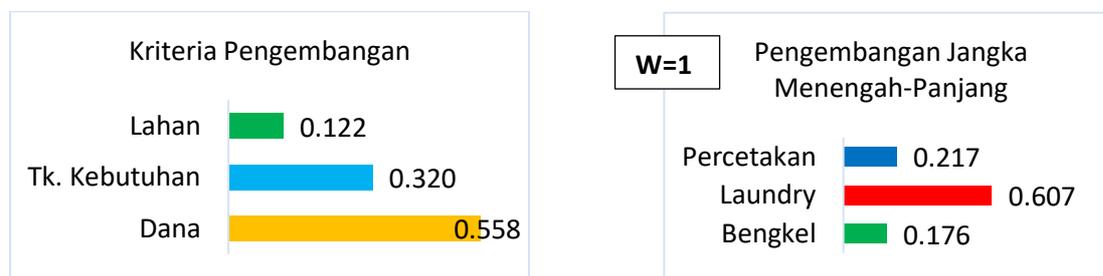


Gambar 2 Prioritas Hambatan dan Solusi Pengembangan RSKIA PKU Muh. Kotagede
 Sumber: diolah penulis (2018)

Sebagaimana ditunjukkan pada gambar 2, *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 diprioritaskan penanganannya adalah ketersediaan peralatan yang harganya relatif mahal dan terbatas, barulah diikuti aspek lainnya. Perizinan dari masyarakat merupakan aspek yang paling kecil pengaruhnya serta menjadi hambatan yang tidak begitu mengganggu terhadap operasional rumah sakit, sehingga menjadi prioritas terakhir dalam pemecahan masalah. 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 di atasi 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 rumah sakit. Setelah dana terkumpul dan dirasa cukup, barulah bisa dianggarkan untuk membeli alat ataupun membeli tanah penduduk. Sehingga tahap selanjutnya bisa juga menambah

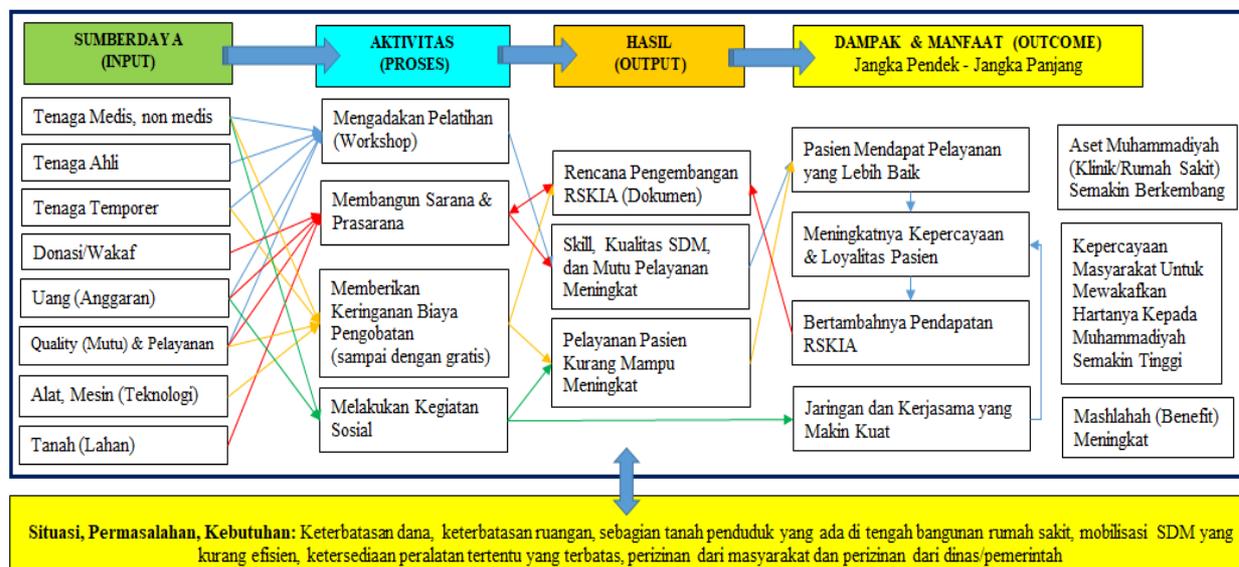
bangunan ataupun ruangan yang dibutuhkan. Dalam hal ini, nilai *rater agreement* adalah sebesar ($W=0,9$), artinya key informants hampir sepenuhnya sepakat dalam menentukan prioritas solusi yang harus dilakukan dalam upaya pengembangan rumah sakit.



Gambar 3 Prioritas Pengembangan Bisnis Jangka Menengah-Panjang (Rencana)
Sumber: diolah penulis (2018)

Berkaitan dengan rencana jangka panjang dalam pengembangan unit bisnis, rumah sakit berencana untuk membuka bisnis *laundry*. Selain menunjang operasional rumah sakit, nantinya bisnis laundry akan menjadi pos pemasukan tambahan dan dapat memberikan kemudahan bagi pasien maupun rumah sakit.

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. 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.



Gambar 4 Logic Model - Pengembangan RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede
Sumber: diolah penulis (2018)

Komponen situasi, meliputi: permasalahan, kebutuhan, maupun faktor eksternal yang dihadapi atau yang menghambat pengembangan rumah sakit maupun klinik. Komponen ini sudah diuraikan pada bagian dekomposisi ANP. Komponen sumber daya, meliputi: apa yang menjadi modal, untuk mendukung pelaksanaan aktivitas. Berdasarkan hasil penelitian, sumber daya yang dibutuhkan untuk mendukung pengembangan rumah sakit maupun klinik terdiri dari: (1) Tenaga medis dan non medis, yaitu pegawai rumah sakit termasuk di dalamnya adalah dokter; (2) Tenaga ahli, yakni para ahli yang berperan dalam mentransfer pengetahuan kepada pegawai melalui kegiatan pengkaderan, pelatihan (*workshop*), seminar,

maupun kerjasama penelitian; (3) Tenaga temporer, yakni mahasiswa magang, ataupun *co-ass*; (4) Anggaran; (5) Donasi atau wakaf; (6) Tanah atau lahan; dan sebagainya.

Komponen aktivitas, meliputi: (1) Penyelenggaraan diklat untuk meningkatkan *skill* dan kualitas SDM; (2) Pembangunan sarana dan prasarana; dan (3) Good deeds. Baik itu berupa kegiatan khitanan massal, pengobatan gratis, seminar kesehatan, bina desa, serta penyuluhan bagi masyarakat.

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 (khususnya BPJS) rata-ratanya adalah 40-50 persen dari total kunjungan pasien. Bahkan mulai tahun 2016 pasien yang mendapatkan pengobatan dan perawatan gratis rata-ratanya mencapai 50-60 persen dan itu masih memungkinkan untuk terus meningkat. Adapun anggaran dana sosial yang dikeluarkan tiap tahun oleh rumah sakit adalah sebesar 5 persen dari total keuntungan.

Berdasarkan identifikasi output langsung dari setiap aktivitas, 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 akan semakin berkembang, kepercayaan masyarakat untuk mewakafkan harta atau asetnya kepada Muhammadiyah semakin meningkat. *Mashlahah* yang dirasakan masyarakat semakin optimal.

Kesimpulan

Hambatan yang dihadapi dalam upaya pengembangan RSKIA PKU Muhammadiyah Kotagede diantaranya: ketersediaan dana yang terbatas; peraturan pemerintah daerah yang tidak membolehkan pembangunan yang bertingkat tinggi dikarenakan untuk menjaga nilai-nilai budaya yang ada di Yogyakarta (*heritage*); perizinan dari masyarakat, berkaitan dengan limbah yang dihasilkan dari adanya rumah sakit; sebagian tanah penduduk masih berada di tengah-tengah bangunan rumah sakit; jarak antar ruangan yang lumayan jauh menyebabkan mobilisasi SDM kurang efisien; serta ketersediaan peralatan. Alternatif solusinya adalah mengumpulkan donasi dengan cara mencari donator atau wakif; menambah ruangan; membeli peralatan yang dibutuhkan; membeli tanah penduduk.

Rencana pengembangan bisnis yang akan dilakukan berdasarkan prioritas, diantaranya: laundry, percetakan dan bengkel. *Mashlahah* yang diberikan rumah sakit kepada masyarakat terus bertambah setiap tahun. Hal tersebut bisa dilihat dari peningkatan prosentase pengobatan gratis dan semakin banyaknya program social yang dilakukan.

Daftar Pustaka

- Ahmed, H. (2007). Waqf-based microfinance: Realizing the social role of Islamic finance. *Paper presented at the International Seminar on Integrating Awqaf in the Islamic Financial Sector*, Singapore, March 6-7.
- Alias, N. A., & Rozali, E. A., (2017), Establishment of Health Waqf Institutions (Fatih Hospital) in Istanbul in the Year 1470 CE, *Islamiyyat*, 39(2), 153-164. Diakses dari <http://ejournal.ukm.my/islamiyyat/article/view/22614>
- 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, *International Journal of Islamic and Middle Eastern Finance and Management*, 6(4), 1-12.
- 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>

- Jones, W.R. (1981). *Waqf*, maristan and the clinical observation of disease. *Proceeding of the First International Conference on Islamic Medicine: Celebrating the Advent of the Fifteenth Hijri Century*, 230-233.
- Karim, S. A. (2012). Contemporary investment and development of *waqf* assets in Singapore. Paper presented at International Islamic Capital Market Forum, Kuala Lumpur, Malaysia, September 20.
- Majelis Pustaka dan Informasi PP Muhammadiyah, (2015), *Profil Amal Usaha Muhammadiyah 2015*, 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.
- Pimpinan Pusat Muhammadiyah, (2005), *Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah Tangga Muhammadiyah*, Yogyakarta: Pimpinan Pusat Muhammadiyah & Suara Muhammadiyah.
- Rashid, S. K. 2011. certain legal and administrative measures for the revival and better management of awqaf. IRTI Working Paper Series No. 1432-02, 1-27.
- Rusydiana, A. S, (2015), *Aplikasi Metode Analytic Network Process (ANP) dalam Riset Ekonomi & Keuangan Islam*, Bogor: SMART Publishing.
- 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.
- 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.