

Analisis Kebutuhan Pembangunan Fasilitas Kesehatan di Provinsi Kalimantan Selatan Menggunakan Wakaf dengan Metode ANP

Muhammad Yassir Fahmi*, Manik Mutiara Sadewa

Prodi Akuntansi Lembaga Keuangan Syariah, Politeknik Negeri Banjarmasin,
Banjarmasin, Indonesia

*Corresponding author: myassirfahmi@akuntansipoliban.ac.id

Abstract

To determine the use of waqf assets, nazhir or waqf institutions need to conduct a needs analysis so that the waqf property is truly beneficial to the community (mawquf 'alaih). Development in the health sector is one of the uses of waqf assets. This study aims to find the priority needs for facility development in the health sector in South Kalimantan Province using waqf assets using the ANP (Analytical Network Process) method based on the opinions of nazhir, wakif, government and academics. Based on the results of the study, it can be concluded that the construction of health care facilities is a priority need in South Kalimantan Province in an effort to improve the quality of public health, while clinics are the most important criteria in the construction of health service facilities in this province using waqf assets.

Keywords: ANP; Clinic; Health Sector; Waqf

Abstrak

Untuk menentukan penggunaan harta wakaf, *nazhir* atau lembaga wakaf perlu melakukan analisis kebutuhan sehingga harta wakaf benar-benar bermanfaat bagi masyarakat (*mawquf 'alaih*). Pembangunan di bidang kesehatan merupakan salah satu penggunaan harta wakaf. Penelitian ini bertujuan untuk menemukan prioritas kebutuhan pembangunan fasilitas pada bidang kesehatan di Provinsi Kalimantan Selatan menggunakan harta wakaf dengan metode ANP (*Analytical Network Process*) berdasarkan pendapat *nazhir*, *wakif*, pemerintah dan akademisi. Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa pembangunan fasilitas layanan kesehatan merupakan kebutuhan prioritas di Provinsi Kalimantan Selatan dalam upaya meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat, sedangkan klinik merupakan kriteria yang paling utama dalam pembangunan fasilitas layanan kesehatan di provinsi ini menggunakan harta wakaf.

Kata Kunci: ANP; Klinik; Sektor Kesehatan; Wakaf

©IJAAF 2022 published by Politeknik Negeri Banjarmasin. All rights reserved

1. Pendahuluan

Selain zakat, wakaf merupakan salah satu instrumen dalam rangka pendistribusian harta untuk kemashlahatan umat Islam dan juga mampu untuk membantu pemerintah dalam mengatasi masalah pembangunan, ekonomi dan pemberdayaan masyarakat. Oleh karena itu, pendistribusian harta wakaf harus dilakukan dengan melihat kemanfaatan yang berkelanjutan demi kepentingan masyarakat. Menurut Kasdi (2014), ada dua model pemberdayaan wakaf di Indonesia, yaitu pertama, pemberdayaan wakaf untuk kepentingan sosial, seperti pembangunan tempat ibadah, pengembangan pendidikan, sarana kesehatan, advokasi kebijakan publik, bantuan hukum, HAM dan perlindungan anak. Sedangkan model pemberdayaan yang kedua adalah pemberdayaan yang bernilai ekonomi, seperti pengembangan harta wakaf di bidang perdagangan, investasi keuangan, pengembangan aset industri, pembelian properti, dan sebagainya. Saat ini harta wakaf banyak dialokasikan kepada bidang pengembangan sosial, seperti pembuatan tempat ibadah, pengembangan pendidikan dan sarana kesehatan, walaupun juga mulai dilakukan pemberdayaan wakaf yang bernilai ekonomi.

Provinsi Kalimantan Selatan berada pada posisi ke-3 dari 34 provinsi di Indonesia yang terendah dari jumlah penduduk miskinnya (BPS, 2022; Kementerian Kesehatan RI, 2021). Ini dapat diartikan bahwa banyak penduduk di provinsi ini yang berada pada golongan mampu atau menengah ke atas. Di sisi lain, berdasarkan data CAF, bahwa pada tahun 2020, pada saat pandemi Covid-19 melanda seluruh dunia, penduduk Indonesia paling banyak berdonasi dibandingkan penduduk negara lainnya di dunia (Charities Aid Foundation, 2021). Dengan demikian, dapat dipahami bahwa potensi wakaf di provinsi ini cukup besar baik berupa wakaf berbentuk aset maupun uang, walaupun sejauh ini belum ada data tentang jumlah potensi wakaf di provinsi ini.

Wakaf di bidang kesehatan sangat penting untuk dilakukan karena kesehatan masyarakat memiliki peran dalam upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia, penanggulangan kemiskinan dan pembangunan ekonomi. Indeks pembangunan masyarakat meletakkan kesehatan sebagai salah satu komponen utama pengukuran, selain pendidikan dan pendapatan.

Kebutuhan masyarakat di bidang kesehatan antara satu daerah dengan daerah lainnya tentunya sangat berbeda-beda. Saat ini di Kalimantan Selatan terdapat 3.369 posyandu, 1.042 puskesmas, 230 puskesmas, 16 rumah sakit pemerintah, dan 19 rumah sakit swasta untuk melayani

kesehatan masyarakat yang berjumlah 4.055.479 jiwa. Provinsi ini berada di rangking ke-22 dari 34 provinsi di Indonesia dilihat dari Indeks Pembangunan Masyarakat (IPM) atau berada pada posisi sedang. Salah satu aspek yang diukur dalam indeks ini adalah ketersediaan sarana kesehatan dan akses terhadap sarana kesehatan. Nilai IPM ini menunjukkan bahwa ketersediaan sarana kesehatan dan akses kesehatan di Provinsi Kalimantan Selatan lebih rendah dibandingkan Provinsi Kalimantan Tengah dan Kalimantan Timur, padahal kedua provinsi ini berada di pulau yang sama dengan Provinsi Kalimantan Selatan.

Jika dilihat dari Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM), Provinsi Kalimantan Selatan berada pada rangking ke-31 dari 34 provinsi (Laporan Akhir, 2021). Hal ini menunjukkan perlunya pembangunan dan pengembangan kesehatan di provinsi ini, yang berarti perlunya juga dilakukan wakaf di bidang kesehatan. Penggunaan harta wakaf di bidang kesehatan di Provinsi Kalimantan Selatan tergolong sedikit. Sejauh ini, baru ada dua rumah sakit yang didirikan dari harta wakaf, yaitu Rumah Sakit Islam Banjarmasin (RSIB) dan Rumah Sakit Islam Sultan Agung Kota Citra Graha di Kota Banjarbaru.

Oleh karena itu, penelitian ini dilakukan untuk menjawab masalah penelitian, yaitu apa preferensi penggunaan harta wakaf yang paling dibutuhkan di Kalimantan Selatan di bidang kesehatan? Apakah bentuknya pembangunan layanan kesehatan seperti rumah sakit, klinik, apotek atau pembangunan sarana pendukung layanan kesehatan, seperti laboratorium kesehatan, pembangunan sekolah kesehatan, pengembangan ilmu-ilmu medis, serta pembangunan industri di bidang obat-obatan. Dengan adanya preferensi, maka diharapkan nantinya lembaga pengelola wakaf dan juga calon *wakif* dapat membuat prioritas dalam mendistribusikan harta wakaf di bidang kesehatan.

Hasil penelitian diharapkan dapat membantu pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan dalam menentukan kebutuhan pembangunan masyarakat di bidang kesehatan. Di samping itu, bagi daerah yang mengalami kondisi yang hampir sama dengan kondisi permasalahan kesehatan masyarakat di Provinsi Kalimantan Selatan akan dapat menjadikan temuan dalam penelitian ini sebagai masukan untuk pengembangan dan peningkatan kualitas kesehatan masyarakat sehingga dapat meningkatkan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) dan Indeks Kesehatan Masyarakat (IKM) di provinsi masing-masing.

2. Kajian Literatur

Berdasarkan tujuannya, wakaf terbagi menjadi 3 macam, yaitu (1) *wakaf ahli*, yaitu wakaf yang ditujukan kepada keluarga *wakif* atau orang tertentu, seorang atau lebih; (2) *wakaf khairi* yang bertujuan untuk kepentingan agama atau kemasyarakatan yang diserahkan untuk keperluan umum, seperti pembangunan masjid, sekolah, jembatan, rumah sakit, panti asuhan anak yatim, dan lain sebagainya; dan (3) *wakaf musytarakah*, yaitu wakaf untuk kepentingan keluarga *wakif* dan untuk kepentingan umum, misalnya lahan pekuburan selain untuk keluarganya bisa juga digunakan untuk masyarakat umum (Kasdi, 2014). Semua jenis wakaf tersebut tujuannya adalah untuk kesejahteraan umat Islam dengan cara memperluas pemanfaatan harta wakaf ke berbagai sektor, seperti sektor ekonomi, pendidikan dan kesehatan (Hazami, 2016).

Model wakaf di bidang kesehatan terbagi menjadi dua. Pertama, pembangunan fasilitas layanan kesehatan seperti rumah sakit, klinik, alat kesehatan, dan apotik. Kedua, pembangunan sarana pendukung kesehatan masyarakat seperti laboratorium, seperti pembangunan sekolah kesehatan, dan pengembangan ilmu-ilmu medis serta pembangunan industri di bidang obat-obatan dan kimia (Kasdi, 2014). Tujuan wakaf di sektor kesehatan adalah untuk memudahkan akses masyarakat kepada pelayanan kesehatan dengan biaya yang murah bila dibandingkan dengan rumah sakit yang didirikan bukan berasal dari dana wakaf (Usman, 2014).

Kajian terkait pemberdayaan harta wakaf di bidang kesehatan masih relatif sangat sedikit dibandingkan penelitian tentang pendistribusian wakaf di bidang lain. Di antaranya, Nurodin Usman (2014) dalam penelitiannya menjelaskan secara kualitatif tentang manajemen wakaf Rumah Sakit Sultan Agung Semarang (2014). Sedangkan Wan Abdul Fattah Wan Ismail et al (2019) menjelaskan penerapan wakaf di bidang kesehatan yang dilaksanakan oleh Universitas Sain Islam Malaysia (USIM). Kedua penelitian ini menjelaskan tentang wakaf di bidang kesehatan dengan membangun rumah sakit atau klinik.

Berbeda dengan penelitian di atas, Rusydiana et. al (2019) menemukan bahwa sektor pendidikan merupakan prioritas kebutuhan dalam pengembangan wakaf di Indonesia menurut pandangan *wakif*, kemudian disusul dengan sektor kesehatan dan sektor lainnya seperti kesejahteraan sosial, pembangunan masjid, infrastruktur, lingkungan dan perdagangan. Selain itu, dalam penelitian ini juga ditemukan bahwa wakaf tunai lebih

diprioritaskan dibandingkan bentuk wakaf lain dalam pengembangan wakaf di Indonesia.

Penelitian Rusydiana et. al (2019) menginspirasi penulis untuk menggali pembangunan fasilitas apa yang paling dibutuhkan oleh masyarakat Kalimantan Selatan di sektor kesehatan menggunakan harta wakaf baik menurut pandangan *wakif*, *nazhir*, akademisi dan pemerintah. Sektor kesehatan dipilih disebabkan selain menempati posisi kedua dalam kebutuhan prioritas penggunaan harta wakaf di Indonesia, juga pembangunan kesehatan menggunakan harta wakaf di Indonesia terlihat lebih sedikit dibandingkan sektor pendidikan dan pembangunan masjid (dakwah) termasuk di Provinsi Kalimantan Selatan.

3. Metode Penelitian

Data

Data primer yang dibutuhkan dalam penelitian ini bersumber dari dua kelompok responden, yaitu pakar dan praktisi.

1. Pakar

- a. Intansi pemerintah, terdiri dari satu orang dari Dinas/Badan Perencanaan Daerah dan satu orang dari Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan. Para responden dimintai pendapat untuk menentukan kriteria kebutuhan pembangunan di bidang kesehatan dan kebutuhan prioritas antara pembangunan fasilitas layanan dan fasilitas pendukung kesehatan di Provinsi Kalimantan Selatan menggunakan harta wakaf. Selain itu, mereka diminta oleh penulis untuk memvalidasi model ANP yang dibangun penulis.
- b. Akademisi, satu orang akademisi yang memahami teori wakaf untuk diminta oleh penulis memvalidasi model ANP yang dibangun dan menentukan kebutuhan prioritas antara pembangunan fasilitas layanan dan fasilitas pendukung kesehatan di Provinsi Kalimantan Selatan menggunakan harta wakaf.

2. Praktisi

Nazir, yaitu satu orang dari Yayasan Badan Wakaf Sultan Agung (YBWSA), satu orang dari Bank Kalsel Syariah (LKS-PWU), satu orang dari Dompot Dhu'afa Cabang Banjarmasin, dan satu orang *wakif*. Semua praktisi dimintai pendapat oleh penulis untuk menentukan kebutuhan prioritas antara pembangunan fasilitas layanan dan fasilitas pendukung kesehatan di Provinsi Kalimantan Selatan.

Jumlah masing-masing responden dari pakar sebanyak tiga orang dan dari praktisi sebanyak empat orang sehingga jumlah responden sebanyak tujuh

orang. Semua informasi dan pengetahuan yang digali dari responden dijadikan informasi dan data penelitian, termasuk untuk memvalidasi model. Teknis pengalihan informasi dari semua jenis responden tersebut menggunakan wawancara atau FGD (Tabel 1).

Tabel 1. Metode Pengumpulan Data

<i>Metode</i>	<i>Pakar</i>	<i>Praktisi</i>
Wawancara/FGD	3	4
ANP-AHP	3	4

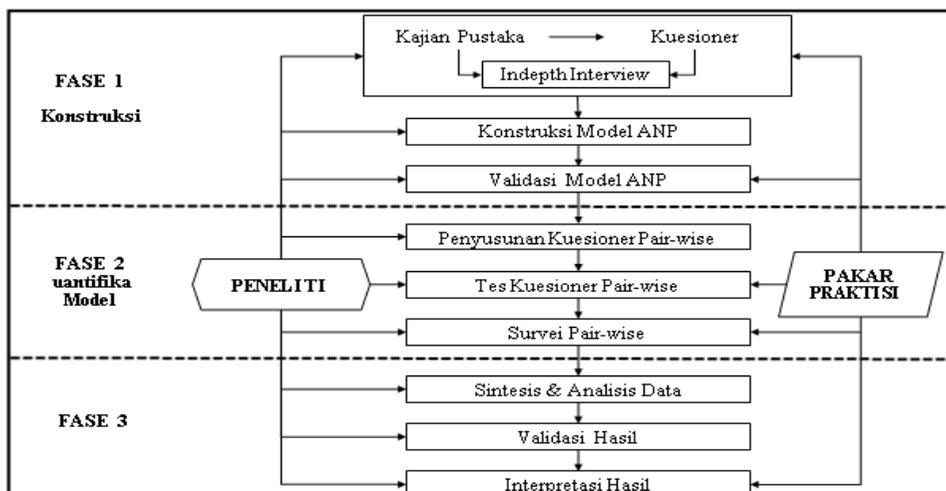
Metode

Penelitian ini menggunakan metode ANP-AHP. ANP merupakan pengembangan dari *Analytical Hierarchy Process* (AHP) dimana level-level memiliki hierarki. Pada jaringan AHP terdapat level tujuan, kriteria, sub-kriteria, dan alternatif, dimana masing-masing level memiliki elemen. Sementara itu, pada jaringan ANP, level dalam AHP disebut klaster yang dapat memiliki kriteria dan alternatif di dalamnya dan saling berhubungan (Rusyiana, 2018).

Prinsip-prinsip dasar ANP ada tiga, yaitu dekomposisi, penilaian komparasi (*comparative judgements*), dan komposisi atau sintesis dari prioritas (Saaty, 1996). Prinsip dekomposisi diterapkan untuk menstrukturkan masalah yang kompleks menjadi kerangka hierarki atau jaringan klaster, sub-klaster, sus-sub klaster, dan seterusnya. Dengan kata lain, dekomposisi adalah memodelkan masalah ke dalam kerangka ANP.

Prinsip penilaian komparasi diterapkan untuk membangun perbandingan pasangan (*pairwise comparison*) dari semua kombinasi elemen-elemen dalam klaster dilihat dari klaster induknya. Perbandingan pasangan ini digunakan untuk mendapatkan prioritas lokal dari elemen-elemen dalam suatu klaster dilihat dari klaster induknya.

Prinsip komposisi hierarkis atau sintesis diterapkan untuk mengalihkan prioritas lokal dari elemen-elemen dalam klaster dengan prioritas ‘global’ dari elemen induk, yang akan menghasilkan prioritas global seluruh hierarki dan menjumlahkannya untuk menghasilkan prioritas global. Dalam melakukan penelitian ini, ada beberapa tahapan yang dilakukan sebagaimana diuraikan pada Gambar 1.



Gambar 1. Tahapan ANP

1. Konstruksi Model

Tahap ini bisa juga disebut sebagai dekomposisi. Pada tahap ini penulis melakukan konstruksi model dengan melakukan sejumlah langkah berikut.

a. Tinjauan pustaka

Ada dua jenis literatur, yaitu literatur ilmiah dari jurnal, buku teks dan sejenisnya, serta literatur umum dari artikel, buku, data, berita dan sejenisnya.

b. Wawancara mendalam

Pengetahuan dan informasi yang didapatkan melalui studi pustaka digunakan sebagai dasar untuk melakukan wawancara mendalam dengan para pakar dan praktisi wakaf di bidang kesehatan (responden).

c. Penentuan kriteria kebutuhan bidang kesehatan dengan cara berikut:

- 1) memberikan kuesioner dengan Delphi-Likert kepada responden;
- 2) menentukan model kebutuhan wakaf di bidang kesehatan;
- 3) merancang model ANP untuk kebutuhan di bidang kesehatan yang diperlukan di Provinsi Kalimantan Selatan dan membuat jaringan ANP pada *software* Superdecision kemudian memvalidasi model tersebut kepada para pakar.

2. Kuantifikasi Model

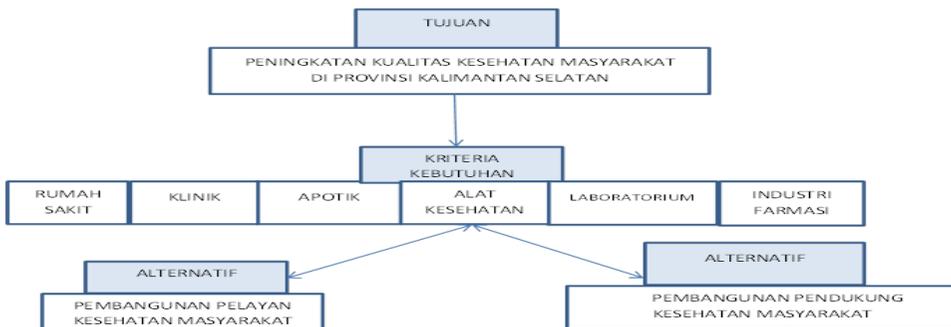
Untuk melakukan penilaian komparasi, penulis membuat kuantifikasi model dengan melakukan kegiatan sebagai berikut:

a. membuat desain kuesioner pairwise ANP;

- b. melakukan uji coba kuesioner pairwise ANP;
 - c. melaksanakan survei ke responden.
3. Analisis Hasil
- Tahap ini bisa juga disebut dengan membuat komposisi hirarkis dan sistesis, yaitu dengan melakukan:
- a. sintesis data;
 - b. analisis data;
 - c. validasi hasil ANP; dan
 - d. interpretasi data ANP.

Membangun Model

Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya, sebelum membangun model ANP, penulis terlebih dahulu menentukan kriteria-kriteria kebutuhan di bidang kesehatan yang diperlukan di Provinsi Kalimantan Selatan menggunakan wawancara mendalam yang digali dari studi pustaka. Setelah diketahui kebutuhan-kebutuhan di bidang kesehatan tersebut, lalu dirancang model ANP kemudian divalidasi kembali oleh responden (pakar). Adapun model ANP-AHP yang dibangun seperti Gambar 2.



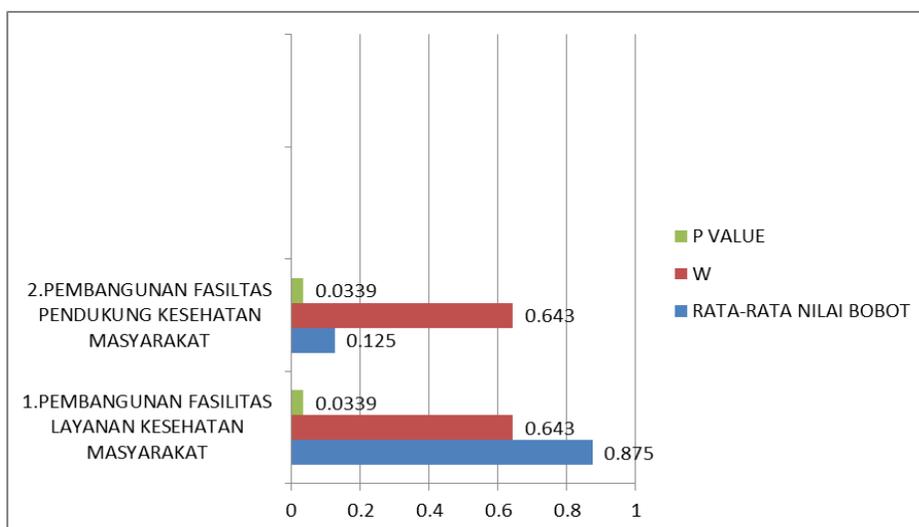
Gambar 2. Model ANP-AHP

Keterangan :

- Tujuan : Terjadi peningkatan kualitas kesehatan masyarakat di Provinsi Kalimantan Selatan
- Kriteria : Macam-macam kebutuhan yang bisa meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat
- Alternatif : Pilihan yang akan diambil dalam membuat keputusan terhadap kebutuhan yang paling penting dalam rangka peningkatan kualitas kesehatan masyarakat di Provinsi Kalimantan Selatan.

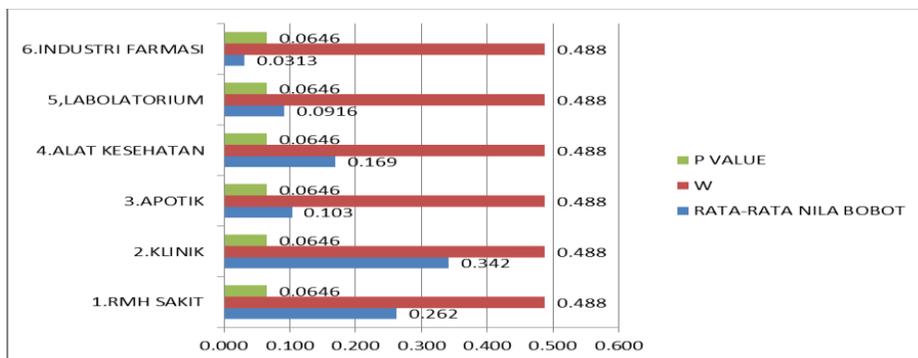
4. Hasil Penelitian

Setelah melakukan pengumpulan data, mengkuantifikasikan, melakukan sistesis serta analisis data menggunakan software Superdecision 2.0 diperoleh hasil penelitian. Hasil dari penelitian ini adalah prioritas utama dalam pembangunan pada bidang kesehatan menggunakan instrumen wakaf di Provinsi Kalimantan Selatan, yaitu pembangunan fasilitas layanan kesehatan dengan nilai bobot rata-rata sebesar 0,875 (87,5%). Sedangkan prioritas kedua adalah pembangunan fasilitas pendukung kesehatan masyarakat dengan nilai bobot rata-rata 0,125 (12,5%). Nilai kesepakatan (W) dari seluruh nilai bobot keduanya adalah 0,643 dengan P Value 0,0339. Hal ini dapat dilihat pada Gambar 3.



Gambar 3. Prioritas Pembangunan Bidang Kesehatan

Dari enam kriteria fasilitas layanan dan pendukung kesehatan yang harus dibangun, pembangunan fasilitas yang paling prioritas adalah klinik dengan nilai rata-rata bobot sebesar 0,342 (34,2%) kemudian ranking ke-2, yaitu rumah sakit dengan rata-rata nilai bobot 0,262 (26,2%), ranking ke-3, alat kesehatan dengan rata-rata nilai bobot 0,169 (16,9%), ranking ke-4 apotik dengan rata-rata nilai bobot 0,103 (10%), ranking ke-5, laboratorium dengan rata-rata nilai bobot 0,0916 (9%), dan yang terakhir adalah industri farmasi dengan rata-rata nilai bobot sebesar 0,033 (3%). Semua nilai bobot ini mempunyai nilai tingkat kesepakatan (W) sebesar 0,488 dengan P Value 0,0646. Hal ini dapat dilihat pada Gambar 4.



Gambar 4. Prioritas Fasilitas Kesehatan

Berdasarkan hasil wawancara dengan responden yang memilih klinik menjadi pilihan prioritas utama dalam pembangunan fasilitas layanan kesehatan masyarakat di Kalimantan Selatan, mereka berpendapat klinik dapat membantu melayani keperluan masyarakat yang belum dapat ditangani oleh Puskesmas setempat. Karena beberapa Puskesmas tidak memiliki layanan yang lengkap, seperti klinik gigi atau bersalin yang biasanya lebih banyak berupa klinik perorangan atau swasta.

Kedua, memberikan pertolongan pertama pada kasus penyakit yang berhubungan di masyarakat terutama bagi wilayah dengan layanan kesehatan terbatas. Biasanya ini dirasakan oleh masyarakat yang tinggal di kota-kota kecil di Kalimantan Selatan dan memiliki jumlah Puskesmas atau rumah sakit yang minim. Ketiga, membantu memberikan fasilitas pelayanan kesehatan yang jauh lebih nyaman daripada Puskesmas. Keempat, membantu program pemerintah terutama dalam mengedukasi kesehatan anak dan ibu hamil yang tidak seluruhnya dapat dilakukan dan ditangani oleh pihak Puskesmas.

5. Kesimpulan

Dari beberapa penelitian terdahulu belum ditemukan penelitian yang mengkaji kebutuhan pembangunan di bidang kesehatan menggunakan harta wakaf di suatu daerah, mengingat kebutuhan di bidang kesehatan di daerah sangat beragam. Begitu juga penelitian di bidang kesehatan menggunakan harta wakaf masih jarang menggunakan metode ANP.

Berdasarkan hasil perhitungan, pembangunan fasilitas layanan kesehatan merupakan kebutuhan paling prioritas dalam rangka untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat Kalimantan Selatan dengan rata-rata nilai bobot 0,875 (87,5%) dibandingkan dengan pembangunan fasilitas pendu-

kung kesehatan yang hanya memiliki rata-rata nilai bobot sebesar 0,125 (12,5%).

Sedangkan untuk enam kriteria pembangunan fasilitas layanan dan pendukung kesehatan, klinik menempati rangking pertama dalam urutan prioritas dengan rata-rata nilai bobot sebesar 0,342 (34,2%) kemudian disusul secara berurutan, rumah sakit 0,262 (26,2%), alat kesehatan 0,169 (16,9%), apotik 0,103 (10,3%), laboratorium 0,0916 (9%), dan yang terakhir adalah industri farmasi 0,033 (3%).

Daftar Pustaka

- Alias, N.A.B., Rozali, E.A., & Sidek, R.S.M. (2015). The History of Waqf Fund Development at Hospital Fatih, Istanbul (1470-1481M). Proceedings of the 6th International Symposium on Islam, Civilization and Science, UKM Malaysia.
- BPS. (2022). Persentase Penduduk Miskin (P0) Menurut Provinsi dan Daerah 2021-2022. <https://www.bps.go.id/indicator/23/192/1/persentase-penduduk-miskin-menurut-provinsi.html>
- Charities Aid Foundation. (2021). *CAF World Giving Index 2021: A Global Pandemic Special Report*, June 2021.
- Hazami, Bashlul. (2016). Peran dan Aplikasi Wakaf dalam Mewujudkan Kesejahteraan Umat di Indonesia. *Analisis*, 16(1), 173-204.
- Kasdi, Abdurrahman. (2014). Model Pemberdayaan Wakaf Produktif di Indonesia. *ZISWAF*, 1(1), 108-122.
- Kementerian Kesehatan RI. (2021). *Profil Kesehatan Indonesia 2020*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Laporan Akhir Kajian Kinerja Bidang Kesehatan pada RPJMD Provinsi Kalimantan Selatan, Review Indikator Bidang Kesehatan pada RPJMD Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2015-2021. <http://eprints.ulm.ac.id> diakses tanggal 28 September 2021.
- Rusydiana, A.S, & Abrista, D. (2017). Analisis Pengelolaan Dana Wakaf Uang di Indonesia: Pendekatan Metode Analytical Network Process (ANP). *Al-Awqaf: Jurnal Wakaf dan Ekonomi Islam*, 10(2), 115-133
- Rusydiana, A.S, Sudana, & Lina Marlina. (2019). Manakah Prioritas Sektor Pengembangan Wakaf di Indonesia? *Al-Masraf: Jurnal Lembaga Keuangan dan Perbankan*, 4(1), 7-16.
- Rusydiana, A.S. (2018). Kriteria Pemilihan Lembaga Wakaf di Indonesia: Pendekatan Multicriteria Decision Making. *Equilibrium: Jurnal Ekonomi Syariah*, 6(2), 185-205.

- Saaty, T.L. (1977). A Scaling Method for Priorities in Hierarchical Structures. *Journal of Mathematical Psychology*, 15, 234-281.
- Usman, Nurodin. (2014). Pengelolaan Wakaf Produktif untuk Kesehatan (Studi Kasus Bandha Wakaf Masjid Agung Semarang). *Muaddib*, 4(2), 1-20.
- Wan Ismail, Wan Abdul Fattah, Johari, Fuadah, & Baharuddin, Ahmad Syukran. (2019). Implementation of Healthcare Waqf: A Case Study of Universiti Sains Islam Malaysia's Health Specialist Clinic. *Al-Shajarah: Journal Islamic Thought and Civilization (ISTAC)*, 125-148.