

Peran Wakaf sebagai Penggerak Fasilitas Kesehatan dalam Peradaban Islam dan Penerapannya di Indonesia

Muhammad Sena Nugraha Pamungkas
Universitas Airlangga
muhammad.sena.nugraha-2020@feb.unair.ac.id

ABSTRACT

This study aims to identify the concept and utilization of waqf in establishing and running health care facilities in Islamic civilization and evaluating if the same concept is applied in Indonesia. By using the documentary research method this study examining and exploring various secondary sources related to the research topic. This research concludes that the use of waqf in supporting and maintaining the sustainability of healthcare facilities has become a part of Islamic civilization. The concept of using waqf in operating and supporting health facilities is also not against the prevailing laws and regulations. In fact, the concept is in the same line with article 170 of Law No. 36 of 2009 concerning Health and Presidential Decree No.59 of 2017 concerning Sustainable Development. With the harmony between the concept of waqf and the prevailing law and regulations, it is expected that the government could realizing development a sustainable and inclusive healthcare facilities based on waqf.

Keywords: *waqf, healthcare facilities, sustainable financing, islamic civilization*

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji konsep dan pemanfaatan wakaf dalam mendirikan dan menjalankan fasilitas pelayanan kesehatan dalam peradaban Islam dan mengkaji jika konsep yang sama diterapkan di Indonesia. Dengan menggunakan metode penelitian kualitatif studi kepustakaan penelitian ini mengkaji dan menggali berbagai sumber sekunder dalam bentuk dokumen-dokumen yang berkaitan dengan topik penelitian. Penelitian ini menyimpulkan bahwa pemanfaatan wakaf dalam mendirikan dan menjalankan keberlangsungan fasilitas kesehatan telah menjadi bagian dari peradaban Islam. Konsep penggunaan wakaf dalam pembangunan dan penunjang operasional fasilitas kesehatan tidak bertentangan dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Bahkan konsep tersebut sejalan dengan pasal 170 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan; dan Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2017 tentang Pembangunan Berkelanjutan. Dengan keselarasan antara konsep wakaf dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku diharapkan pemerintah dapat mewujudkan pembangunan fasilitas kesehatan yang berkelanjutan dan inklusif berbasis wakaf.

Kata kunci: *Wakaf, fasilitas kesehatan, pembiayaan berkelanjutan, peradaban Islam*

PENDAHULUAN

Hak atas kesehatan merupakan hak mendasar setiap manusia. Tanpa jiwa dan raga yang sehat maka seseorang tidak akan mampu menjalankan aktivitasnya secara paripurna. Dalam UU No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, *kesehatan* didefinisikan sebagai 'keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis'. Keempat aspek tersebut (fisik, mental, spiritual dan sosial) saling mempengaruhi satu sama lain. Saat mental seseorang sakit, misal depresi, maka hal itu dapat berakibat kepada menurunnya kesehatan fisik, sistem imun akan melemah dan penyakit menjadi lebih mudah menyerang. Sebaliknya saat fisik seseorang sakit, misal terindikasi mengidap suatu penyakit menular, maka hal itu akan berdampak pada kesehatan mentalnya, tingkat kecemasan akan meningkat bahkan bisa berakibat pada serangan panik. Begitu juga dengan aspek sosial, saat kesehatan seseorang menurun maka haknya atas aspek sosial tidak dapat terpenuhi. Seseorang yang kesehatannya terganggu dapat kehilangan kemampuan untuk bekerja, jika kondisi tersebut berlangsung dalam jangka waktu yang lama maka akan mengakibatkan pada menurunnya pendapatan dan kualitas hidup, sehingga aspek sosialnya pun terganggu.

Pentingnya kesehatan sebagai hak asasi manusia dan sebagai kondisi yang diperlukan untuk terpenuhinya hak-hak lain telah diakui secara internasional. Dalam pasal 25 *Universal Declaration of Human Rights* (UDHR) dinyatakan bahwa setiap orang berhak atas taraf kehidupan yang memadai untuk kesehatan dan kesejahteraan dirinya sendiri, dan keluarganya. Termasuk hak atas pangan, sandang, papan dan pelayanan kesehatan, pelayanan sosial yang diperlukan, serta hak atas keamanan pada saat menganggur, sakit, cacat, ditinggalkan oleh pasangannya, lanjut usia, atau keadaan-keadaan lain yang mengakibatkan merosotnya taraf kehidupan yang terjadi di luar kekuasaannya (Ardinata, 2020).

Tahun 2015, World Bank mengungkapkan bahwa negara-negara OIC (termasuk Indonesia) memiliki kinerja tata kelola yang buruk sehingga tidak memungkinkan untuk meningkatkan pengeluaran dan menyediakan fasilitas penunjang kesejahteraan (fasilitas kesehatan salah satunya) seperti di Amerika dan Eropa (Shaikh, Ismail, & Shafiai, 2017). Dengan kata lain dibutuhkan bantuan dari sektor swasta untuk mengisi kekosongan peran pemerintah tersebut. Meski dapat membantu menyediakan fasilitas kesehatan (faskes), tetapi secara rasional sektor swasta tidak mungkin menyediakan fasilitas tersebut tanpa dilatarbelakangi oleh motif mencari keuntungan.

Menurut Notoatmodjo dalam Susanti (2017) manajemen kesehatan tidak dapat disamakan dengan administrasi niaga (*business administration*) yang lebih banyak berorientasi pada upaya untuk mencari keuntungan finansial (*profit oriented*). Menurutnya administrasi kesehatan lebih tepat digolongkan ke dalam administrasi umum/publik (*public administration*) karena organisasi kesehatan lebih mementingkan pencapaian

kesejahteraan masyarakat umum. Orang yang menggunakan fasilitas kesehatan berarti orang tersebut sedang tidak dapat menjalankan kegiatan kesehariannya secara maksimal, termasuk kegiatannya dalam bekerja dan mendapatkan penghasilan juga terganggu, sehingga tidak tepat jika kepada mereka dibebankan suatu biaya atas manfaat yang didapatkan dari fasilitas kesehatan. Oleh karena itu diperlukan suatu sistem pembiayaan dan pendanaan operasional fasilitas kesehatan yang tidak berdasarkan pada motif untuk mencari keuntungan finansial (*non profit oriented*). Dalam sejarah peradaban umat Islam hal tersebut telah dilakukan pada abad pertengahan dengan memanfaatkan dana wakaf.

Wakaf adalah salah satu bentuk dana sosial yang ada dalam ajaran Islam sekaligus salah satu bentuk instrumen keuangan negara. Setiap orang dapat mengeluarkan harta/asetnya untuk diwakafkan tanpa adanya batasan minimum jumlah dan waktu kepemilikan layaknya dalam zakat. Bedanya dengan sedekah (instrumen dana sosial lainnya dalam Islam), aset wakaf harus dipertahankan dan dikelola. Jika pengelolaan aset wakaf tersebut menghasilkan keuntungan, maka keuntungan tersebut dapat dimanfaatkan dalam berbagai aspek sosial untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Jadi baik aset maupun hasil pengelolaan aset wakaf, keduanya dapat memberikan manfaat sosial bagi masyarakat. Konsep wakaf ini sangat cocok untuk digunakan dalam membiayai pembangunan dan operasional fasilitas kesehatan karena memiliki kesamaan tujuan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat dan tidak bermotifkan keuntungan finansial.

Indonesia sebagai negara besar dengan mayoritas penduduknya beragama Islam tentu memiliki potensi dana wakaf yang cukup besar. Zaim Saidi dalam Aziz (2017) mengatakan bahwa potensi wakaf di Indonesia dapat mencapai sepertiga kekayaan umat Islam. Potensi tersebut diukur dari anjuran Rasulullah untuk berwakaf sebesar sepertiga harta yang dimiliki. Pada bulan Oktober tahun 2020 Menteri Keuangan Indonesia, Sri Mulyani mengatakan bahwa potensi wakaf di Indonesia dapat mencapai Rp 217 triliun atau setara dengan 3,4% dari PDB Indonesia (Akbar, 2020).

Penelitian mengenai pemanfaatan harta wakaf secara produktif pada berbagai bidang telah banyak dilakukan. Mulasaputra & Hamzah (2017) melakukan penelitian mengenai optimalisasi wakaf dalam meningkatkan perekonomian Indonesia. Dalam penelitiannya mereka menemukan bahwa mayoritas wakaf di Indonesia berada dalam bentuk masjid, sekolah dan pesantren. Hasil dari pengelolaan aset wakaf tersebut hanya cukup untuk mendukung biaya operasional aset itu sendiri. Mereka memberikan saran agar pemanfaatan dana wakaf dapat digunakan lebih optimal ke dalam berbagai bentuk lain yang lebih produktif seperti pendirian perusahaan baru hingga pembiayaan bisnis-bisnis strategis.

Hanesti, Kurnia, & Herianingrum (2018) melakukan penelitian mengenai potensi wakaf tunai sebagai solusi untuk mengatasi masalah kebutuhan pangan di Indonesia. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa permasalahan pangan di Indonesia terdapat pada faktor pengadaan dan pendistribusian pangan. Untuk mengatasi faktor pengadaan pangan

penelitian tersebut membuat model pengadaan pangan dengan mengoptimalkan fungsi wakaf uang dan BMT, di mana BMT menjadi lembaga yang berfungsi untuk mengumpulkan dan mengelola dana wakaf hingga dapat dimanfaatkan untuk menunjang proses pengadaan pangan. Di sisi lain konsep pemerataan kekayaan dan larangan untuk menimbun yang ada dalam Islam perlu diterapkan oleh pemerintah (dalam kapasitasnya sebagai pemimpin) untuk mendistribusikan kebutuhan pangan dari daerah penghasil pangan ke daerah-daerah yang memerlukan.

Paul & Faudji (2020) dalam penelitiannya mengenai pengoptimalan pengelolaan wakaf uang dalam bentuk *cash waqf linked sukuk* (CWLS) menunjukkan ruang yang luas mengenai perkembangan pemanfaatan dana wakaf tunai. CWLS adalah inovasi di bidang keuangan dan investasi sosial Islam di Indonesia yang dipelopori oleh BWI, di mana wakaf uang dapat diinvestasikan ke dalam bentuk sukuk negara. CWLS dianggap sebagai suatu terobosan inovatif di bidang pengelolaan wakaf di mana dana wakaf yang diinvestasikan dalam bentuk sukuk dapat lebih terjamin nilai pokoknya, karena dijamin langsung oleh negara, dan imbal hasil yang didapatkan lebih kompetitif, karena BWI dikecualikan dari perpajakan. Hasil dari CWLS telah digunakan di berbagai sektor yaitu:

- 1) Pembelian dan renovasi alat dan bangunan kesehatan Retina Centre pada Rumah Sakit wakaf Achmad Wardi yang berlokasi di Serang Banten.
- 2) Pelayanan operasi katarak gratis bagi kaum dhuafa dalam 5 tahun sebanyak 2.513 pasien di Rumah Sakit Achmad Wardi.
- 3) Pengadaan mobil ambulans
- 4) Melaksanakan program 1.000 kacamata untuk santri

Berbagai penelitian terdahulu tersebut menunjukkan luasnya ruang pemanfaatan wakaf di berbagai bidang. Hal tersebut menjadi bukti empiris besarnya kemungkinan pemanfaatan wakaf untuk bidang kesehatan di Indonesia. Terlebih kesehatan merupakan salah satu aspek esensial dalam kehidupan manusia yang terdapat dalam *maqashid syariah* yaitu *An Nafs* (jiwa).

Berdasarkan latar belakang yang telah dijabarkan sebelumnya penulis bermaksud untuk mengkaji konsep pemanfaatan wakaf untuk mendirikan dan menjalankan fasilitas kesehatan dalam peradaban Islam dan mengkaji sejauh mana konsep tersebut dapat diterapkan di Indonesia. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi dasar dalam membuat konsep pemanfaatan wakaf sebagai salah satu sumber keuangan untuk mendirikan dan menjalankan fasilitas kesehatan di Indonesia agar akses terhadap fasilitas kesehatan lebih terjangkau dan kualitas hidup seluruh masyarakat dapat meningkat.

METODE PENELITIAN

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kepustakaan. Menurut Nazir dalam Sari & Asmendri (2020) studi

kepastakaan adalah teknik pengumpulan data dengan melakukan penelaahan terhadap buku, literatur, catatan, serta berbagai laporan yang berkaitan dengan masalah yang ingin dipecahkan. Sumber data dalam penelitian ini berasal dari jurnal, buku, dan dokumen-dokumen lain (baik dalam bentuk elektronik ataupun cetak) yang berhubungan dengan topik penelitian. Kemudian data-data yang telah dikumpulkan tersebut dianalisis dengan menggunakan teknik analisis deskriptif dan digunakan untuk menjawab rumusan masalah penelitian ini.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Konsep Fasilitas Kesehatan Di Indonesia

Pentingnya kesehatan sebagai hak asasi manusia dan sebagai kondisi yang diperlukan untuk terpenuhinya hak-hak lain telah diakui secara internasional (Ardinata, 2020). Oleh karena itu maka akses masyarakat terhadap berbagai hal yang menunjang terpenuhinya hak asasi tersebut perlu terus ditingkatkan, salah satunya adalah akses terhadap fasilitas kesehatan. Fasilitas kesehatan sendiri diartikan sebagai fasilitas yang menyediakan pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat (Rabbaniyah & Nadjib, 2019).

Indonesia memiliki payung yuridis yang jelas mengenai hak kesehatan tersebut. Dalam pasal 28H ayat 1 UUD 1945 disebutkan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Jaminan bagi setiap warga negara Indonesia untuk memperoleh derajat kesehatan yang optimal juga tercantum dalam pasal 4 UU No 36 Tahun 2009 tentang kesehatan. Pasal 14 UU tersebut menegaskan tanggung jawab pemerintah dalam penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat. Peran dalam bidang kesehatan tidak hanya menjadi tanggung jawab pemerintah saja, tetapi setiap orang juga dituntut untuk ikut serta dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan, perorangan, keluarga dan lingkungannya, sebagaimana disebutkan dalam pasal 12 UU tersebut. Dengan kata lain peraturan perundang-undangan di Indonesia melibatkan seluruh komponen, masyarakat dan pemerintah, untuk menjamin adanya akses terhadap fasilitas kesehatan yang memadai bagi seluruh warga negara.

Meski hak atas fasilitas kesehatan telah memiliki payung hukum yang sangat jelas tetapi menurut Rabbaniyah & Nadjib (2019) faktor sosial ekonomi (status pekerjaan, prestasi, pendidikan, pendapatan, kemiskinan dan kekayaan) merupakan salah satu faktor predisposisi dalam pemanfaatan fasilitas kesehatan khususnya di Jawa Barat. Meski dilakukan di Jawa Barat tetapi hasil penelitiannya tersebut relatif relevan dengan kondisi masyarakat secara nasional. Pendapatan seseorang dapat berpengaruh terhadap

pemanfaatan fasilitas kesehatan karena berhubungan dengan biaya pelayanan kesehatan seperti biaya untuk membayar dokter, tenaga medis, dan untuk menebus obat. Seseorang dengan pendapatan yang rendah akan menghadapi hambatan dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan karena biaya-biaya tersebut.

Untuk mengatasi hal tersebut maka negara mengamanatkan kepada pemerintah melalui UU No 40 tahun 2004 untuk mengadakan suatu Sistem Jaminan Nasional yang kemudian dilaksanakan oleh pemerintah dengan membentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang mencakup Jaminan Kesehatan Nasional dan Jaminan Ketenagakerjaan. Meskipun program Jaminan Kesehatan Nasional telah dilaksanakan sejak 1 Januari 2014 namun dalam praktiknya masih ditemukan banyak kendala (Yustina, 2015). Salah satu kendala yang dihadapi adalah adanya defisit keuangan yang ditemukan pada lembaga BPJS Kesehatan. Catatan laporan keuangan tahunan BPJS Kesehatan menunjukkan defisit yang terjadi dari tahun ke tahun dengan rincian masing-masing sebesar Rp3,8 Triliun (2014), Rp 5,9 Triliun (2015), Rp 9,7 Triliun (2016), 10 Triliun (2017), Rp 9,1 Triliun (2018), dan mencapai Rp 13 Triliun pada tahun 2019 (Setiyono, 2018; Ramadhan, 2019; Asmara, 2020). Menurut Firdaus & Wondabio (2019) defisit yang dialami oleh BPJS Kesehatan disebabkan karena kondisi-kondisi berikut: 1) *Mismatch* antara pendapatan iuran dan beban manfaat; 2) Premi kepesertaan berada dalam posisi *underpriced*; 3) Besarnya jumlah tunggakan pembayaran iuran kepesertaan; 4) Besarnya biaya pelayanan kesehatan disebabkan banyaknya penduduk yang menderita penyakit kronis.

2. Konsep Wakaf

Secara etimologi kata *wakaf/waqf* memiliki arti 'menahan', 'menghentikan' atau 'mengekan' (Uyun, 2015). Secara istilah, wakaf berarti menahan suatu aset yang dapat dimanfaatkan oleh pengelola (*wakif*) di mana hasil pengelolaan aset tersebut disalurkan untuk tujuan-tujuan baik yang sesuai dengan hukum Islam dengan harapan mencari keridhaan Allah Swt. (Uyun, 2015; Rahman & Ahmad, 2011; Hanesti et al., 2018). Menurut UU No 41 Tahun 2004 tentang Wakaf pasal 1 ayat 1 mengartikan wakaf sebagai perbuatan hukum wakif (pihak yang mewakafkan harta bendanya) untuk memisahkan dan/atau menyerahkan sebagian harta benda miliknya untuk dimanfaatkan selamanya atau untuk jangka waktu tertentu sesuai dengan kepentingannya guna keperluan ibadah dan/atau kesejahteraan umum menurut syariah.

Aset/harta yang diwakafkan harus dipertahankan dan dikelola agar menghasilkan suatu manfaat yang kemudian dapat digunakan sesuai dengan hukum syariah yang telah disetujui oleh orang yang berwakaf. Karakteristik yang khas ini tidak ada pada amal sosial lainnya di dalam Islam seperti sedekah dan zakat. Menurut Sayyid Sabiq dalam Uyun (2015) sedekah pada dasarnya adalah setiap kebajikan/perbuatan baik yang dilakukan oleh seorang muslim. Sehingga wakaf bisa termasuk ke dalam bentuk sedekah. Tetapi wakaf memiliki syarat yang lebih spesifik dan dampak yang lebih berkelanjutan dibandingkan

sedekah. Pemanfaatan wakaf juga lebih fleksibel jika dibandingkan dengan zakat karena tidak mensyaratkan waktu (*haul*) dan batasan kepemilikan (*nisab*) tertentu pada aset yang hendak diwakafkan, dan tidak membatasi penyalurannya selayaknya zakat. Oleh karena itu wakaf memiliki potensi keberlangsungan manfaat yang lebih lama dan cakupan manfaat yang lebih luas bagi masyarakat.

Selain besarnya manfaat yang diterima oleh masyarakat, bagi orang yang berwakaf pun Allah Swt. dan Rasul-Nya Saw. menjanjikan pahala yang besar yang sukar ditemui pada amalan saleh lainnya. Sebagaimana dalam hadits Rasulullah Saw. yang artinya

Diriwayatkan dari Abu Hurairah r.a. bahwa Rasulullah s.a.w bersabda, "Apabila manusia meninggal dunia, terputuslah (pahala) amal perbuatannya kecuali dari tiga hal, yaitu kecuali dari sedekah jariyah (wakaf), ilmu yang dimanfaatkan, atau anak shaleh yang mendoakannya" (H.R. Muslim, al-Tirmidzi, al-Nasa'i, dan Abu Daud) (dikutip dari Fatwa MUI tentang Wakaf Uang).

Lalu juga sebagaimana firman Allah Swt. dalam Al-Quran surat Ali-Imran:92 yang artinya

Kamu sekali-kali tidak sampai kepada kebajikan (yang sempurna), sebelum kamu menafkahkan sebahagian harta yang kamu cintai. Dan apa saja yang kamu nafkahkan, maka sesungguhnya Allah mengetahuinya (Q.S Ali Imran [3]: 92)

Ayat di atas dijadikan dalil mengenai wakaf karena setelah turun ayat tersebut ada seorang sahabat Rasulullah SAW yang memberikan kebun kurma yang paling disenanginya. Rasulullah SAW kemudian menahan kebun kurma tersebut dan membagikan hasilnya kepada kaum muslim (Uyun, 2015).

3. Sejarah Fasilitas Kesehatan Dalam Peradaban Islam

Hakikat atau tujuan awal pemberlakuan syariat (aturan) Islam adalah untuk mewujudkan kemaslahatan manusia atau yang dikenal dengan istilah *Maqashid Syariah* (Jauhari, 2011). Menurut Al-Syatibi terdapat lima unsur pokok *maqashid syariah* yaitu agama, jiwa, keturunan, akal dan harta (Jauhari, 2011). Dilihat dari unsur-unsur tersebut maka Islam mengakui kesehatan jiwa (raga) dan juga mental (akal) sebagai sebuah kebutuhan dasar manusia. Hal tersebut juga ditegaskan dengan banyaknya dalil dalam Al-Quran maupun Al-Hadis mengenai hal tersebut. Salah satunya adalah Q.S Al-Isra ayat 82, yang artinya:

Dan Kami turunkan dari Al-Quran suatu yang menjadi penawar dan rahmat bagi orang-orang yang beriman, dan Al-Quran itu tidaklah menambah kepada orang-orang zalim selain kerugian (Q.S Al-Isra:82).

Penawar yang dimaksud dalam ayat tersebut berarti penawar untuk penyakit yang menyerang raga maupun yang menyerang jiwa (Jauhari, 2011). Penghargaan Islam terhadap jiwa manusia sangatlah tinggi oleh karena itu perilaku bunuh diri yang berakibat

pada hilangnya jiwa seorang manusia dilarang dalam Islam. Sebagaimana dalam Q.S An-Nisa ayat 29 Allah Swt. berfirman yang artinya

Dan janganlah kamu membunuh dirimu; sesungguhnya Allah adalah Maha Penyayang kepadamu
(Q.S AN-Nisa: 29).

Oleh karena itu kesehatan dalam pandangan Islam adalah suatu kebutuhan mendasar yang bahkan menjadi tujuan dari diterapkannya syariat Islam. Berangkat dari nilai ini sejarah mencatat peradaban Islam senantiasa memperhatikan penyediaan fasilitas penunjang kesehatan bagi masyarakat. Konsep tempat pengobatan atau yang dikenal saat ini dengan rumah sakit bahkan telah ada dari sejak zaman Nabi Muhammad SAW. Di mana beliau saat itu menjadikan suatu tempat yang dikhususkan untuk merawat orang-orang yang terluka pada saat peristiwa Perang Parit (*Khandak*).

Rumah sakit Islam pertama yang kemudian tercatat dalam sejarah dibangun pada abad ke-8 oleh Khalifah al-Walid. Rumah sakit tersebut ditujukan untuk merawat orang yang buta, cacat, dan dibiayai untuk merawat orang yang mengidap penyakit lepra. Pada awal abad ke-9 di masa pemerintahan Khalifah Harun al-Rashid peradaban Islam telah memiliki rumah sakit jiwa, dan di masa ini pulalah *bimaristan* (bimar: orang sakit, stan: tempat) mulai dikenal sebagai istilah bagi rumah sakit. Seiring berkembangnya peradaban, keberadaan rumah sakit juga semakin banyak. Pada tahun 1160 M seorang rabbi di Andalusia, Benjamin Tudela, menghitung ada lebih dari lima puluh rumah sakit di Kordoba dan enam puluh rumah sakit di Baghdad (Al Ansari, 2013).

Usaha peningkatan taraf kesehatan masyarakat melalui *bimaristan* sangat inovatif. Untuk menunjang keberlangsungan sistem kesehatan maka di kemudian hari *bimaristan* juga berkembang menjadi sekolah kedokteran. Para calon dokter di *bimaristan* mempelajari hal-hal mengenai bidang kesehatan mendasar dan anatomi dari guru-guru mereka dan mereka menemani para dokter saat melakukan perawatan pada pasien. Artinya proses pembelajaran secara konsep dan praktik telah diterapkan di masa itu layaknya sekolah kedokteran sekarang. *Bimaristan* adalah yang pertama kali menerapkan sistem pencatatan kesehatan terhadap para pasien sehingga para dokter dapat menggunakan catatan tersebut saat akan melakukan perawatan di kemudian hari. Sekolah kedokteran *bimaristan* merupakan yang pertama di dunia yang memberikan ijazah kedokteran dan menerapkan izin pengobatan. Kematian pasien diasosiasikan sebagai kesalahan dokter, oleh karena itu khalifah Al-Muqtadir mewajibkan adanya izin pengobatan untuk seorang dokter. Sebelum seorang dokter lulus ujian dan memperoleh izin pengobatan, maka ia tidak diperkenankan untuk melakukan praktik pengobatan. (Edriss, Rosales, Nugent, Conrad, & Nugent, 2017).

Untuk mendukung proses pendidikan calon dokter yang menuntut ilmu di *bimaristan*, perpustakaan yang besar juga dibangun di sebelah gedung *bimaristan*. Pada tahun 872 M, rumah sakit Tulum di Kairo memiliki koleksi 100.000 buku. Universitas

Mustansiriyya memiliki 80.000 volume buku, perpustakaan Kordoba memiliki 600.000 volume buku, Kairo memiliki 2.000.000 volume buku, dan Tripoli memiliki 3.000.000 volume buku. Untuk menunjukkan kebesaran tersebut, pada abad ke 14 perpustakaan terbesar di Eropa, yang berada di Universitas Paris, memiliki koleksi hanya 400 volume buku. Artinya perpustakaan di Tripoli 7.500 kali lebih besar daripada yang di Paris. (Miller, 2006).

Di masa awal peradaban Islam pemandian umum banyak didirikan karena kebersihan merupakan bagian penting dari ajaran Islam (Khan, 2015). Dengan banyaknya tempat pemandian umum maka tingkat kebersihan di masyarakat akan lebih baik dan dapat meminimalisir penularan penyakit. Selain mendirikan *bimaristan* dan sekolah kedokteran, pemerintahan Islam juga mendorong pengembangan ilmu kesehatan di bidang kimia dan obat-obatan lokal (Khan, 2015).

Untuk mendapatkan badan yang sehat tentu makanan yang menjadi sumber nutrisi badan perlu diperhatikan. Masalah gizi dan pangan juga tidak luput dari perhatian pemerintah Islam. Menurut Hamouche (2007) di Beirut pada masa kekhalifahan ottoman terdapat kantor yang berlokasi di dekat Masjid Agung Beirut yang disebut “keranjang roti” (*basket of bread*) yang berfungsi untuk mendistribusikan makanan kepada orang-orang miskin setiap hari Jumat. Berbeda dengan madrasah al-Umariyah, di sana sumbangan yang biasa diberikan kepada masyarakat sekitar berbentuk roti dan kue (Frankel dalam Khan, 2014).

Dengan kata lain perhatian pemerintahan Islam saat itu di bidang kesehatan sudah cukup menyeluruh, karena selain fasilitas kesehatan yang bersifat kuratif, seperti *bimaristan*, fasilitas preventif yang mendukung kesehatan masyarakat, seperti pembiayaan untuk pangan dan pemandian umum, juga diperhatikan.

4. Peranan Wakaf Dalam Mendanai Fasilitas Kesehatan

Tidak adanya aturan khusus secara syariat mengenai pemanfaatan dana wakaf membuatnya dapat digunakan di berbagai bidang dengan berbagai bentuk. Selain digunakan untuk mendirikan masjid dan fasilitas pendidikan, sebagaimana kebanyakan yang ditemukan di Indonesia, wakaf juga dapat digunakan untuk pembiayaan proyek-proyek strategis pemerintah, jalan, perumahan, dan juga kesehatan. Wakaf di bidang kesehatan merupakan salah satu bidang kemasyarakatan yang sangat penting. Wakaf kesehatan (*healthcare waqf*) adalah wakaf yang ditujukan untuk pembangunan gedung rumah sakit, pembelian mesin-mesin medis, dan berbagai fasilitas lainnya yang dapat bermanfaat untuk orang sakit dan lemah (Ismail, Johari, Baharuddin, Ahmad, & Alias, 2019). Hal tersebut telah dilakukan oleh umat Islam semenjak abad pertengahan karena berbagai fasilitas kesehatan pada masa kekhalifahan Islam didanai oleh wakaf.

Penggunaan dana wakaf dalam pendirian *bimaristan* pada era kekhalifahan Islam dibagi ke dalam dua bentuk. Bentuk yang pertama diberi nama *wakaf primer*. Wakaf primer adalah dana wakaf untuk tanah dan bangunan rumah sakit. Bentuk yang kedua diberi nama

wakaf sekunder. Wakaf sekunder mencakup berbagai macam wakaf setelah *bimaristan* tersebut berdiri seperti wakaf untuk peralatan medis, bangunan komersial, tambahan lahan untuk ekspansi rumah sakit, buku-buku (baik bacaan umum ataupun yang berhubungan dengan medis), pakaian, hingga berbagai macam furnitur yang dapat menunjang operasional *bimaristan* (Al Ansari, 2013).

Penerima manfaat dari wakaf (*mawquf alaihim*) juga dibagi ke dalam dua jenis. Pertama adalah yang menyediakan layanan kesehatan di *bimaristan* seperti dokter, perawat, apoteker, pelayan, dan pembaca Al-Quran. Yang kedua adalah orang-orang yang menggunakan fasilitas *bimaristan*, orang-orang yang berobat. Penerima manfaat wakaf ini tidak mengenal jenis kelamin, etnis, ataupun agama. Meski sebetulnya penerima manfaat dari wakaf dapat ditentukan sesuai dengan kehendak wakif tetapi hal seperti itu dilarang untuk wakaf yang diperuntukan bagi rumah sakit (Al Ansari, 2013)

Pembagian bentuk wakaf menjadi primer dan sekunder kaitannya dengan *bimaristan*, menunjukkan bahwa umat Islam telah memikirkan cara mengelola harta wakaf sesuai dengan hakikatnya. Wakaf digunakan tidak hanya untuk mendirikan bangunan rumah sakit tapi juga dikelola agar rumah sakit tersebut dapat terjamin keberlangsungan operasionalnya dan manfaatnya akan terus dirasakan bahkan lintas generasi. Hal inilah yang perlu diperhatikan dengan seksama, bahwa wakaf untuk rumah sakit tidak harus berhubungan dengan rumah sakit tersebut karena ada juga biaya operasional rumah sakit yang harus terus dipenuhi selama operasional rumah sakit tersebut masih berjalan. Sebagai contoh, seseorang yang mewakafkan sebuah ruko dapat meniatkan dan menyatakan kepada pengelola aset wakaf (*nazhir*) bahwa hasil dari pemanfaatan rukonya tersebut ia wakafkan untuk biaya operasional rumah sakit. Hal tersebut dapat dilakukan mengingat dalam wakaf orang yang mewakafkan hartanya (*wakif*) berhak untuk menentukan penggunaan manfaat atas harta wakafnya tersebut. Karena biaya operasional rumah sakit juga dibiayai oleh wakaf maka masyarakat bisa menikmati fasilitas kesehatan dengan (kalaupun tidak sepenuhnya gratis) sangat terjangkau. Berjalannya sistem ini selama berabad-abad dalam peradaban Islam, menunjukkan bahwa umat Islam saat itu memiliki kemampuan manajerial aset yang sangat baik.

Untuk lebih memahami bagaimana wakaf dapat membiayai, bukan hanya fasilitas kesehatan bahkan sistem jaminan kesehatan untuk suatu kota dan bidang-bidang sosial lainnya menggunakan wakaf, maka perlu dilihat seberapa besar aset wakaf yang dikelola oleh umat Islam saat itu. Dalam penelitiannya Hamouche (2007) menyertakan data mengenai aset wakaf yang ada di Algiers (Aljir) yang saat ini dikenal sebagai Ibukota Aljazair. Menurut Hamouche (2007) pada tahun 1837 tercatat ada 1.558 aset wakaf di Kota Aljir. Angka tersebut diperkirakan nilainya setara dengan 40% dari seluruh aset wakaf yang ada. Pada akhir periode kekhalifahan Ottoman dan di masa awal kolonialisasi Prancis diperkirakan aset wakaf di Aljir mencakup 840 rumah, 258 toko kecil, 33 toko besar, 82 gudang, 3 pemandian umum, 11 toko roti, 4 kafe, 1 *funduq* (gudang dan hotel), 57 taman dengan pohon buah-buahan, 62 peternakan, 6 kincir angin, dan 201 *ana* (tanah yang

disewakan karena aset wakaf yang asli kolaps, sehingga tanah aset disewakan supaya manfaat dari aset dapat tetap berjalan).

Manfaat dari aset-aset wakaf tentu akan lebih baik jika dikelola oleh lembaga wakaf yang dibentuk oleh pemerintah. Bahkan pemerintah dapat mengarahkan agar aset-aset wakaf sejalan dengan tujuan dan rencana pembangunan di bidang sosial dan fasilitas publik, dengan menawarkan skema wakaf dalam proyek-proyek strategis negara. Agar manfaat yang dirasakan oleh masyarakat dapat terus berjalan maka penting untuk melakukan pengelolaan secara cermat dan pengembangan secara efisien terhadap aset-aset tersebut. Proses tersebut tentu harus diawasi dengan ketat oleh lembaga audit negara dan juga organisasi ulama agar tidak menyimpang dari peraturan perundang-undangan dan hukum Islam.

5. Pengaplikasian Wakaf Dalam Menunjang Fasilitas Kesehatan Di Indonesia

Sebagai negara hukum yang dinamis Indonesia memiliki asas penyelenggaraan kepentingan umum yang berkonsekuensi pada adanya tanggung jawab negara untuk mewujudkan kesejahteraan rakyatnya, dengan ikut campur dalam urusan warga negaranya mulai dari lahir sampai meninggal. Sektor kesehatan termasuk di antara urusan tersebut (Yustina, 2015).

Pasal 170 UU No 36 tahun 2009 tentang kesehatan menjelaskan pembiayaan kesehatan di Indonesia dilakukan sebagai berikut:

- 1) Pembiayaan kesehatan bertujuan untuk penyediaan pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan agar meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya
- 2) Unsur-unsur pembiayaan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas sumber pembiayaan, alokasi, dan pemanfaatan
- 3) Sumber pembiayaan kesehatan berasal dari Pemerintah, pemerintah daerah, masyarakat, swasta dan sumber lain.

Berdasarkan ketentuan tentang pembiayaan kesehatan dalam pasal 170 di atas, dapat ditafsirkan bahwa tidak mungkin pemerintah menanggung atau melaksanakan sendiri pembiayaan kesehatan yang merupakan salah satu unsur pokok untuk terwujudnya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat. Oleh karena itu maka pemerintah menyelenggarakan Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang melibatkan partisipasi seluruh warga negara dalam bentuk pembayaran iuran JKN (Yustina, 2015). Meski telah mengikutsertakan seluruh masyarakat Indonesia, tetapi sistem JKN saat ini masih kurang optimal, dilihat dari kondisi keuangan BPJS yang terus mengalami defisit.

Sebagai salah satu kebutuhan asasi manusia, maka akses terhadap fasilitas kesehatan haruslah mudah dijangkau oleh semua masyarakat. Mudah dijangkau bukan hanya dalam hal karena persebaran faskes yang merata di seluruh negeri, tetapi juga dalam

hal tidak bolehnya faktor ekonomi menjadi penghalang bagi seseorang untuk mendapatkan manfaat faskes. Pada dasarnya faskes memiliki orientasi sosial dan tidak boleh digunakan untuk mencari keuntungan. Orang yang sakit tentu sangat membutuhkan pengobatan sehingga kebutuhan akan pengobatan dapat menjadi “barang ekonomi” dengan sifat inelastis sempurna yang mudah dieksploitasi jika terdapat motif mencari keuntungan. Selain itu orang yang sakit tentu tidak seproduktif biasanya yang berarti pendapatannya mungkin saja mengalami penurunan sehingga bukan suatu hal yang etis jika pada orang yang seperti itu dibebankan biaya kesehatan yang nilainya cukup besar. Hal itu juga diterapkan pada masa peradaban Islam di mana orang yang telah keluar dari rumah sakit akan diberikan pakaian baru dan sejumlah uang untuk mengkompensasi pendapatannya yang mungkin hilang saat ia menjalani perawatan (Mahdi & Fariba, 2013).

Di Indonesia terdapat tiga jenis rumah sakit dengan fungsi yang berbeda; pertama adalah rumah sakit pemerintah yang mengemban fungsi politis dan sosial, kedua adalah rumah sakit swasta yang berfungsi sosial serta ketiga adalah rumah sakit swasta yang berfungsi dengan orientasi laba (Adrian dalam Rahayu & Sulistiadi, 2016). Meski dapat membantu pemerintah dalam menyediakan faskes tapi faktanya berdasarkan data dari Kemenkes RI pada tahun 2019 dari total 2.877 rumah sakit di seluruh Indonesia, 1.830 (63%) di antaranya adalah rumah sakit swasta (Primadi et al., 2020). Rumah sakit swasta, bahkan yang berorientasi sosial, setidaknya akan membebankan biaya kesehatan kepada pasien sehingga faskes menjadi barang eksklusif yang hanya bisa dinikmati oleh orang-orang yang memiliki kemampuan untuk membayar. Bahkan di rumah sakit pemerintah pun tetap ada tindakan medis yang membebankan biaya kepada pasiennya.

Di sinilah peranan wakaf untuk menjembatani masalah-masalah tersebut. Penggunaan aset wakaf sesuai dengan konsep saat masa kegemilangan peradaban Islam, dapat membantu mengatasi masalah pembiayaan fasilitas kesehatan. Aset-aset wakaf masyarakat Indonesia dapat diarahkan untuk mendukung pembiayaan fasilitas kesehatan seperti pembangunan gedung faskes, pembiayaan operasional faskes, penyediaan peralatan medis, pendirian sekolah kedokteran, hingga penelitian dan produksi obat-obatan, agar faskes dapat beroperasi secara berkelanjutan.

Pengelolaan aset wakaf tentu perlu dilakukan secara profesional dan transparan agar berjalan secara efektif. Shaikh et al., (2017) berpendapat bahwa struktur layaknya perusahaan cocok diterapkan pada lembaga pengelolaan wakaf agar manajemennya berjalan secara profesional dan berkelanjutan. Pengelolaan dalam bentuk layaknya perusahaan juga dapat mendorong manajemen berjalan secara efisien dan efektif layaknya perusahaan dengan motif mencari keuntungan. Diversifikasi sumber pendapatan lembaga juga perlu diterapkan agar lembaga pengelolaan wakaf memiliki sumber dana untuk jangka pendek, menengah hingga jangka panjang. Terlebih mengingat saat ini wakaf tunai mulai gencar disosialisasikan dan diterapkan maka perlu pengelolaan aset keuangan sebaik mungkin agar nilainya tidak hanya digunakan untuk membiayai operasional lembaga pengelola wakaf atau bahkan mengalami penurunan karena buruknya pengelolaan.

Meski berasal dari ajaran Islam, tetapi dalam kondisi masyarakat yang majemuk dengan berbagai latar belakang suku, agama dan kepercayaan seperti halnya di Indonesia, konsep pengoptimalan fungsi wakaf sebagai sumber pembangunan yang berkelanjutan (khususnya di bidang kesehatan) tetap dapat diterapkan. Abdullah (2018) menyatakan bahwa sebagian besar dari 17 tujuan pengembangan *Sustainable Development Goals* (SDGs) sesuai dengan tujuan jangka panjang dari syariat (*maqasid syariah*) sehingga pengelola wakaf dapat mengembangkan rencana pembangunan berbasiskan wakaf yang sejalan dengan kerangka SDGs. SDGs adalah rencana aksi global yang disepakati oleh para pemimpin dunia, termasuk Indonesia, guna mengakhiri kemiskinan, mengurangi kesenjangan dan melindungi lingkungan. Persamaan utama antara konsep *maqashid syariah* dengan SDGs adalah mewujudkan pembangunan yang berkelanjutan dan inklusif. Dengan demikian konsep pembangunan berkelanjutan berbasiskan wakaf tidak bertentangan dengan konsep pembangunan berkelanjutan yang dituangkan dalam Perpres No 59 Tahun 2017 tentang pelaksanaan pencapaian tujuan pembangunan berkelanjutan. Keselarasan ini berpotensi mempercepat aktualisasi konsep pemanfaatan wakaf sebagai penggerak fasilitas kesehatan di Indonesia.

KESIMPULAN DAN SARAN

Dalam sejarah peradaban Islam wakaf telah digunakan sebagai sumber pembiayaan fasilitas kesehatan yang berkelanjutan. *Bimaristan* (rumah sakit) pada masa peradaban Islam dibiayai dari pendapatan aset-aset wakaf kaum muslimin. Bukan hanya untuk fasilitas kesehatan yang bersifat kuratif tetapi juga untuk fasilitas kesehatan yang bersifat preventif, serta tidak hanya untuk mendirikan tetapi juga untuk menjaga keberlangsungan operasional fasilitas kesehatan tersebut.

Sebagai salah satu hak asasi manusia maka pemenuhan terhadap hak-hak kesehatan, termasuk di dalamnya hak untuk menikmati fasilitas kesehatan, menjadi kewajiban suatu negara. Hal tersebut berlaku juga di Indonesia. Meski demikian, keterbatasan sumber daya yang dimiliki membuat hingga saat ini kondisi ideal tersebut belum juga terwujud. Adanya kondisi tersebut dan dengan melihat besarnya potensi wakaf di Indonesia, maka konsep wakaf untuk mendanai fasilitas kesehatan sebagaimana yang diterapkan pada masa kejayaan peradaban Islam dapat pula diterapkan di Indonesia. Keselarasan antara peraturan perundang-undangan di Indonesia dengan tujuan terbesar syariat Islam (*maqashid syariah*) semakin menguatkan kemungkinan penerapan kebijakan tersebut.

Salah satu hal penting yang perlu diperhatikan dalam penerapan kebijakan ini adalah kapabilitas lembaga pengelola wakaf dalam mengelola aset-aset wakaf agar manfaatnya dapat dirasakan berkelanjutan bahkan lintas generasi. Lembaga pengelola wakaf yang profesional, akuntabel, dan efisien merupakan elemen penting untuk mewujudkan pembangunan berbasiskan wakaf yang berkelanjutan dan inklusif.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, M. (2018). Waqf, Sustainable Development Goals (SDGs) and Maqasid Al-Shariah. *International Journal of Social Economics*, 45(1), 158–172.
<https://doi.org/10.1108/IJSE-10-2016-0295>
- Akbar, C. (2020, 24 Oktober). Sri Mulyani Ungkap Potensi Wakaf di Indonesia Capai Rp 217 Triliun. Retrieved 10 January 2021, from
<https://bisnis.tempo.co/read/1399000/sri-mulyani-ungkap-potensi-wakaf-di-indonesia-capai-rp-217-triliun/full&view=ok>
- Al Ansari, M. (2013). *Bimāristāns and Waqf in Islam*. Doctoral dissertation. The University of Sydney.
- Ardinata, M. (2020). Tanggung Jawab Negara Terhadap Jaminan Kesehatan Dalam Perspektif Hak Asasi Manusia. *Jurnal HAM*, 11(2), 319–332.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.30641/ham.2020.11.319-332>
- Asmara, C. G. (2020, 9 Maret). Lesu! Sri Mulyani Sebut Defisit BPJS Kesehatan 2019 Rp 13 T. Retrieved 11 January 2021, from
<https://www.cnbcindonesia.com/news/20200309170806-4-143532/lesu-sri-mulyani-sebut-defisit-bpjs-kesehatan-2019-rp-13-t>
- Aziz, M. (2017). Peran Badan Wakaf Indonesia (BWI) dalam Mengembangkan Prospek Wakaf Uang di Indonesia. *JES (Jurnal Ekonomi Syariah)*, 2(1), 35–54.
<https://doi.org/10.30736/jesa.v2i1.14>
- Edriss, H., Rosales, B. N., Nugent, C., Conrad, C., & Nugent, K. (2017). Islamic Medicine in the Middle Ages. *The American Journal of the Medical Sciences*, 354(3), 223–229.
<https://doi.org/10.1016/j.amjms.2017.03.021>
- Firdaus, K. K., & Wondabio, L. S. (2019). Analisis Iuran dan Beban Kesehatan Dalam Rangka Evaluasi Program Jaminan Kesehatan. *Jurnal Aset (Akuntansi Riset)*, 11(1), 147–158.
<https://doi.org/https://doi.org/10.17509/jaset.v11i1>
- Hamouche, M. Ben. (2007). Sustainability & Urban Management in Old Muslim Cities: The Role of Pious Foundations. *Journal of King Saud University*, 19, Arch & Plann, (2), 27–48.
- Hanesti, E. M., Kurnia, R. A. E., & Herianingrum, S. (2018). Cash waqf as a solution of food need problem in Indonesia. *Management and Economics Journal (MEC-J)*, 2(3), 235.
<https://doi.org/10.18860/mec-j.v0i0.5498>
- Ismail, W.A.F.W., Johari, F., Baharuddin, A. S., Ahmad, M. H., & Alias, M. H. (2019). Implementation of Healthcare Waqf: A Case Study of Universiti Sains Islam Malaysia's Health Specialist Clinic. *Al-Shajarah: Journal of the International Institute of Islamic Thought and Civilization (ISTAC)*, 125–148.
<https://journals.iium.edu.my/shajarah/index.php/shaj/article/view/926>

- Jauhari, I. (2011). Kesehatan dalam Pandangan Hukum Islam. *Kanun: Jurnal Ilmu Hukum*, 13(3), 33–57. <http://jurnal.unsyiah.ac.id/kanun/article/view/6251>
- Khan, M. T. (2014). Islamic Waqf in Poverty Reduction in Muslim Society. In *The 30th Annual General Meeting and Conference of the Pakistan Society of Development Economists Islamabad* (pp. 979–996). Islamabad.
- Khan, M. T. (2015). Development of Human Capital Through Institution of Islamic Waqf. *International Journal of Information, Business and Management*, 7(3), 36–50. http://ijibm.site666.com/IJIBM_Vol7No4_Nov2015.pdf
- Mahdi, E., & Fariba, K. (2013). Medical Care in Islamic Tradition during the Middle Ages (Historical Review). *Life Science Journal*, 10(1), 19–28.
- Miller, A. C. (2006). Jundi-Shapur, bimaristans, and the rise of academic medical centres. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 99(12), 615–7. <https://doi.org/10.1258/jrsm.99.12.615>
- Mulasaputra, M. A., & Hamzah, M. Z. (2017). Waqf Optimalization To Enhance Economic Of Indonesia. *Al-Awqaf: Jurnal Wakaf Dan Ekonomi Islam*, 10(Special), 164–175. <https://doi.org/10.47411/al-awqaf.v10iSpecial.57>
- Paul, W., & Faudji, R. (2020). Cash Waqf Linked Sukuk dalam Optimalkan Pengelolaan Wakaf Benda Bergerak (Uang). *Jurnal Ilmiah MEA (Manajemen, Ekonomi Dan Akuntansi)*, 4(22), 1–18. <http://journal.stiemb.ac.id/index.php/mea/article/view/423>
- Primadi, O., Budijanto, D., Indrayani, Y. A., Wardah, & Khairani. (2020). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. <https://www.pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-indonesia-2019.pdf>
- Rabbaniyah, F., & Nadjib, M. (2019). Analisis Sosial Ekonomi dalam Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan Untuk Berobat Jalan di Provinsi Jawa Barat : Analisis Data Susenas Tahun 2017. *Jurnal Media Kesehatan Masyarakat Indonesia (MKMI)*, 15(1), 73–80. <https://journal.unhas.ac.id/index.php/mkmi/article/view/5888>
- Rahayu, S., & Sulistiadi, W. (2016). Perbandingan Kinerja Perawat Rawat Inap di Rumah Sakit Profit dan Rumah Sakit Sosial. *Jurnal Bidang Ilmu Kesehatan*, 2(8), 485–494. <https://doi.org/10.52643/jbik.v6i2.29>
- Rahman, A.A., & Ahmad, W.M.W. (2011). The Concept of Waqf and its Application in an Islamic Insurance Product: The Malaysian Experience. *Arab Law Quarterly*, 25(2), 203–219. <https://doi.org/10.1163/157302511X553994>
- Ramadhan, A. (2019, 28 Mei). BPJS Kesehatan diminta berbenah minimalkan defisit Rp9,1 triliun. *Antara News*. <https://www.antaraneews.com/berita/890200/bpjs-kesehatan-diminta-berbenah-minimalkan-defisit-rp91-triliun>
- Sari, M., & Asmendri. (2020). Penelitian Kepustakaan (Library Research) dalam Penelitian Pendidikan IPA. *Natural Science: Jurnal Penelitian Bidang IPA Dan Pendidikan IPA*, 6(1), 41–53.

<https://ejournal.uinib.ac.id/jurnal/index.php/naturalscience/article/view/1555/1159>

- Setiyono, B. (2018). Perlunya Revitalisasi Kebijakan Jaminan Kesehatan di Indonesia. *Politika Jurnal Ilmu Politik*, 9(2), 38–60. <https://doi.org/10.14710/politika.9.2.2018.38-60>
- Shaikh, S. A., Ismail, A. G., & Shafiai, M. H. M. (2017). Application of waqf for social and development finance. *ISRA International Journal of Islamic Finance*, 9(1), 5–14. <https://doi.org/10.1108/IJIF-07-2017-002>
- Susanti, R. (2017). Pengaruh Kompetensi Bidan, Pengetahuan Masyarakat dan Fasilitas Kesehatan terhadap Status Kesehatan Ibu Hamil di Kota Banjarmasin. *KINDAI*, 13(2), 141–153. <https://ejournal.stiepancasetia.ac.id/kindai/article/view/84>
- Uyun, Q. (2015). Zakat, Infaq, Shadaqah, dan Wakaf sebagai Konfigurasi Filantropi Islam. *Islamuna: Jurnal Studi Islam*, 2(2), 218. <https://doi.org/10.19105/islamuna.v2i2.663>
- Yustina, E. W. (2015). Hak Atas Kesehatan Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional dan Corporate Social Responsibility (CSR). *Kisi Hukum: Jurnal Ilmiah Hukum*, 14(1), 93–111. <http://journal.unika.ac.id/index.php/kh/article/view/461>