

***Pemotongan/Perlukaan
Genitalia Perempuan
(P2GP)/Sunat Perempuan:
Persimpangan antara Tradisi
dan Modernitas***



Dewi H. Susilastuti – Eddy Kiswanto

Novi Widyaningrum – Sri Purwatiningsih

Kata Pengantar

Puji syukur alhamdulillah patut senantiasa dipanjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Kuasa. Dengan perkenan-Nya, Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan Universitas Gadjah Mada (PSKK UGM) dipercaya untuk melaksanakan amanah dari UNFPA dalam penyelenggaraan Survei Pemotongan/Perlukaan Genitalia Perempuan selanjutnya disebut dengan P2GP 2017. Proses kegiatan yang dimulai dari pengembangan instrumen survei, rekrutmen asisten lapangan, pengumpulan data, hingga penulisan laporan akhir hasil Survei Pemotongan/Perlukaan Genitalia Perempuan di Indonesia Tahun 2017 ini dapat berjalan dengan baik.

Terlaksananya survei dengan baik karena dukungan dan kerja sama dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini PSKK UGM sebagai penyelenggara studi mengucapkan terima kasih kepada UNFPA yang telah memberikan kepercayaan kepada PSKK UGM. Selain itu, ucapan terima kasih juga kami sampaikan kepada semua responden di semua lokasi studi yang telah sudi meluangkan waktunya untuk diwawancarai. Ucapan terima kasih juga kami sampaikan kepada Pemerintah Kota Bogor, Dumai, Banjar, Jambi, Samarinda, Kabupaten Bogor, Lebak, Pandeglang, Kepulauan Meranti, Belitung Timur, Bangka Selatan, Bone Bolango, Gorontalo Utara, Barito Kuala, Majene, dan Polewali Mandar beserta jajaran di bawahnya yang telah mengizinkan pelaksanaan studi ini. Selain itu, PSKK UGM juga mengucapkan terima kasih kepada tim peneliti yang terdiri atas Dr. Dewi Haryani Susilastuti, MA, Sri Purwatiningsih, S.Si., M.Kes., Eddy Kiswanto, S.Si., M.Si.; Novi Widyaningrum, S.IP., M.A, Suryo Wahyu Utomo, S. Kom., dan Idris Ihwanudin, S.Si.; beserta para asisten peneliti lapangan dan asisten manajemen data, yang telah bekerja keras untuk menyelenggarakan studi ini dengan sangat baik.

Survei Pemotongan/Perlukaan Genitalia Perempuan ini berusaha untuk membuat gambaran pengguna layanan P2GP yang berisi tentang karakteristik rumah tangga, fasilitas melakukan P2GP, dan alasan yang mendasari pilihan pemberi layanan kesehatan tersebut. Selain itu juga ingin mendapat gambaran tentang distribusi kasus P2GP berdasarkan jenis pemberi layanan dan tempat pemberian layanan (rumah sakit, klinik dan fasilitas kesehatan publik lainnya, menjelaskan variasi jenis P2GP berdasarkan pemberi layanan serta prosedur medis yang dilakukan, dan terakhir memberikan dukungan kepada pemerintah Indonesia untuk mewujudkan keinginannya untuk menghentikan praktik P2GP melalui peraturan berdasarkan bukti yang valid dan mutakhir. Laporan hasil survei ini masih banyak kekurangan, oleh karena itu kritik dan saran demi perbaikan laporan ini sangat kami harapkan khususnya dari UNFPA. Semoga laporan ini

dapat memberikan kontribusi yang bermanfaat bagi pelaksanaan studi yang sejenis di masa yang akan datang.

Yogyakarta, 17 November 2017
Kepala PSKK UGM,

Dr.soc.pol Agus HeruntoHadna, M.Si.

Daftar Singkatan

ART	AnggotaRumahTangga
BPS	Badan Pusat Statistik
CS-Pro	<i>Census and Survey Processing System</i>
EDF	<i>Electronic Data File</i>
FGM/C	<i>Female Genital Mutilation/Cutting</i>
IBI	IkatanBidan Indonesia
Kemenkes	Kementerian Kesehatan
NU	Nahdhatul Ulama
P2GP	Pemotongan/Perlukaan Genitalia Perempuan
Perda	Peraturan Daerah
Persis	Persatuan Islam
PIP	Pusat InformasiPenelitian
PLKB	PetugasLapanganKeluargaBerencana
PPS	<i>ProbabilityProportiontoSize</i>
PQX	<i>Physical Questionnaire</i>
Riskesdas	RisetKesehatan Dasar
RW	RukunWarga
SMSP	SurveiMedikalisasiSunatPerempuan
TOE	<i>TrainingofEnumerators</i>
TOT	<i>TrainingofTrainers</i>
UNFPA	<i>United Nations Population Fund</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

Daftar Isi

Kata Pengantar	ii	
Daftar Singkatan	iv	
Daftar Isi	v	
Daftar Tabel	ix	
Daftar Gambar	xii	
Bab 1	Pendahuluan	1
1.1	Latar Belakang	4
1.2	Tujuan	9
1.3	Metode Penelitian	10
1.3.1	Pendekatan	10
1.3.2	Metode Sampling	10
1.3.2.1	Pemilihan Provinsi dan Kabupaten/Kota	10
1.3.2.2	Pemilihan Kecamatan dan Desa/Kelurahan	11
1.3.2.3	Pemilihan Rumah Tangga	12
1.3.2.4	Jumlah Responden	13
1.3.3	Pengembangan Instrumen	14
1.3.4	Manajemen Survei	16
1.3.5	Manajemen Data	20
1.3.5.1	Pembersihan Data	22
1.3.5.2	Penjaminan Kualitas Data	24
1.3.6	Analisis Data	26
Bab 2	Tinjauan Pustaka	27
2.1	P2GP Perempuan di Indonesia	27
2.1.1	Faktor Pendorong P2GP	27
2.1.2	Perspektif Demografi terhadap P2GP	29
2.1.2.1	Latar Belakang Negara dengan Prevalensi P2GP yang Tinggi	29
2.1.2.2	Latar Belakang Perempuan Memiliki Anak Perempuan yang Mengalami P2GP	31

2.2	Medikalisasi P2GP di Indonesia	35
2.2.1	Praktik P2GP di Indonesia	36
2.2.2	Perspektif Laki-laki terhadap P2GP	37
2.3	Reproduksi Kultural	38
Bab 3	Profil Rumah Tangga dan Responden	41
3.1	Pendahuluan	41
3.2	Demografi	42
3.2.1	Komposisi Anggota Rumah Tangga Menurut Suku	42
3.2.2	Komposisi Anggota Rumah Tangga Menurut Agama	44
3.2.3	Migrasi Risen Anggota Rumah Tangga	45
3.3	Pendidikan Anggota Rumah Tangga	48
3.4	Profil Responden	49
3.4.1	Responden Menurut Suku	49
3.4.2	Responden Menurut Agama	51
3.4.3	Responden Istri Menurut Tingkat Pendidikan	52
3.4.4	Organisasi Keagamaan yang Diacu Responden	53
3.4.5	Pendidikan Informal Keagamaan Responden	54
3.4.6	Migrasi Risen Responden	56
3.4.7	Migrasi Semasa Hidup Responden	57
3.4.7	Akses Informasi	58
Bab 4	Pengetahuan dan Praktik P2GP dari Perspektif Istri dan Suami	61
4.1	Pengetahuan tentang P2GP	61
4.2	Sumber Informasi P2GP	61
4.3	Praktik P2GP di Daerah Asal dan Tempat Tinggal Saat Ini	62
4.4	Persepsi tentang Alasan Masih Diberlakukannya P2GP	65
4.5	Pandangan tentang Perlu Tidaknya P2GP	66
4.6	Pandangan tentang Perlu Tidaknya P2GP Dihentikan	67
Bab 5	Sejarah dan Praktik P2GP dalam Rumah Tangga	71
5.1	Sejarah P2GP dalam Rumah Tangga	71
5.1.1	Anggota Rumah Tangga Perempuan yang Mengalami P2GP	71
5.1.2	Rata-rata Umur Anak Perempuan yang Mengalami P2GP	76
5.2	Praktik P2GP dalam Rumah Tangga	77
5.2.1	Pihak yang Paling Berperan Memutuskan P2GP	77

5.2.2	Fasilitas dan Petugas yang Melakukan P2GP	78
5.2.3	Alasan Memilih Petugas P2GP	82
5.2.4	Permintaan Persetujuan terhadap Tindakan P2GP	84
5.2.5	Biaya Sunat Perempuan	85
5.2.6	Acara Keagamaan dan Tradisional dalam Praktik P2GP	88
5.2.7	Teknik P2GP	95
5.2.8	Alat dan Obat/Ramuan yang Digunakan dalam Praktik P2GP	97
5.2.9	Keluhan/Masalah Kesehatan setelah Anak Mengalami P2GP	99
5.2.10	Dampak Psikologis pada Anak Perempuan Setelah P2GP	100
Bab 6	Praktik Sunat Perempuan pada Tenaga Kesehatan	101
6.1	Praktik P2GP oleh Tenaga Kesehatan	104
6.1.1	Teknik P2GP yang Dilakukan Tenaga Kesehatan	105
6.1.2	Alat dan Obat yang Digunakan	107
6.1.3	Besarnya Biaya P2GP	108
6.1.4	Biaya Retribusi P2GP	110
6.1.5	Cara Penguasaan Teknik P2GP	111
6.2.6	Pengetahuan tentang Ada Tidaknya Larangan Praktik P2GP	113
6.2	Pengetahuan dan Sikap terhadap P2GP	113
6.2.1	Pengetahuan dan Sikap terhadap Dampak P2GP	113
6.2.2	Sikap terhadap Praktik Perlukaan pada P2GP	115
Bab 7	Pengambilan Keputusan dalam Rumah Tangga	122
Bab 8	Kesimpulan dan Rekomendasi	125
8.1	Kesimpulan	125
8.2	Rekomendasi	128
8.2.1	Kepada kementerian/Lembaga terkait (antara lain Kementerian Kesehatan, Kementerian Agama, Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak)	128
8.2.2	Kepada UNFPA	128
8.2.3	Kepada Kementerian Agama	129
8.2.4	Kepada Kementerian Kesehatan	129
8.2.5	Pemerintah Daerah	130
	Daftar Pustaka	131

Daftar Tabel

Tabel 1.1	Daftar Kabupaten Terpilih	11
Tabel 1.2	Lokasi Penelitian dan Jumlah Responden	14
Tabel 3.1	Jumlah Responden Survei P2GP 2017	41
Tabel 3.2	Komposisi Anggota Rumah Tangga Menurut Suku	43
Tabel 3.3	Komposisi Anggota Rumah Tangga Menurut Agama	45
Tabel 3.4	Teknik P2GP Menurut Suku di Kota Samarinda, Kalimantan Timur	47
Tabel 3.5	Migrasi Risen Anggota Rumah Tangga	48
Tabel 3.6	Pendidikan Tertinggi yang Ditamatkan dan Partisipasi Sekolah Saat ini Seluruh Anggota Rumah Tangga	49
Tabel 3.7	Profil Responden Menurut Suku	51
Tabel 3.8	Profil Responden Menurut Agama	52
Tabel 3.9	Profil Istri Menurut Tingkat Pendidikan	53
Tabel 3.10	Pendidikan Informal Keagamaan yang Diikuti Responden	54
Tabel 3.11	Istri yang Mengikuti Pendidikan Informal Keagamaan Berdasarkan Tingkat Pendidikan dan Lokasi Tempat Tinggal	55
Tabel 3.12	Jenis Kegiatan Informal Keagamaan	56
Tabel 3.13	Tempat Tinggal Responden 5 Tahun yang Lalu	57
Tabel 3.14	Tempat Lahir Responden	58
Tabel 3.15	Akses Informasi	59
Tabel 4.1	Pengetahuan Responden tentang P2GP	61
Tabel 4.2	Sumber Informasi P2GP yang Paling Penting Menurut Istri dan Suami	62
Tabel 4.3	Persepsi Responden tentang Banyak/Sedikitnya Praktik P2GP di Daerah Asal Responden	63
Tabel 4.4	Persepsi Responden tentang Praktik P2GP di Tempat Tinggal Responden Saat ini	64

Tabel 4.5	Persepsi Responden Tentang Praktik P2GP di Tempat Tinggal Responden Sekarang Dibandingkan Dengan Sebelum 2010	65
Tabel 4.6	Alasan Masih Diberlakukannya Praktik P2GP di Masyarakat Daerah Tempat Tinggal Responden	66
Tabel 4.7	Pandangan Respondent tentang Perlu Tidaknya P2GP Pada Perempuan	67
Tabel 4.8	Pendapat Responden tentang Perlu Tidaknya P2GP Dihentikan	67
Tabel 4.9	Alasan Praktik P2GP Perlu Diteruskan	68
Tabel 4.10	Pendapat Respondent tentang Alasan Praktik P2GP Perlu Dihentikan	69
Tabel 4.11	Pendapat Respondent tentang Pihak yang Selayaknya Menghentikan Praktik P2GP	70
Tabel 5.1	Jumlah Anggota Perempuan yang Mengalami P2GP	72
Tabel 5.2	Jumlah Ibu Mengalami P2GP dengan Anak Perempuan yang Mengalami P2GP	74
Tabel 5.3	Transmisi P2GP dari Ibu ke Anak	75
Tabel 5.4	Rata-rata Umur Anak Perempuan yang Mengalami P2GP	77
Tabel 5.5	Praktik P2GP Anak Perempuan Usia 0-11 Tahun	81
Tabel 5.6	Alasan Memilih Petugas untuk Melakukan P2GP	83
Tabel 5.7	Permintaan Persetujuan terhadap Tindakan Praktik P2GP	85
Tabel 5.8	Besarnya Biaya P2GP Berdasarkan Petugas yang Melakukan P2GP	87
Tabel 5.9	Rumah Tangga Melakukan Upacara Khusus Kegamaan dalam Praktik P2GP Berdasarkan Tempat Tinggal	88
Tabel 5.10	Rumah Tangga Melakukan Upacara Khusus Kegamaan Menurut Petugas yang Melakukan P2GP	89
Tabel 5.11	Jenis Upacara Khusus Kegamaan dalam Praktik P2GP Berdasarkan Tempat Tinggal	89
Tabel 5.12	Jenis Upacara Khusus Kegamaan Menurut Petugas yang Melakukan P2GP	90
Tabel 5.13	Rumah Tangga Melakukan Upacara Tradisional dalam P2GP Menurut Tempat Tinggal	91
Tabel 5.14	Rumah Tangga Melakukan Upacara Tradisional Menurut Petugas yang Melakukan P2GP	92
Tabel 5.15	Jenis Upacara Tradisional dalam P2GP Menurut Tempat Tinggal	93
Tabel 5.16	Jenis Upacara Tradisional dalam P2GP Menurut Petugas P2GP	94
Tabel 5.17	Tipe P2GP Hasil Survei	96
Tabel 5.18	Jenis Alat yang Digunakan untuk Melakukan P2GP	97

Tabel 5.19 Jenis Obat/Ramuan yang Disiapkan Saat Proses P2GP	98
Tabel 5.20 Keluhan/Masalah Kesehatan Setelah Dilakukan P2GP pada Anak Perempuan	99
Tabel 5.21 Persepsi tentang Adanya Dampak Psikologis pada Anak Perempuan yang Mengalami P2GP	100
Tabel 6.1 Profil Sosio Demografi Responden Tenaga Kesehatan	103
Tabel 6.2 Rata-rata Biaya Praktik P2GP Berdasarkan Tenaga Kesehatan	109
Tabel 6.3 Pengetahuan tentang Ada Tidaknya Larangan IBI (Ikatan Bidan Indonesia) Setempat Terkait Praktik P2GP	113
Tabel 6.4 Alasan Dilakukannya P2GP pada Anak Perempuan Menurut Tenaga Kesehatan	117
Tabel 6.5 Alasan Praktik P2GP Perlu Diteruskan Menurut Tenaga Kesehatan	120
Tabel 7.1 Pendapat Istri tentang Pengambil Keputusan Paling Dominan dalam Keluarga	124

Daftar Gambar

Gambar 1.1 Tahapan Pemilihan Lokasi Survei dan Responden	12
Gambar 1.2 Tahapan Pengembangan Instrumen Survei P2GP 2017	15
Gambar 1.3 Tim Manajemen Survei P2GP 2017	20
Gambar 1.4 Prosedur Empat Kotak Mini dalam Survei P2GP 2017	22
Gambar 1.5 Proses Manajemen Data di PIP	24
Gambar 2.1 Proses Sosialisasi Norma yang Berkaitan dengan P2GP	40
Gambar 3.1 Organisasi Agama yang Diacu Responden	54
Gambar 6.1 Teknik P2GP yang Dilakukan Petugas Kesehatan	106
Gambar 6.2 Alat Utama yang Digunakan dalam Praktik P2GP	108
Gambar 6.3 Obat yang Digunakan dalam Praktik P2GP Menurut Tenaga Kesehatan	108
Gambar 6.4 Pihak yang Menentukan Besaran Biaya Praktik P2GP	110
Gambar 6.5 Praktik P2GP Dilakukan Bersama dengan Paket Persalinan	110
Gambar 6.6 Sumber Informasi Petugas Kesehatan Mengenai Cara Melakukan Praktik P2GP	112
Gambar 6.7 Dampak P2GP Menurut Tenaga Kesehatan	114
Gambar 6.8 Dampak P2GP Menurut Bidan dan Dukun	114
Gambar 6.9 Pendapat Tenaga Kesehatan tentang P2GP	116
Gambar 6.10 Praktik P2GP Memberikan Manfaat pada Anak Perempuan Menurut Tenaga Kesehatan	116
Gambar 6.11 Membahayakan Tidaknya Praktik P2GP Menurut Tenaga Kesehatan	118
Gambar 6.12 Alasan P2GP Harus Dihentikan Menurut Tenaga Kesehatan	120
Gambar 6.13 Pihak yang Harus Menghentikan Praktik P2GP Menurut Tenaga Kesehatan	121

Bab 1

Pendahuluan

Pemotongan/Perlukaan Genitalia Perempuan (P2GP) merupakan suatu fenomena yang sudah ada di Indonesia sejak jaman dulu. Seperti dipaparkan oleh Feillard dan Marcoes (1998) berbagai tulisan ilmuwan Belanda menunjukkan bahwa P2GP bisa ditemukan di Indonesia sejak akhir abad 17. Gervaise, misalnya, menulis pada tahun 1670 tentang praktik P2GP di kalangan Muslim di Makassar, Sulawesi. Sementara Winter, seorang ilmuwan Belanda, menulis pada tahun 1843 tentang pemotongan sebagian kitoris anak perempuan berumur 6 sampai 7 tahun di Solo. Tulisan Riedel yang dibuat pada tahun 1870 menunjukkan praktik yang serupa di kalangan anak perempuan berusia 9 sampai 15 tahun di Gorontalo, Sulawesi. Praktik P2GP di kalangan anak perempuan Bugis berusia 3 sampai 7 tahun juga digambarkan dalam tulisan B. F. Matthes yang dibuat pada tahun 1875. A. L. Van Hasselt menyatakan pada tahun 1882 bahwa P2GP dilakukan pada usia yang lebih muda dibandingkan dengan sunatan laki-laki di Minangkabau

Tulisan Hurgronje pada tahun 1924 mengkonfirmasi temuan-temuan sebelumnya tentang adanya praktik P2GP. Hurgronje melakukan penelitian di kalangan masyarakat Sunda, Jawa dan Aceh. Berbeda dengan penelitian sebelumnya, Hurgronje menunjukkan bahwa praktik P2GP diselubungi dengan kerahasiaan. Praktik P2GP di kalangan masyarakat Sunda dilakukan dengan tertutup. Sunat perempuan di Aceh dilakukan dengan lebih tertutup. Kemisteriusan P2GP tidak ditemukan oleh Hurgronje di kalangan kaum ningrat Jawa yang melakukan P2GP dengan terbuka.

Sekalipun P2GP sudah lama dilakukan di Indonesia, akan tetapi praktik ini cenderung diabaikan oleh banyak pihak. Banyak yang berpendapat bahwa P2GP adalah "fenomena Afrika" (Patel dan Roy, 2016). Penelitian yang ada menunjukkan bahwa P2GP tidak hanya dipraktikkan di Afrika. P2GP adalah isu global yang mempengaruhi kehidupan anak perempuan di Indonesia, Malaysia, Irak,

Oman dan negara-negara lain di Timur Tengah. Praktik P2GP ini diturunkan dari satu generasi ke generasi lainnya karena tradisi, budaya, agama dan tekanan sosial (Patel dan Roy, 2016). Di Indonesia, P2GP merupakan masalah yang kompleks. Praktik P2GP di banyak daerah telah menjadi bagian dari norma sosial yang berakar dalam kehidupan masyarakat. Praktik ini disebut dengan eufemisme P2GP, dan bukan pemotongan bagian kemaluan perempuan (*genital cutting*) atau mutilasi bagian kemaluan perempuan untuk mengurangi signifikansinya.

Di dunia internasional, P2GP dikenal dengan istilah *Female Genital Mutilation/Cutting* (FGM/C). *World Health Organization* mendefinisikan FGM/C sebagai semua prosedur yang meliputi pemotongan sebagian atau semua bagian luar alat kelamin perempuan, atau pelukaan organ kelamin perempuan untuk alasan non medis (WHO, 2012). Lebih jauh lagi, WHO (2012) membagi P2GP menjadi 4 tipe, yaitu.

1. Tipe I: Sebagian atau menghilangkan semua klitoris dan/atau kulit khatan (*clitoridectomy*/menghilangkan klitoris). Tipe I ini dibagi lagi menjadi dua jenis yaitu.
 - a) Tipe Ia, hanya menghilangkan ujung klitoris dan kulupus (*prepuce*) saja
 - b) Tipe Ib, menghilangkan semua klitoris beserta kulupusnya (*prepuce*)
2. Tipe II: Sebagian atau menghilangkan semua klitoris dan labia minora, dengan atau tanpa memotong labia mayora (*excision*/pemotongan). Tipe II terbagi atas tiga jenis yaitu.
 - a) Tipe IIa, hanya menghilangkan labia minora saja;
 - b) Tipe IIb, menghilangkan sebagian atau keseluruhan klitoris dan labia minora;
 - c) Tipe IIc, menghilangkan sebagian klitoris, labia minora, dan labia mayora.
3. Tipe III: Penyempitan lubang vagina dengan membuat segel dengan memotong dan appositioning labia minora dan/atau labia mayora, dengan atau tanpa memotong klitoris (*infibulation*/penjahitan alat kelamin). Tipe III dibagi menjadi dua jenis yaitu.

- a) Tipe IIIa, menghilangkan dan apposisilabiaminora;
 - b) Tipe IIIb, menghilangkan dan apposisilabiamayora.
4. Tipe IV: Semua prosedur berbahaya terhadap alat kelamin perempuan untuk alasan nonmedis, sebagai contoh melubangi (*pricking*), menusuk (*piercing*), memotong (*incising*), menggores (*scraping*), andkauterisasi (*cauterization*).

KeterpinggiranisuP2GP berkaitaneratdenganketerbatasandata tentang di mana dan bagaimanacaranyasunatperempuandilakukan. Data paling banyaktentangP2GP justrubisadiketemukan di masa laluseperti yang telahdipaparkan di atas. Praktik P2GP mulaimendapatperhatian di kalanganintelektual Indonesia pada tahun 1990an (Putranti, 2008). Feillard dan Marcoes (1998) menemukanbahwasekalipunP2GP dianggapsebagaitindakan yang simbolis (*symbolic gesture*) yang diliputikerahasiaan, praktikiniberubahmenjadisesuatu yang disejajarkandengansunatlaki-laki. P2GP menyebarkeberbagaipenjurur Indonesia lewat proses Islamisasi (Feillard dan Marcos, 1998). SelainpenelitianFeillard dan Marcos (1998) adabeberapapenelitian yang dilakukan di daerah yang berbedadenganfokus pada variasipraktik, motivasi yang dilandasi oleh agama atautradisi dan implikasiP2GP terhadapkesehatanperempuan (Budiharsana et al. 2003 di Padang, Padang Pariaman, Serang, Sumenep, KutaiKartanegara, Gorontalo, Makassar, and Bone; Ida 2005 di Madura; Musyarofah et al. 2003 di Lampung; Newland 2006 di Jawa Barat; Putranti et al. 2003 di Yogyakarta and Madura; Rahman 1999 di Jawa Barat ; Suryandaru 2004 in Jawa Selatan; dan Sumarni et al. 2005 di Yogyakarta). SemuastudiinimenunjukkanbahwateknikP2GP yang samadilakukan di berbagitempat di Indonesia. Selainitupemotongansebagianklitorisditemukan di semualokasistudi. Sekalipundemikian, studi-studi yang adamenunjukkanbahwapraktikP2GP mengalamiperubahan di beberapatempat. PerubahanutuberupapergeserandaripemotonganklitorismenjadipraktikP2GP yang hanyabersifatsimbolis.

Clarence-Smith (2008) mengatakanbahwaP2GP menunjukkanperkembangan yang mengkhawatirkan.Sejalandenganberkembangnyakebangkitan Islam di tahun 1970an, P2GP menyebarsecaralebihluas di Indonesia. InsidenkenaikanP2GP paling

banyak dijumpai di Jawa Timur dan Jawa Tengah. Kaum Muslim yang dulunya tidak melakukan P2GP pada anak perempuannya mereka kemudian terdorong untuk melakukan praktik itu. Tambahan pula, P2GP kemudian banyak dilakukan di kalangan bayi perempuan yang baru lahir. P2GP sering kali ditawarkan sebagai bagian dari paket paskamalahir yang juga menawarkan tindakan teling bagi bayi perempuan. Meningkatnya P2GP ini terutama bisa dilihat di daerah perkotaan lewat imedikasi dan komersialisasi P2GP (Budiharsana et al. 2001; Feillard dan Marcoes 1998; Newland 2006; Putranti et al. 2003).

1.1 Latar Belakang

Dalam ranah kebijakan, peraturan tentang P2GP telah mengalami beberapa perubahan. Pada tahun 2006, Kementerian Kesehatan menerbitkan peraturan yang melarang segala bentuk pemotongan genitalia perempuan oleh tenaga medis. Peraturan ini ditentang oleh Majelis Ulama Indonesia yang pada tahun 2008 mengeluarkan fatwa yang menyatakan bahwa pelarangan P2GP bertentangan dengan hukum Islam. Majelis Ulama Indonesia memandang sunat sebagai fitrah, syiar Islam dan makrumah (Fatma Majelis Ulama Indonesia, 2009). Pada tahun 2010, Kementerian Kesehatan mengeluarkan peraturan tentang petunjuk teknis P2GP yang didasarkan oleh fatwa Majelis Ulama Indonesia (Berita Negara Republik Indonesia, 2010 no 672). Peraturan ini mengizinkan mereka dengan profesi medis untuk melakukan P2GP. Munculnya peraturan dari Kementerian Kesehatan menimbulkan perdebatan dan diskusi tentang praktik P2GP di Indonesia. Peraturan tahun 2010 ini mencabut peraturan dari Kementerian Kesehatan tahun 2006 yang mengizinkan tenaga kesehatan untuk melakukan P2GP. Peraturan Kementerian Kesehatan tahun 2010 merupakan sebuah kompromi. Pemerintah setuju untuk mencabut pelarangan P2GP oleh tenaga medis. Pada saat yang bersamaan pemerintah menerbitkan peraturan yang menyatakan bahwa P2GP hanya bisa dilakukan oleh tenaga medis berdasarkan panduan yang spesifik (Patel dan Roy, 2016).

Kementerian Kesehatan melihat peraturan tahun 2010 sebagai upaya untuk mengurangi bahaya atau kerusakan (*harm reduction*) karena peraturan itu hanya mengizinkan tenaga medis untuk melakukan irisan kecil atau gesekan/usapan (*scraping*) di kulit genitalia. Akan tetapi pandangan Kementerian Kesehatan ini ditentang oleh banyak ahli medis dan kelompok yang memperjuangkan hak azas manusia. Mereka khawatir bahwa medikalisasi prosedur P2GP tidak memperhitungkan potensi trauma di kalangan anak-anak perempuan yang mengalami P2GP. Penerbitan peraturan Kementerian Kesehatan pada tahun 2010 bisa diinterpretasikan sebagai pemberian izin bagidilakukannya P2GP oleh tenaga kesehatan (www.huffingtonpost.com/julialallaharajh/indonesianewguidelines_b_1030330.html).

Kementerian Kesehatan tahun 2010 dipandang telah memainkan peran penting bagi keberlanjutan praktik P2GP. Sejak tahun 2010 P2GP dilakukan di banyak tempat di Indonesia sebagai bagian dari paket kelahiran. Bisa dikatakan peraturan Kementerian Kesehatan tahun 2010 justru mempromosikan P2GP, menambah jumlah perempuan yang mengalami P2GP dan dengan demikian meningkatkan jumlah perempuan yang akan menanggung berbagai konsekuensi P2GP (Patel dan Roy, 2006). Penelitian Patel dan Roy (2016) di Padang, Lombok dan Jakarta menunjukkan bahwa sekalipun peraturan Kementerian Kesehatan tahun 2010 hanya mengizinkan tenaga medis untuk melakukan P2GP berdasarkan panduan yang spesifik, akan tetapi pada praktiknya P2GP masih dilakukan oleh dukun bayi dan tokoh masyarakat dengan menggunakan peralatan yang tidak steril atau bahkan membahayakan kesehatan perempuan yang mengalami P2GP. Peralatan yang dipakai untuk melakukan P2GP meliputi silet, pisau lipat, pisau dapur, dan sebagainya. Wawancara dengan tenaga medis menunjukkan bahwa tidak ada pelatihan khusus bagi tenaga medis, dukun bayi dan dukun sunat untuk melakukan P2GP. Di pihak lain, pelatihan untuk melakukan sunat laki-laki dilakukan dengan rutin dan berdasarkan prosedur yang jelas dan seragam (Patel dan Roy, 2016).

Di awal tahun 2014 pemerintah Indonesia mencabut peraturan Kementerian Kesehatan tahun 2010 dengan menyatakan bahwa karena P2GP tidak menawarkan keuntungan medis (medical benefit) dan bahkan mempunyai potensi membahayakan kesehatan perempuan, maka pemerintah tidak akan mendukung praktik P2GP. Peraturan pemerintah yang baru bisa dilihat dari Peraturan Menteri tahun 2014 seperti di bawah ini.

a. Pasal 1

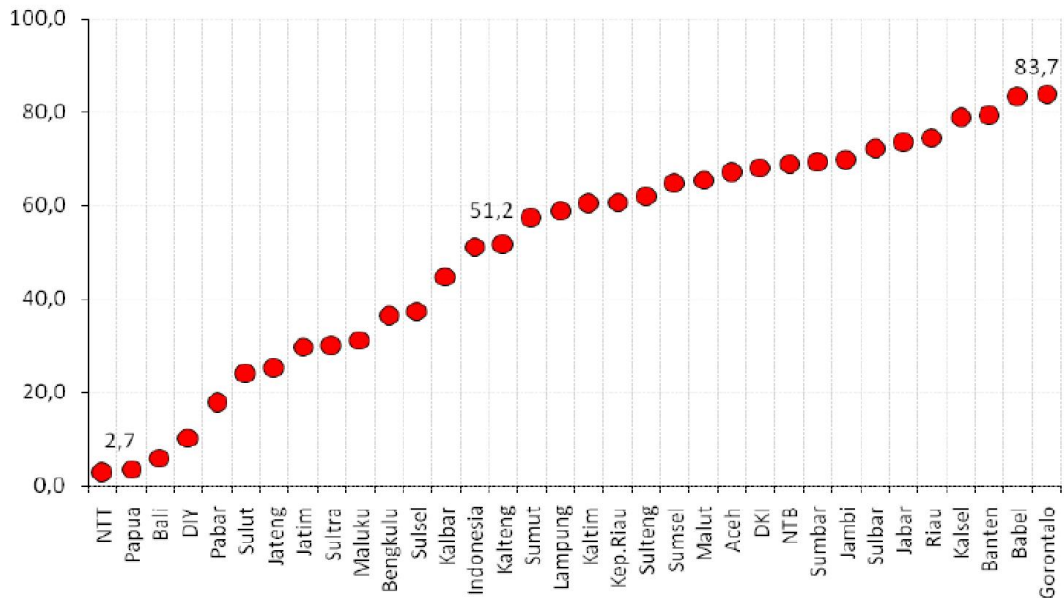
Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1636/Menkes/Per/XII/2010 Tentang P2GP dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

b. Pasal 2

Memberikan mandat kepada Majelis Pertimbangan Kesehatan dan Syara'k untuk menerbitkan pedoman penyelenggaraan P2GP yang menjamin keselamatan dan kesehatan perempuan yang disunat serta tidak melakukan mutilasi alat kelamin perempuan (*female genital mutilation*).

Kritik terhadap kebijakan pemerintah Indonesia yang berkaitan dengan P2GP mengatakan bahwa Peraturan Menteri Kesehatan tahun 2014 merupakan kemunduran, dan bukan kemajuan karena peraturan ini masih mengizinkan diberlakukannya P2GP tanpa intervensi atau fasilitasi negara (Orchid, 2014). Mandat bagi pelaksanaan P2GP dilimpahkan kepada Majelis Pertimbangan Kesehatan dan Syara'k yang belum juga menciptakan payung hukum bagi pelaksanaan P2GP di Indonesia (Patel dan Roy, 2016).

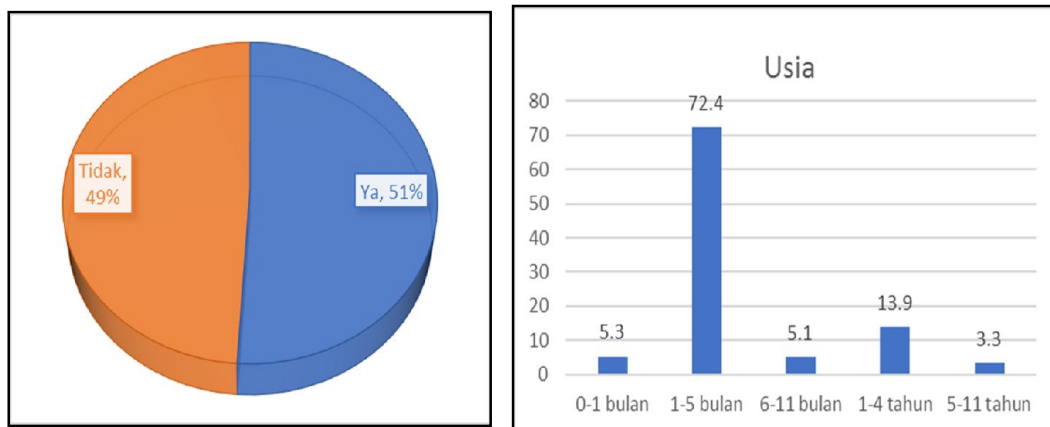
Kebijakan pemerintah tentang sunat perempuan idealnya didasarkan pada data yang komprehensif. Selama ini data yang ada tentang P2GP terbatas pada data kualitatif dari berbagai macam studi dengan cakupan yang terbatas. Satu-satunya data kuantitatif dengan cakupan luas adalah data yang dikumpulkan oleh Kementerian Kesehatan melalui Riset Kesehatan Dasar (2013). Data tentang P2GP dalam Riskesdas (2013) menunjukkan bahwa P2GP bisa dijumpai di semua provinsi di Indonesia dengan persentase yang sangat bervariasi.



Gambar 1. Persentase Perempuan Usia 0-11 Tahun yang Memiliki Pengalaman P2GP berdasarkan Provinsi, Indonesia, 2013

Sumber: Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS), Kementerian Kesehatan, 2013

Prevalensi P2GP di Indonesia sangat tinggi. Lima puluh satu persen perempuan di Indonesia pernah disunat. Kebanyakan P2GP dilakukan ketika mereka berusia 1 sampai 5 bulan.

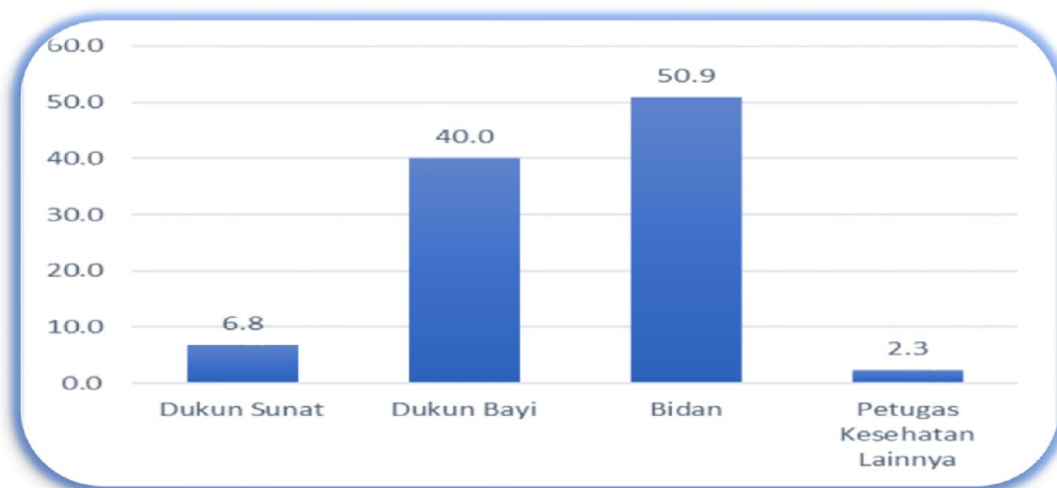


Gambar 2. Prevalensi P2GP di Indonesia

Sumber: Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS), Kementerian Kesehatan, 2013

Berdasarkan peraturan Kementerian Kesehatan tahun 2010, P2GP hanya boleh dilakukan oleh tenaga medis. Akan tetapi data dari Riskesdas (2013) menunjukkan bahwa persentase P2GP yang dilakukan oleh tenaga non medis masih relatif besar.

Barangkali hal ini berkaitan dengan masih tingginya permintaan terhadap P2GP kepada tenaga non medis (dukun sunat atau dukun bayi). P2GP di banyak daerah dipandang sebagai suatu tradisi. Medikalisasi P2GP tidak saja merubah praktik pelaksanaan P2GP, akan tetapi juga makna kultural yang melekat pada P2GP (Putranti, 2008). Oleh karena itu banyak perempuan yang merasa lebih nyaman melihat anak atau cucu mereka mengalami P2GP oleh dukun bayi atau dukun sunat yang mereka pandang sebagai lebih paham tentang makna P2GP dari sudut tradisi. Studi Budiharsana et. al. (2003) menunjukkan bahwa pada umumnya komunitas Muslim mendukung keberlangsungan P2GP karena anggota komunitas ini melihat P2GP sebagai tradisi sekaligus kewajiban agama. Dengan kata lain P2GP tidak semata-mata dilihat sebagai suatu prosedur medis yang tidak ada kaitannya dengan tradisi atau agama.



Gambar 3 Penyedia Layanan/Operator P2GP di Indonesia

Sumber: Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS), Kementerian Kesehatan, 2013

P2GP adalah masalah yang kompleks, yang memerlukan penjelasan kesejarahan, antropologis dan sosiologis. Data Riskesdas (2013) sangat terbatas dan tidak mampu menggambarkan tentang latar belakang keluarga yang mempraktikkan P2GP terhadap anggota keluarga mereka, bagaimana P2GP dilakukan, di mana, alasan dilakukannya P2GP, tipe P2GP seperti apa yang biasanya dilakukan di Indonesia, dan sebagainya. Patel dan Roy (2016) menyatakan bahwa kebanyakan anggota masyarakat yang mempraktikkan P2GP di Indonesia tidak setuju dengan

jenis P2GP yang paling parah (tipe II dan tipe III), sekalipun ada data yang menunjukkan bahwa P2GP tipe II dan III ini masih dipraktikkan di di Madura dan di beberapa daerah pedesaan di Indonesia. Tambahan pula, ketiadaan pemahaman tentang bagaimana caranya melakukan P2GP membuka kemungkinan bagi dipraktikkannya P2GP tipe II dan tipe III tanpa sepengetahuan pelaku P2GP, anak perempuan yang mengalami P2GP atau orang tua yang melakukan P2GP pada anak perempuannya. Banyaknya pertanyaan yang muncul berkenaan dengan P2GP, dan keterbatasan jawaban yang bisa diketemukan dari data Riskesdas (2013) menambah pentingnya penelitian baru yang lebih komprehensif tentang P2GP, terutama dalam kaitannya dengan medikalisasiP2GP.

1.2 Tujuan

Penelitian ini dilakukan untuk mengumpulkan data tentang medikalisasiP2GP di Indonesia, terutama di daerah dengan kasus P2GP yang tinggi. Data yang dikumpulkan lewat penelitian ini diharapkan bisa dipakai sebagai bukti untuk membentuk strategi bagi penghentian medikalisasiP2GP, bagi dialog kebijakan dan bagi advokasi untuk penghilangan praktik P2GP.

Tujuan penelitian ini bisa dijabarkan secara lebih terinci sebagai berikut.

1. menggambarkan pengguna layanan P2GP. Bagaimanakah karakteristik mereka? Di mana mereka melakukan P2GP? Apa alasan yang mendasari pilihan pemberi layanan kesehatan?
2. menggambarkan distribusi kasus P2GP berdasarkan jenis pemberi layanan dan tempat pemberian layanan (rumah sakit, klinik dan fasilitas kesehatan publik lainnya)
3. menjelaskan variasi jenis P2GP berdasarkan pemberi layanan serta prosedur medis yang dilakukan
4. memberikan dukungan kepada pemerintah Indonesia untuk mewujudkan keinginannya untuk menghentikan praktik P2GP melalui peraturan berdasarkan bukti yang valid dan mutakhir

1.3 Metode Penelitian

1.3.1 Pendekatan

Survei Pemotongan/Perlukaan Genitalia Perempuan (P2GP) di Indonesia Tahun 2017 dilaksanakan menggunakan pendekatan kuantitatif melalui metode survei dan menggunakan wawancara terstruktur sebagai metode pengumpulan data. Instrumen atau kuesioner disusun dan dikembangkan oleh PSKK UGM dengan mempertimbangkan masukan dari UNFPA dan Komnas Perempuan. Sebelum digunakan, terlebih dahulu dilakukan diskusi pengembangan kuesioner antara UNFPA dan PSKK.

1.3.2 Metode Sampling

1.3.2.1 Pemilihan Provinsi dan Kabupaten/Kota

Metode yang digunakan dalam Survei P2GP adalah *Multistage Area Sampling* dengan pemilihan lokasi secara *purposive*. Adapun pertimbangan pemilihan lokasi survei secara *purposive* dengan pertimbangan sebagai berikut ini.

1. Prevalensi P2GP paling tinggi dari hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2013 terdiri atas tujuh provinsi yaitu Gorontalo, Bangka Belitung, Banten, Jawa Barat, Riau, Kalimantan Selatan, dan Sulawesi Barat
2. Provinsi yang mengeluarkan Perda tentang P2GP terdiri atas tiga provinsi yaitu Kalimantan Timur, Jambi, dan Nusa Tenggara Barat.

Berikut ini daftar provinsi dan kabupaten/kota yang terpilih sebagai lokasi survei P2GP di Indonesia tahun 2017.

Tabel 1.1 Daftar Kabupaten Terpilih

No	Provinsi	Kabupaten	Pertimbangan	
		1 Provinsi 2 Area	Prevalensi P2GP Tinggi (Riskesdas 2013)	Memiliki Perda tentang P2GP
1	Gorontalo	Bone Bolango	93,1	
		Gorontalo Utara	86,9	
2	Bangka Belitung	Belitung Timur	93,1	
		Bangka Selatan	90,6	
3	Banten	Kabupaten Pandeglang	90,7	
		Kabupaten Lebak	87,6	
4	Riau	Kota Dumai	85,8	
		Kepulauan Meranti	83,5	
5	Kalimantan Selatan	Barito Kuala	85,7	
		Banjar	84,6	
6	Jawa Barat	Bogor	93,6	
		Kota Bogor	92,8	
7	Sulawesi Barat	Majene	92,5	
		Polewali Mandar	90,7	
1 Provinsi 1 Area				
8	Kalimantan Timur	Samarinda	80,5	Ada Perda
9	Jambi	Jambi	74,6	Ada Perda
10	Nusa Tenggara Barat	Lombok Barat	58,1	Ada Perda

Sumber: SMSP, PSKK-UGM, 2017

1.3.2.2 Pemilihan Kecamatan dan Desa/Kelurahan

Langkah berikutnya adalah menentukan lokasi kecamatan yang dilakukan dengan metode *ProbabilityProportiontoSize (PPS)*. *ProbabilityProportiontoSize (PPS)* adalah prosedur pengambilan sampling dimana probabilitas unit yang dipilih adalah proporsional dengan ukuran unit utama, memberikan kelompok yang lebih besar memiliki probabilitas lebih besar untuk terpilih dibandingkan dengan kelompok yang lebih kecil.

Syarat dalam penggunaan metode PPS antara lain:

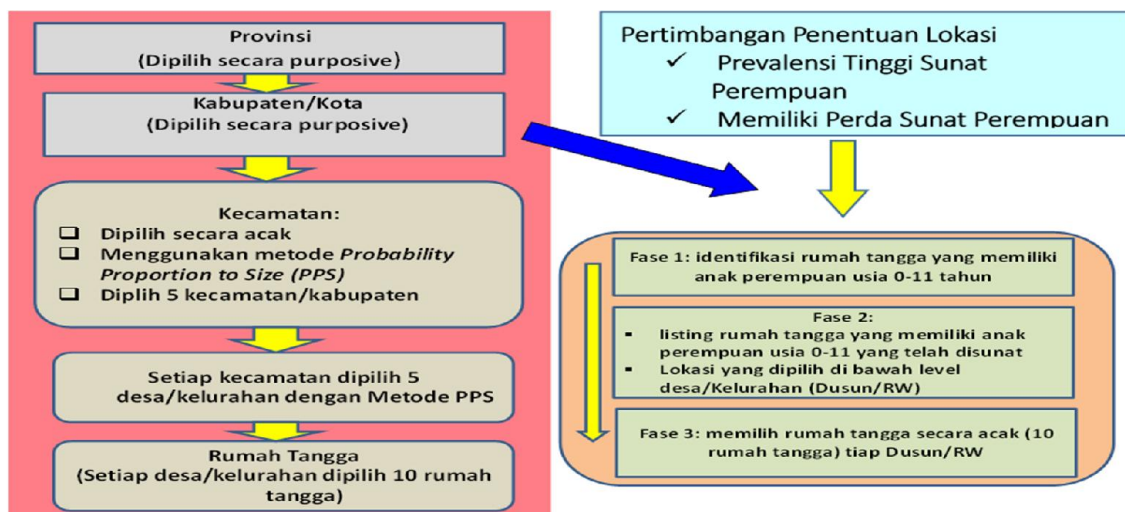
1. Jumlah populasi setiap kabupaten/kota diketahui dan untuk survei medikalisasi sunat perempuan populasinya adalah jumlah penduduk perempuan usia 0-14 setiap kecamatan. Dipilihnya penduduk perempuan umur 0-14 tahun dikarenakan ketersediaan data BPS yang

membagi kelompok umur dalam interval lima tahunan, bukan umur tunggal.

2. Menentukan jumlah lokasi yang menjadi sampel wilayah, untuk survei ini jumlah kecamatan yang ditentukan adalah 5.
3. Menentukan jumlah rumah tangga tiap kecamatan yang akan dijadikan sebagai responden dan untuk survei ini ditetapkan sebanyak 50 rumah tangga tiap kecamatan.

Prosedur pemilihan desa juga dilakukan dengan cara yang sama dengan pemilihan kecamatan menggunakan metode *Probability Proportion to Size* (PPS), dimana setiap kecamatan terpilih akan ditentukan 5 desa dan setiap desa akan dipilih 10 rumah tangga.

Secara lebih detail pemilihan lokasi dan responden digambarkan berikut ini.



Gambar 1.1 Tahapan Pemilihan Lokasi Survei dan Responden

Sumber: Surve P2GP, PSKK-UGM, 2017

1.3.2.3 Pemilihan Rumah Tangga

Pemilihan rumah tangga dilakukan dengan cara melakukan listing rumah tangga yang memiliki anak perempuan usia 0-11 tahun yang pernah disunat. Adapun langkah-langkah dalam memilih rumah tangga adalah sebagai berikut ini.

- a) memilih lembaga pemerintahan di bawah desa/kelurahan yaitu dusun/RW
- b) pemilihan dusun/RW didasarkan pada informasi dari aparat desa/kelurahan dengan pertimbangan jumlah anak perempuan usia 0-11 tahun yang paling banyak mengalami P2GP
- c) melakukan listing rumah tangga yang memiliki anak perempuan usia 0-11 tahun yang telah mengalami P2GP dan sumber informasi data tersebut dapat diperoleh dari berbagai sumber antara lain yaitu.
 - bidan/perawat yang melakukan sunat perempuan
 - tokoh agama
 - tokoh masyarakat
 - dukun sunat
 - kader posyandu/PLKB

Langkah berikutnya setelah listing rumah tangga selesai dilakukan adalah pemilihan responden. Cara pemilihan rumah tangga adalah sebagai berikut ini.

- Hitung jumlah rumah tangga dengan anak perempuan usia 0-11 tahun yang telah mengalami P2GP
- Jumlah rumah tangga dalam satu dusun/RW kemudian dibagi 10 sebagai target rumah tangga yang akan diwawancarai. Hasil pembagian tersebut merupakan interval untuk melakukan random.
- Tentukan angka random pertama untuk menentukan rumah tangga dengan cara merandom angka dari keseluruhan rumah tangga yang memenuhi syarat untuk diwawancarai yakni memiliki anak perempuan usia 0-11 tahun yang telah disunat.

1.3.2.4 Jumlah Responden

Setelah melaluitahapan pemilihanlokasidaritingkatprovinsi, kabupaten/kota, kecamatan, dan desamakabisadiketahuijumlahrespondenmasing-masinglokasi.

Jumlahkecamatan yang ditentukansetiapkabupaten/kotaadalah lima kecamatan dan darisetiapkecamatantersebutdipilih lima desa. Sementara total respondenrumahtangga yang dijadikansampeladalah 250 setiapkabupaten/kota, sehinggasetiapkecamatanakandiwawancarai 50 rumah tangga. Dari setiapkecamatan dipilih lima desamakajumlahrespondentiapdesasebanyak 10 rumahtangga. Rekapitulasijumlahrespondenmenurutlokasidapatdilihat pada tabelberikutini.

Tabel 1.2 Lokasi Penelitian dan Jumlah Responden

No.	Provinsi	Kabupaten/Kota	Jumlah Responden	
			Rumah Tangga	Tenaga Kesehatan
1	Gorontalo	Bone Bolango	250	5
		Gorontalo Utara	250	5
2	Bangka Belitung	Belitung Timur	250	5
		Bangka Selatan	250	5
3	Banten	Kab. Pandeglang	250	5
		Kab. Lebak	250	5
4	Riau	Kota Dumai	250	5
		Kab. Kepulauan Meranti	250	5
5	Kalimantan Selatan	Kab. Barito Kuala	250	5
		Kota Banjar	250	5
6	Jawa Barat	Kota Bogor	250	5
		Kab. Bogor	250	5
7	Sulawesi Barat	Kab. Majene	250	5
		Kab. Polewali Mandar	250	5
8	Kalimantan Timur	Kota Samarinda	250	5
9	Jambi	Kota Jambi	250	5
10	Nusa Tenggara Barat	Kab. Lombok Barat	250	5
TOTAL			4.250	50

Sumber: Survei P2GP, PSKK-UGM, 2017

1.3.3 Pengembangan Instrumen

Instrumen yang digunakan dalam kegiatan Survei P2GP 2017 ini terdiri atas tiga jenis, yaitu kuesioner istri, suami, dan tenaga kesehatan. Kuesioner istri bertujuan mengumpulkan data demografi anggota rumah tangga, pengetahuan dan sikap terhadap P2GP, sejarah dan praktik P2GP, akses informasi, dan pengambilan keputusan dalam rumah tangga. Kuesioner suami bertujuan untuk mendapatkan informasi tentang pengetahuan dan sikap terhadap P2GP, akses informasi, dan pengambilan keputusan dalam rumah tangga. Sementara kuesioner tenaga

kesehatan bertujuan untuk mengetahui pengetahuan dan sikap terhadap P2GP dan praktik P2GP yang dilakukan.

Ketiga jenis kuesioner yang digunakan untuk mengumpulkan data disusun oleh PSKK dengan mempertimbangkan masukan dari UNFPA dan Komnas Perempuan. Perbaikan instrumen dilakukan melalui beberapa tahap kegiatan seperti pada Gambar 1.2.



Grafik 1.2 Tahapan Pengembangan Instrumen Survei P2GP 2017

Sumber: Survei P2GP, PSKK-UGM, 2017

Instrumen awal yang digunakan untuk pengumpulan data dalam Survei P2GP 2017 dipersiapkan oleh PSKK. Pembahasan kuesioner diawali dengan adanya lokakarya pendahuluan antara PSKK dengan Tim UNFPA. Dalam lokakarya tersebut, agenda utamanya adalah mendiskusikan variabel pertanyaan yang dinilai bisa menjawab pertanyaan dalam survei. Tahap selanjutnya adalah pengembangan kuesioner setelah dilakukannya perbaikan berdasarkan masukan dalam lokakarya pendahuluan. Kuesioner perbaikan pertama tersebut digunakan sebagai bahan diskusi dalam *Training of Trainers (ToT)* yang dilakukan di Yogyakarta. Selama kegiatan ToT semua catatan hasil diskusi digunakan sebagai bahan perbaikan kuesioner yang digunakan untuk uji coba. Kuesioner yang dipergunakan dalam uji coba saat ToT merupakan hasil perbaikan yang kedua. Selesai uji coba lapangan,

dalam kegiatan ToT dilakukan diskusi untuk mendapatkan masukan, baik secara substansi maupun teknis. Berdasarkan hasil uji coba lapangan dalam ToT akan diketahui variabel pertanyaan yang sulit ditanyakan serta lama waktu yang dibutuhkan untuk wawancara masing-masing jenis kuesioner.

Berdasarkan masukan setelah uji coba lapangan, kuesioner kemudian diperbaiki kembali. Hasil perbaikan kuesioner tersebut menjadi bahan diskusi pada saat dilakukan *Training of Enumerators* (ToE) diperbaiki. Pada saat kegiatan ToE dilaksanakan, masih dimungkinkan terjadinya perbaikan kuesioner sebagai hasil diskusi dengan calon petugas lapangan. Setelah ToE selesai, masih dilakukan perbaikan kuesioner yang terakhir kali sebelum digunakan ke lapangan untuk pengumpulan data. Pada saat tim lapangan turun ke masing-masing lokasi penelitian, kuesioner yang digunakan merupakan kuesioner final.

1.3.4 Manajemen Survei

Terdapat tiga komponen utama dalam Survei P2GP 2017, yaitu tim manajemen, tim lapangan, dan bagian administrasi. Tim manajemen terdiri atas ketua tim, manajer training dan survei, manajer penjaminan kualitas data, manajer data, koordinator PIP, dan programmer.

Tugas Ketua Tim adalah sebagai berikut.

- a. menyusun dan mempersiapkan instrumen survei
- b. mempersiapkan strategi survei dan pelaksanaan rencana kerja
- c. memastikan pelaksanaan survei secara keseluruhan dan bertugas melaporkan kemajuan survei dan masalah yang terjadi selama pelaksanaan survei.
- d. mengoordinasikan, mengawasi, dan melatih semua tim lapangan
- e. menulis laporan analisis berdasarkan data hasil survei

Manajer survei dan pelatihan bertanggung jawab atas hal-hal berikut.

- a. mempersiapkan strategi pelatihan (*Training of Trainers* dan *Training of Enumerators*) dan pelaksanaan rencana kerja
- b. mempersiapkan strategi pengumpulan data dan pelaksanaan rencana kerja
- c. mengoordinasikan semua tahapan pelaksanaan survei
- d. memberikan masukan substantif untuk instrumen survei
- e. mengoordinasikan, mengawasi, dan melatih semua tim lapangan
- f. melaporkan kemajuan dan masalah lapangan kepada ketua tim
- g. menulis laporan analisis berdasarkan data hasil survei

Ahli Penjaminan Mutu bertugas sebagai berikut.

- a. memastikan program data entri disiapkan oleh programmer dapat berjalan dengan baik
- b. memberikan masukan substantif untuk instrumen survei
- c. mengoordinasikan, mengawasi, dan melatih semua Tim Manajemen Data dan programmer
- d. melaporkan kemajuan dan masalah selama proses pengumpulan data dan pengelolaan data kepada ketua tim
- e. menulis laporan analisis berdasarkan data hasil survei

Manajer Data bertugas sebagai berikut.

- a. memastikan program entri data disiapkan oleh programmer dapat berjalan dengan baik, serta membuat rencana kerja pengelolaan dan strategi data lapangan
- b. mengoordinasikan semua tahapan pengelolaan data
- c. memberikan masukan substantif untuk instrumen survei
- d. berkoordinasi dengan programmer jika ditemukan masalah dalam program entri data


- e. melaporkan kemajuan dan masalah selama proses pengelolaan data kepada ketua tim
- f. menulis laporan analisis berdasarkan data hasil survei

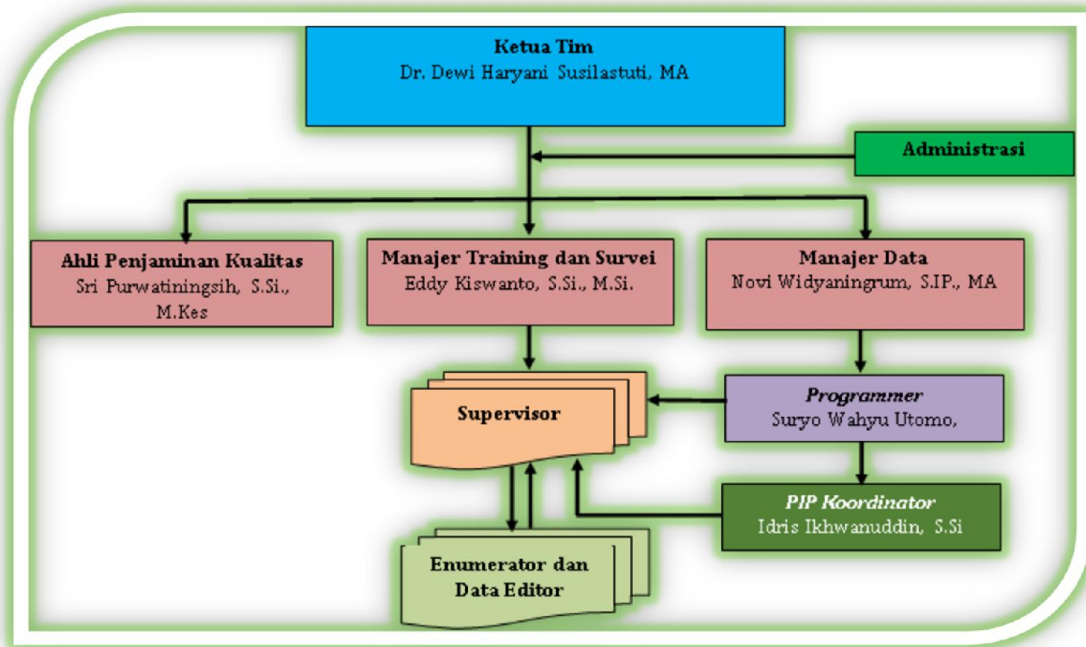
Selama proses pengumpulan data lapangan berlangsung, manajer survei berkoordinasi dengan ahli penjaminan kualitas dan manajemen data serta programmer untuk mengelola dan mengatur proses persiapan entri data sebelum dan setelah supervisi lapangan dilakukan. Manajer data bertugas mendistribusikan deskripsi pekerjaan tertentu untuk Pusat Informasi Penelitian (PIP). Pekerjaan tersebut meliputi pemantauan tim lapangan selama proses pengumpulan data, mengelola data elektronik hasil wawancara, dan menyiapkan data yang digunakan untuk penulisan laporan akhir. Programmer bertanggung jawab merancang program data entri dengan *CS-Prodan* memantau penerapannya. Programmer bertanggung jawab terhadap pengembangan dan penggunaan program tersebut di lapangan dibawah pengawasan manajer pelatihan dan survei serta ahli penjaminan mutu, dan manajemen data.

Ukuran tim lapangan ditentukan dengan memperkirakan beban kerja maksimum untuk setiap anggota tim yang memungkinkan mereka bekerja secara akurat dan tepat waktu. Oleh karena itu, setiap tim terdiri atas satu supervisor, empat enumerator, dan satu data editor. Tim lapangan bertanggung jawab untuk proses pengumpulan data menggunakan kuesioner. Manajer survei dan pelatihan bertanggung jawab mengawasi proses pengumpulan data, termasuk memastikan akurasi dan kelengkapan data responden. Tenaga lapangan memiliki tanggung jawab untuk memastikan kelengkapan dan akurasi data selama pengumpulan data. Jika perlu melakukan koreksi dan konfirmasi yang diperlukan untuk memastikan kualitas data, maka tim lapangan harus kembali melakukan wawancara atau kunjungan ulang ke rumah tangga.

Deskripsi pekerjaan dari setiap anggota tim lapangan secara rinci adalah sebagai berikut.

1. Supervisor Lapangan

- 
- a. melaporkan kemajuan tim lapangan dan membuat laporan masalah lapangan kepada tim manajemen
 - b. bertanggung jawab terhadap urusan administratif tim
 - c. mengirim EDF (*Elektronic Data File*) atau data sekunder dan dokumen pendukung lainnya ke tim manajemen dan PIP
 - d. melakukan *cross-check* minimal 10 persen kuesioner per kecamatan untuk memastikan kualitas data yang dikumpulkan
 - e. membuat rencana kerja setiap hari berdasarkan kondisi lapangan dan melakukan *briefing* tim setiap hari
 - f. melakukan pengurusan izin di kecamatan dan tingkat desa
 - g. menyiapkan *basecamp* untuk tim
 - h. melakukan pengawasan enumerator saat wawancara
 - i. melakukan verifikasi data yang mencurigakan atau tidak jelas dengan menanyakan langsung kepada enumerator
2. Enumerator
 - b. melakukan wawancara
 - c. memeriksa kelengkapan data, termasuk data sekunder dan dokumen pendukung lainnya
 - d. memastikan bahwa semua data atau dokumen pendukung lainnya telah dikumpulkan
 - e. membantu penugasan yang telah diberikan oleh supervisor (perijinan, mencari *basecamp*, wawancara)
3. Data Editor
 - a. melakukan editing manual kuesioner yang telah diisi oleh enumerator
 - b. melakukan entri data di lapangan setelah selesai editing manual
 - c. memeriksa kelengkapan data, termasuk data sekunder dan dokumen pendukung lainnya.



Gambar 1.3 Tim Manajemen Survei P2GP 2017

Sumber: Survei P2GP, PSKK-UGM, 2017

Supervisor lapangan, enumerator, dan data editor bertanggung jawab untuk mengumpulkan data. Selain itu, mereka juga bertanggung jawab memastikan kualitas data. Semua kegiatan di atas didukung oleh tim administrasi yang berfungsi mendukung kegiatan survei di semua tahapan sejak persiapan hingga pelaporan. Semua kegiatan di atas didukung oleh tim administrasi yang berfungsi mendukung kegiatan survei dalam semua tahap (Gambar 1.3).

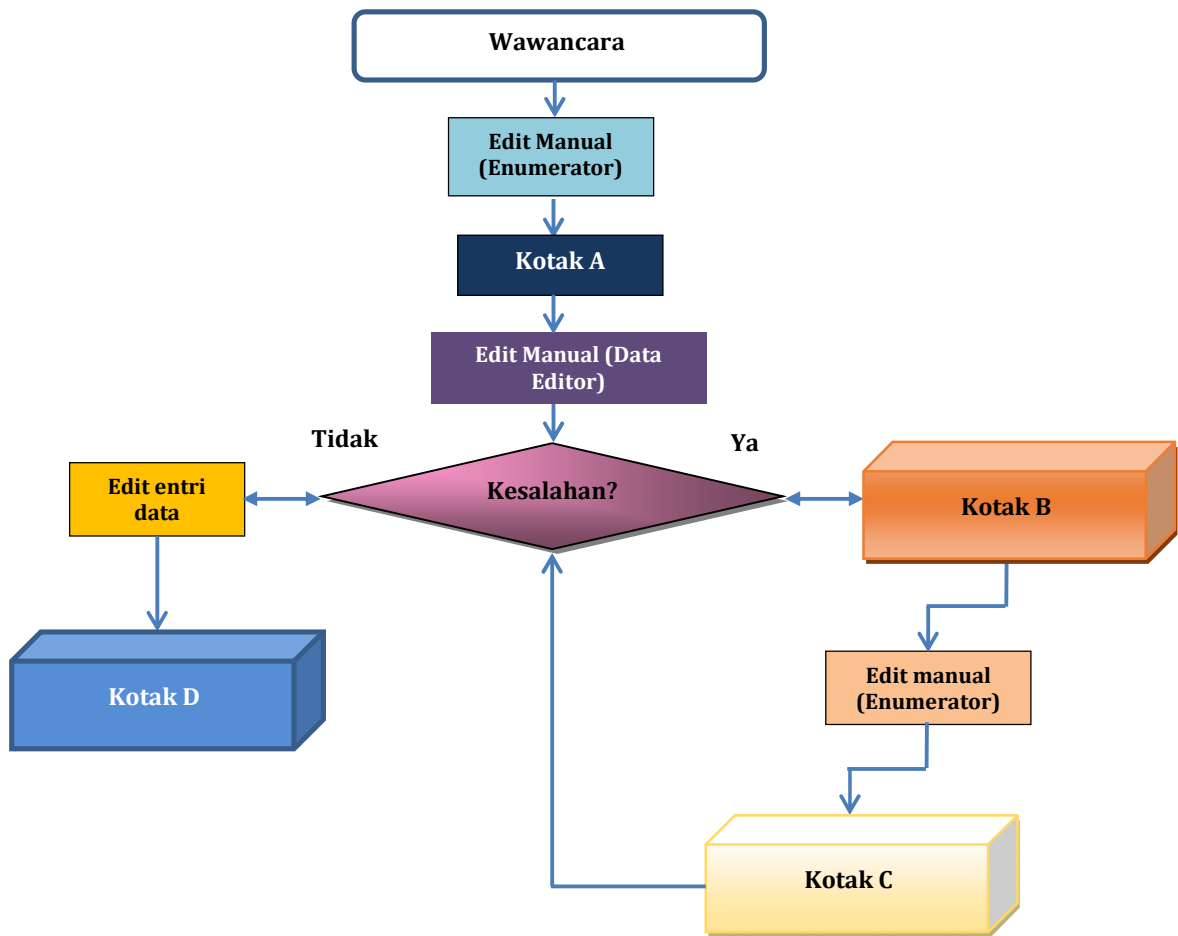
1.3.5 Manajemen Data

Tujuan utama manajemen data akan mengontrol kegiatan lapangan sehingga setiap pergerakan tim lapangan diketahui karena adanya laporan dari tim lapangan. Catatan rute pergerakan tim lapangan dan alamat *basecamp* merupakan informasi penting untuk melakukan pengawasan dan pemantauan survei. Hal itu merupakan informasi yang berguna untuk memperkirakan target penyelesaian pengumpulan data di lapangan. Masalah yang ditemui beserta solusinya dicatat

dan dirinci setiap hari dan berfungsi sebagai referensi untuk kasus-kasus serupa lainnya di lokasi yang lain.

Manajemen data dalam Survei P2GP 2017 ini terdiri atas entri data dan pembersihan data. Setelah berhasil dikumpulkan, berikutnya data diproses dalam bentuk data elektronik menggunakan program khusus komputer untuk entri data dan pembersihan data yang juga dapat diakses untuk melakukan analisis data. Sebagian besar data yang dimasukkan dalam bentuk data elektronik dientri oleh editor data. Selama pengumpulan data, mekanisme empat kotak (A, B, C, dan D) dilakukan dengan tujuan untuk pengecekan kuesioner yang dilakukan oleh editor data dan supervisor. Kotak A diisi kuesioner yang telah diedit manual oleh pewawancara. Kotak B digunakan untuk kuesioner dari kotak A yang telah diperiksa secara manual serta diberikan catatan oleh editor data dan supervisor untuk dilakukan pengecekan kembali oleh enumerator. Kuesioner dari kotak B yang telah direvisi oleh enumerator ditempatkan di kotak C kemudian diperiksa kembali oleh editor data dan supervisor. Setelah semua pemeriksaan dan editing selesai, kuesioner yang telah bersih dari kesalahan dimasukkan ke dalam kotak D. Berikutnya kuesioner di kotak D akan dientri oleh editor data. Apabila terdapat kasus tidak ditemukannya kesalahan selama proses edit manual dari kuesioner yang berada di kotak A, maka kuesioner tersebut langsung dimasukkan ke kotak D untuk proses entri data.

Supervisor bertanggung jawab terhadap proses edit manual kuesioner sebelum dilakukan entri data. Selain itu, juga melakukan entri data dan koreksi penting pada hal-hal seperti, kelengkapan jawaban, tulisan tangan enumerator yang kurang jelas, dan inkonsistensi jawaban dan/atau jawaban yang membingungkan/tidak jelas. Koreksi ini harus dikomunikasikan langsung kepada enumerator sehingga mereka dapat kembali ke responden atau membuat tindakan selanjutnya untuk memecahkan masalah. Selain melakukan entri data, juga memeriksa konsistensi dan kelengkapan data. Setelah kuesioner telah diperiksa dan dientri, supervisor menyerahkan data elektronik melalui *e-mail*.



Gambar 1.4 Prosedur Empat Kotak dalam Survei P2GP 2017

Sumber: Survei P2GP, PSKK-UGM, 2017

Di PIP terdapat bagian yang khusus bertugas untuk mencatat penerimaan dan kelengkapan paket kuesioner yang dikirimkan oleh tim lapangan. Informasi ini dikirimkan secara teratur kepada manajer pembersihan data untuk mendistribusikan tugas dalam kegiatan pembersihan data. Informasi ini juga dilaporkan kepada koordinator lapangan jika ditemukan ada masalah dalam kelengkapan kuesioner.

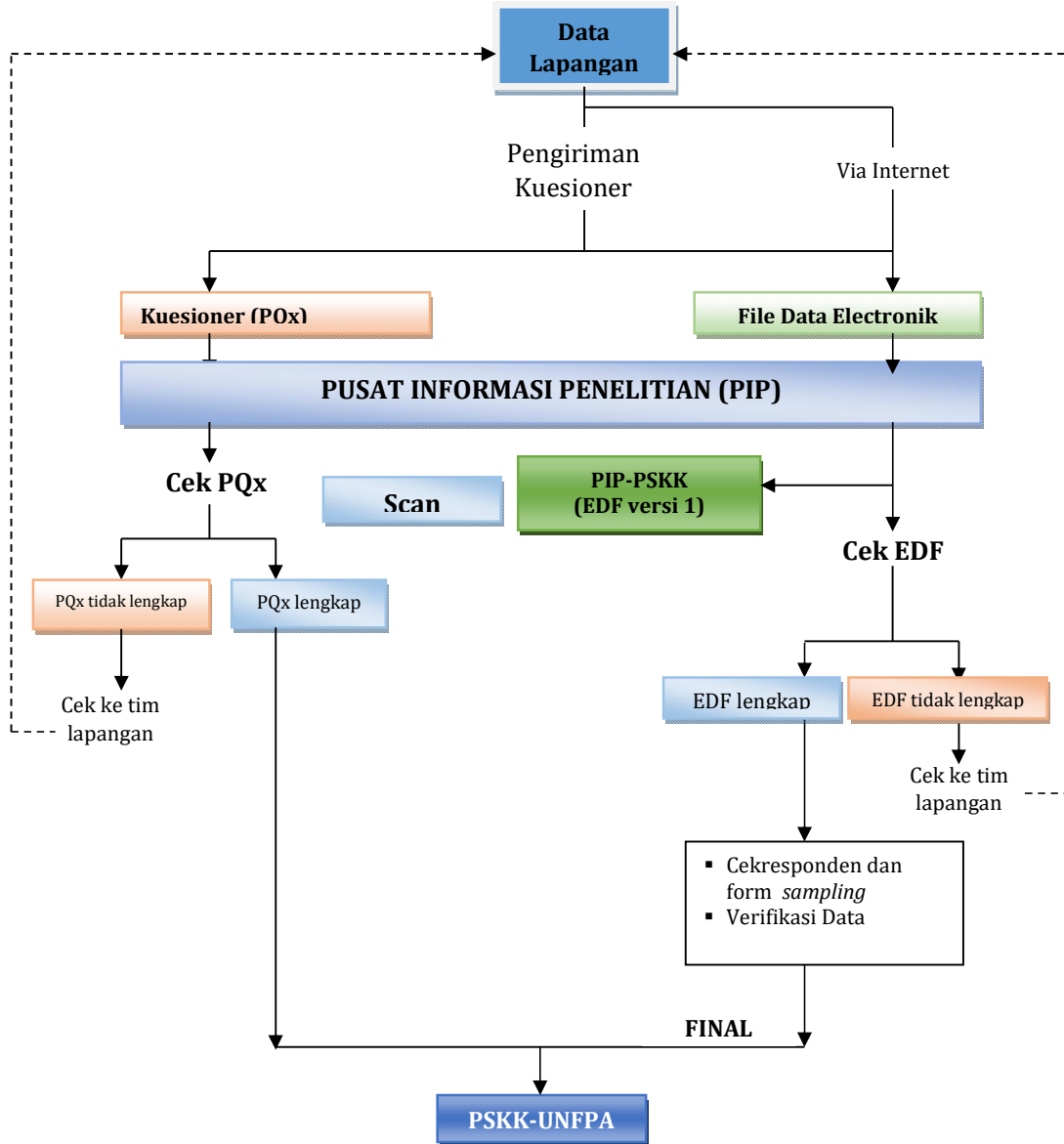
1.3.5.1 Pembersihan Data

Dalam rangka menjamin kualitas data, ada beberapa lapisan dalam melakukan pembersihan data di lapangan sebagai berikut. (i) Edit manual oleh pewawancara,

(ii) pengecekan data oleh editor data yang didukung oleh program entri data, dan
(iii) pengecekan data oleh supervisor. Setelah kegiatan pengumpulan dan pembersihan data di lapangan selesai dilakukan, setiap tim harus menyerahkan kuesioner dan file entri data ke PIP di PSKK UGM. Setelah itu, di PIP dilakukan empat kegiatan pengelolaan data sebagai berikut.

1. Pemindaian kuesioner yang bertujuan mempermudah pemeriksaan kuesioner setelah selesai dari lapangan. Berikutnya *file* tersebut diberi kode berdasarkan ID kuesioner. Hal ini memudahkan kegiatan *cross-check* antara kuesioner dan data elektronik. Jika pada tahap terakhir ditemukan beberapa kuesioner belum dientri, maka entri data dapat segera dilakukan dengan mengonfirmasi ke tim lapangan untuk pembersihan data. Di sisi lain, jika ditemukan *file* data elektronik yang tidak sesuai dengan kuesioner, konfirmasi ke lapangan tim dapat segera dilakukan. Hal ini nantinya memberikan kesempatan kepada semua pihak untuk melakukan pemeriksaan terhadap kuesioner yang telah selesai di lapangan.
2. Pemeriksaan responden dan daftar *sampling*. Kegiatan ini bertujuan untuk memastikan bahwa responden yang telah diwawancarai memenuhi persyaratan untuk diwawancarai dalam Survei P2GP 2017. Kegiatan ini juga memastikan bahwa semua responden yang berhasil diwawancarai sesuai dengan prosedur yang telah disepakati melalui pengecekan responden.
3. Verifikasi data. Prosedur pembersihan data di lapangan mengharuskan semua data editor mencatat semua konfirmasi, pertanyaan, dan revisi yang dilakukan di lapangan dalam bentuk terpisah.
4. Pemeriksaan *file* entri data untuk melakukan verifikasi data.

Kegiatan pembersihan data di PIP ditunjukkan pada Gambar 1.5.



Gambar 1.5 Proses Manajemen Data di PIP

Sumber: Survei P2GP, PSKK-UGM, 2017

1.3.5.2 Penjaminan Kualitas Data

Dalam rangka mempertahankan kualitas data, PIP melakukan beberapa kegiatan, seperti *coding* (pengodean), memeriksa data *missing*, dan cek konsistensi data.

a. *Coding* bertujuan untuk menulis kode pada pertanyaan terbuka atau melakukan reklasifikasi baru pada jawaban lainnya. *Coding* ini didasarkan pada hal berikut.

- konsistensi kode di setiap variabel pada kuesioner (keluarga dan usaha)
- pengelompokan dalam kelompok yang lebih besar
- distribusi jawaban, jika reklasifikasi jawabannya tidak memungkinkan, maka jawabannya tetap sama dengan kuesioner

b. *Data missing* dan *outofrange*

Kegiatan ini dilakukan untuk mengetahui apakah ada data yang *missing* maupun *outofrange*. Kedua hal tersebut dapat terjadi karena kesalahan dalam entri data atau temuan di lapangan. Jika ada nilai yang hilang di EDF, maka PQX diperiksa untuk melihat apakah ada kesalahan dalam entri data atau memang angkanya *outofrange*. Jika file data elektronik (*electronic data files/EDF*) dan kuesioner fisik (*physicalquestionnaires/PQX*) menunjukkan bahwa ada data yang *outofrange*, PIP memberikan catatan. Namun jika ada perbedaan antara EDF dan PQX, maka data yang lebih dipercaya adalah data yang di dalam kuesioner (PQX). Hal ini lebih logis berdasarkan pada hubungan antarvariabel atau catatan tepi (*CP margin*), maka data dikembalikan seperti yang ada di PQX.

c. Pengecekan inkonsistensi data

Pengecekan inkonsistensi data dilakukan dengan membandingkan data antara PQX dan EDF dengan cara menghubungkan keterkaitan antarvariabel dan antarbagian. Ketika data tidak konsisten antarvariabel ditemukan, maka PIP melakukan pelacakan dengan melihat catatan yang dibuat oleh pewawancara dan supervisor selama di lapangan. Jika ada yang mendukung catatan dari lapangan, maka perubahan yang sesuai dapat dibuat. Namun jika tidak ada catatan dari lapangan, data tidak boleh diubah dan PIP akan memberikan catatan.

1.3.6 Analisis Data

Analisis data hasil Survei P2GP 2017 berupa analisis statistik deskriptif. Analisis tersebut digunakan untuk dapat menggambarkan kondisi demografi anggota rumah tangga, pengetahuan dan sikap terhadap praktik P2GP, sejarah dan praktik P2GP, akses informasi, dan pengambilan keputusan dalam rumah tangga. Selain itu juga untuk menganalisis pengetahuan dan sikap terhadap P2GP dan praktik P2GP yang dilakukan oleh tenaga kesehatan.

Bab 2

Tinjauan Pustaka

2.1 P2GP di Indonesia

P2GP selama ini masih menjadi perdebatan, apakah memberikan manfaat kepada perempuan yang di sunat atau tidak. Di beberapa negara P2GP merupakan hal yang wajib dilakukan kepada perempuan, salah satu contohnya adalah di negara-negara Afrika yang mengharuskan sunat kepada perempuan sebagai bagian dari budaya dan ajaran yang mengikat (Marnell, 2014). Negara Indonesia merupakan salah satu negara yang memiliki tradisi yang menerapkan P2GP. Memang tidak semua daerah melakukan P2GP, tetapi hampir sebagian besar daerah terdapat wanita yang mengalami P2GP. Praktik P2GP di Indonesia biasanya dilakukan kepada bayi perempuan yang baru lahir atau anak perempuan yang akan memasuki masa dewasa.

2.1.1 Faktor Pendorong P2GP

Faktor pendorong P2GP secara umum sangat dipengaruhi oleh agama dan budaya. Hampir di semua negara alasan untuk melakukan P2GP pendorongnya adalah agama dan budaya di negara tersebut. Diantara aspek budaya dan agama, aspek agama merupakan pendorong paling besar untuk melakukan P2GP. Agama yang paling berpengaruh terhadap sunat adalah agama Islam. Dalam agama Islam, kewajiban agama Islam melakukan P2GP bertujuan untuk menstabilkan libido perempuan dan sebagai sarana kebersihan organ perempuan (Patel, etal, 2016). Dengan melakukan P2GP alat kelamin akan dimodifikasi sehingga akan menurunkan libido atau hasrat seksual perempuan yang meluap-luap, selain itu dengan dilakukannya P2GP maka organ kelamin perempuan akan lebih bersih dari kotoran. Menurut ICC Service (2015), menyebutkan juga bahwa pengaruh agama dengan P2GP ini akan menjaga keperawanan/kesucian dan kebersihan dari perempuan. Selain itu kehormatan keluarga akan terjaga karena sudah

melaksanakan bagian dari agama. Perempuan yang mengalami P2GP akan diterima secara sosial karena sudah mengikuti perintah agama dan budaya di daerah tempat tinggalnya, dan dengan P2GP akan meningkatkan kesuburan.

P2GP merupakan rasionalisasi sebagai bagian dari agama Islam dimana P2GP merupakan salah satu hal yang sunah dan wajib dalam ajaran Islam (Zamroni, 2011). Dari tulisan Zamroni (2011) dalam penelitian di Madura menyebutkan bahwa P2GP merupakan adat dan tradisi masyarakat sekaligus sebagai Islamisasi, sehingga P2GP menjadi salah satu kewajiban yang harus dilaksanakan. Hukum P2GP diambil dari hukum sunat laki-laki, bahwa sunat laki-laki merupakan kewajiban dalam Islam, maka P2GP juga merupakan hal yang wajib. Ada anggapan dari masyarakat Madura bahwa perempuan yang mengalami P2GP akan mengurangi hubungan seks dan gairah seks.

P2GP dilakukan untuk pengesahan identitas gender, feminitas berdasarkan nilai estetika, menjaga keperawanan, menjaga kehormatan keluarga dan moral gadis, inisiasi menjadi perempuan dewasa, jaminan ekonomi dan sosial jangka panjang (Gruenbaum, 2005). Dengan melakukan P2GP, maka perempuan akan diakui identitasnya di kalangan masyarakatnya. Selain itu femininitas nilai estetika dari perempuan yang melakukan P2GP akan meningkat dikarenakan anggapan bahwa perempuan yang mengalami P2GP sudah memenuhi estetika di kalangan masyarakat. Sudah menjadi hal yang umum dalam masyarakat bahwa sesuatu yang sesuai dengan agama dan tradisi akan membuat menjadi lebih baik, begitu juga dengan wanita yang melakukan P2GP ini akan mengangkat kehormatan keluarga dan jaminan ekonomi keluarganya.

Faktor tradisi dan budaya merupakan faktor pendorong kuat selain dari faktor agama. Tradisi dan budaya menjadi tolak ukur diterimanya manusia dalam tatanan masyarakat. Semakin mengikuti tradisi dan budaya maka akan semakin diterima dalam masyarakat dan terhindar dari sangsi sosial. Sunat perempuan merupakan salah satu dari praktik tradisional atau tradisi dalam suatu negara atau daerah (Budiharsana, et.al, 2003). Dengan masuknya P2GP sebagai salah satu

tradisi/budaya dalam masyarakat, maka P2GP memiliki kedudukan tinggi di masyarakat untuk dilakukan atau bahkan diwajibkan di kalangan masyarakat.

Pendidikan juga tidak dapat dilepaskan dari faktor pendorong berlangsungnya P2GP. Menurut Jalali (2007), agama dan pendidikan perempuan yang rendah merupakan faktor pendorong dari berlangsungnya P2GP. Pendidikan yang rendah membuat perempuan kurang pengetahuan dan memiliki daya tawar yang rendah di masyarakat sehingga hanya menurut saja ketika diminta untuk dilakukan P2GP.

2.1.2 Perspektif Demografi terhadap P2GP

Praktik P2GP dilakukan di negara-negara Afrika dan Asia. Di Afrika masalah kesehatan sunat perempuan terdapat di wilayah barat seperti Senegal, Gambia, Burkina Faso, Mali, Sierra Leone, Guinea. Di wilayah timur seperti Djibouti, Somalia, Sudan, Ethiopia, Eritrea. Dan di wilayah timur laut seperti Mesir. Di beberapa negara Asia meliputi Pakistan, Malaysia, Indonesia dan Timur Tengah meliputi Oman, Yaman, Irak, Kurdistan. Sunat perempuan dianggap sebagai pelanggaran hak asasi internasional dan diskriminasi terhadap perempuan dan anak perempuan yang mengarah ke gangguan kesehatan (Marnell, 2014)

UNFPA (2015) memfokuskan kepada 29 negara yang berada di Afrika dan Asia Tengah yang memiliki masalah umum tentang P2GP. Selain itu juga di beberapa negara di Asia termasuk India, Indonesia, Iraq, dan Pakistan. Rata-rata negara yang terdapat praktik P2GP adalah negara dengan mayoritas penduduk beragama Islam dan merupakan negara menengah dengan tingkat ekonomi rendah.

2.1.2.1 Latar Belakang Negara dengan Prevalensi P2GP yang Tinggi

Dari negara-negara yang memiliki prevalensi P2GP yang tinggi dapat dilihat beberapa faktor yang menyebabkan tingginya P2GP, faktor-faktor tersebut antara lain.

1. Proporsi Penduduk usia muda tinggi

Dari data UNFPA bahwa rata-rata negara yang praktik P2GP-nya tinggi memiliki penduduk dengan usia muda yang tinggi. Rata-rata perempuan dengan usia dibawah 15 tahun diatas 40 persen.

2. Mortalitas yang Tinggi

Rata-rata negara dengan tingkat praktik P2GP yang tinggi berdasarkan data dari UNFPA menunjukkan bahwa tingkat mortalitas (kematian) di negara tersebut termasuk tinggi. Menurut PBB tahun 2013 kematian ibu melahirkan adalah 210 per 1100.000 kelahiran hidup dengan rasio 27-30. Untuk negara-negara dengan P2GP tinggi berdasarkan UNFPA lebih tinggi dari rasio 27-30.

3. Fertilitas Tinggi

Fertilitas (kelahiran) yang tinggi merupakan salah satu latar belakang negara yang memiliki prevalensi P2GP yang tinggi menurut UNFPA. Hal ini dapat dimaklumi karena dengan adanya kelahiran bayi perempuan yang tinggi maka praktik P2GP akan semakin tinggi karena perempuan yang akan mengalami P2GP semakin banyak. Hal ini berbanding lurus juga dengan proporsi penduduk usia muda yang tinggi di poin pertama.

4. Urbanisasi Rendah

Data dari UNFPA menunjukkan bahwa negara-negara dengan prevalensi P2GP yang tinggi memiliki tingkat urbanisasi yang rendah, hal ini menunjukkan bahwa pengaruh pengetahuan dan kenyamanan hidup di desa dengan berbagai budaya dan tradisinya berpengaruh terhadap tingginya prevalensi P2GP. Hal ini menunjukkan juga bahwa praktik P2GP marak terjadi di daerah pedesaan dengan keterbatasan informasi dan akses. Negara dengan tingkat urbanisasi yang tinggi memiliki kecenderungan pengurangan praktik P2GP.

5. Migrasi

Negara-negara dengan prevalensi sunat perempuan tinggi terdapat penduduknya yang melakukan migrasi, terutama negara-negara Afrika yang bermigrasi untuk menghindari praktik sunat perempuan. Selain untuk menghindari praktik sunat ada juga penduduk yang memang bermigrasi untuk pekerjaan membawa budaya sunat perempuan ke negara yang dituju. Negara-negara tujuan migrasi ini antara lain di Eropa, Amerika Utara, Australia, dan New Zealand (UNFPA, 2015)

6. Pendapat Perempuan terhadap Kekerasan terhadap Perempuan

P2GP dan pernikahan dini terhadap anak perempuan merupakan bentuk kekerasan terhadap perempuan dan anak perempuan yang melanggar hak asasi manusia (UNFPA, 2015). Dari data UNFPA menunjukkan bahwa korelasi positif antara P2GP dengan pernikahan dini terhadap anak perempuan di negara-negara dengan prevalensi P2GP yang tinggi. Artinya di negara-negara tersebut kekerasan terhadap perempuan sudah menjadi umum dan dilegalkan. Dari data UNFPA (2015) kecenderungan anak yang dinikahkan dini akan mengikuti perilaku orang tuanya dengan melakukan P2GP kepada anak yang akan dilahirkannya.

2.1.2.2 Latar Belakang Perempuan Memiliki Anak Perempuan yang Mengalami P2GP

Seorang perempuan yang mengalami praktik P2GP akan cenderung melakukannya kepada anak perempuan yang akan dilahirkannya (UNFPA, 2015). Hal ini dapat dilihat dari gejala umum yang ada di negara-negara yang perempuannya melakukan praktik P2GP, bahwa praktik P2GP ini akan dilakukan turun-temurun. Laporan perspektif demografi UNFPA menunjukkan, perempuan yang memiliki anak yang mengalami P2GP memiliki latar belakang sebagai berikut.

1. Menikah sebelum umur 18 tahun

Kecenderungan perempuan yang menikah dibawah 18 tahun memiliki anak yang mengalami P2GP karena faktor traumatik terhadap kekerasan perempuan

2. Disunat

Perempuan yang memiliki anak yang mengalami P2GP sebagian besar mengalami praktik P2GP terhadap dirinya. Hal ini terjadi karena seorang ibu akan menurunkan apa yang dialaminya kepada anak yang dilahirkannya

3. Mendukung kekerasan terhadap perempuan dengan paling tidak satu alasan

Praktik P2GP merupakan bagian dari tindak kekerasan terhadap perempuan karena melukai alat kelamin perempuan. Dukungan terhadap praktik P2GP ini berarti mendukung praktik kekerasan terhadap perempuan

4. Percaya bawah P2GP itu diharuskan oleh agama (Islam)

Seperti yang sudah dijelaskan sebelumnya, bahwa agama (Islam) merupakan faktor utama dalam melakukan praktik P2GP karena P2GP dianggap sebagai bagian dari perintah agama sehingga harus dilaksanakan. Perempuan yang memiliki anak perempuan yang mengalami P2GP akan melaksanakan perintah agama tersebut

5. Pendidikan rendah

Faktor pendidikan sangat berpengaruh terhadap perempuan dalam pelaksanaan P2GP. Perempuan yang memiliki pendidikan tinggi akan mendapat informasi yang lebih banyak tentang apa itu P2GP dan efek yang ditimbulkannya. Perempuan yang memiliki anak yang mengalami P2GP relatif memiliki pendidikan yang rendah sehingga kurang informasi dan hanya menurut terhadap agama atau tradisi secara turun temurun

6. Pendidikan suami/pasangan yang rendah

Suami atau pasangan yang memiliki pendidikan yang rendah tidak bisa untuk mengarahkan tentang bahayanya P2GP sehingga hanya menurut saja terhadap praktik P2GP yang sudah diajarkan agama atau budaya

7. Etnisitas tertentu

Perempuan yang memiliki anak yang mengalami P2GP menurut data UNFPA berasal dari etnis-etnis atau suku tertentu yang memiliki kebiasaan turun temurun untuk melakukan praktik P2GP.

8. Jenis pekerjaan

Perempuan yang bekerja untuk keluarga atau mengurus rumah tangga cenderung akan memiliki anak yang mengalami P2GP karena kurangnya informasi dan pergaulan di luar

9. Pendapat tentang apakah P2GP harus dihentikan atau tidak

Perempuan yang memiliki anak yang mengalami P2GP akan berpendapat bahwa P2GP itu tidak harus dihentikan, karena mereka melakukan itu secara sadar dan tanpa paksaan.

Dari penelitian UNFPA yang dilakukan di sembilan negara, menunjukkan bahwa ibu yang memiliki pengalaman menikah dini dan perempuan yang memperbolehkan terjadinya kekerasan terhadap perempuan memiliki kecenderungan untuk melakukan P2GP setidaknya satu orang anak perempuannya (UNFPA, 2015)

Berdasarkan latar belakang perempuan yang memiliki anak yang mengalami P2GP dapat dilihat menurut Mozafarian (2017), bahwa ada korelasi positif antara P2GP dengan variabel-variabel berikut ini a) jenis pekerjaan; b) pendidikan; c) pengalaman P2GP dalam rumah tangga; d) pemanfaatan media oleh perempuan; e) kontrol seksualitas terhadap perempuan; f) sikap perempuan; dan g) usia perempuan dan usia pernikahan pertama.

Studi tentang pengetahuan sikap dan perilaku ibu terhadap P2GP pada anak perempuan, mengambil populasi ibu yang memiliki anak perempuan usia 0-18 tahun di Jakarta dengan subyek penelitian adalah ibu di wilayah kerja posyandu Kampung Melayu pada bulan Juni 2007. Hasil penelitian tersebut menunjukkan dari 106 responden yang diwawancarai hampir seluruhnya (92,2 persen) melakukan P2GP pada anak perempuannya. Semua anak

yang mengalami P2GP terjadi pada umur dibawah 5 tahun (Milasari, dkk, 2008). Masih dalam studi tentang pengetahuan sikap dan perilaku ibu diatas, bahwa alasan yang digunakan untuk perempuan melakukan P2GP terhadap anaknya adalah dari segi agama (61,2persen), kesehatan (33persen), dan budaya atau adat istiadat (5,8persen). Alasan agama menjadi alasan tertinggi ibu untuk melakukan P2GP terhadap anak perempuan.

Pemerintah Indonesia menyepakati bahwa P2GP adalah bentuk praktik berbahaya dan berdampak panjang terhadap kesehatan serta hak reproduksi dan seksual perempuan dan remaja putri. Pada tahun 2014, pemerintah Indonesia telah menunjukkan komitmennya untuk melarang adanya praktik P2GP dengan mengeluarkan peraturan pemerintah. Terkait larangan dari pemerintah tersebut dari hasil studi tentang pengetahuan sikap dan perilaku ibu terhadap P2GP pada anak perempuan, hasil yang diperoleh dari 109 responden menyatakan hampir sebagian besar (83persen) tidak mengetahui akan adanya surat edaran dari Departemen Kesehatan RI yang melarang tenaga medis untuk melakukan P2GP pada anak perempuan. Hanya 17 persen ibu mengetahui keberadaan surat edaran tersebut.

Pengetahuan ibu tentang P2GP didapat dari sumber sebagai berikut.

Tabel 1. Sumber Informasi Praktik P2GP

Sumber	Persentase (%)
Non Medis	
Orang Tua	34,0
Pemuka Agama	20,8
Pemangku Adat	1,9
Medis	
Perawat atau Bidan	21,7
Dokter Puskesmas	17,0
Dokter Praktik Pribadi	4,7

Sumber : Milasari, dkk (2008)

Dari data tabel sumber informasi tentang P2GP memperlihatkan bahwa sumber informasi yang paling banyak didapat adalah dari orang tua sebesar 34 persen, ini menunjukkan bahwa P2GP dilakukan secara turun temurun dari orang tua kepada

anak. Masih berdasarkan data Milasari, dkk (2008), tenaga kesehatan terutama bidan adalah yang paling sering melakukan praktik P2GP (96,4 persen).

Proses P2GP tidak lepas dari pengambil keputusan utama, pengambil keputusan utama ini yang memutuskan apakah anak perempuan akan mengalami P2GP atau tidak. Dalam P2GP pengambilan keputusan biasanya dilakukan oleh orang tua sebagai orang yang bertanggungjawab langsung terhadap anak perempuan, keluarga, dan tokoh agama. (Rohmah, 2015). Dampak dari tidak melaksanakan P2GP menurut Rohmah adalah adanya tekanan sosial dari masyarakat sekitar dalam bentuk saling menyindir dan mengingatkan, belum disebut muslim karena belum disunat, dan budaya resipatoris.

2.2 Medikalisasi P2GP di Indonesia

P2GP di Indonesia sudah dilakukan secara turun temurun dari orang tua ke anak, dari masyarakat ke masyarakat. Proses P2GP dilakukan baik secara tradisional maupun secara medis, sayangnya proses P2GP ini belum ada standar yang baku dalam prosesnya. Pada tahun 2010 pemerintah Indonesia melalui Kementerian Kesehatan mengeluarkan peraturan pemerintah nomor: 1636/MENKES/PER-/XI/2010 tentang praktik sunat/P2GP. Dalam pasal 1 ayat 1 berbunyi “sunat perempuan adalah tindakan menggores kulit yang menutupi bagian depan klitoris, tanpa melukai klitoris”

Perkembangan selanjutnya P2GP dianggap sebagai kekerasan terhadap perempuan karena bentuk praktik yang berbahaya dan berdampak panjang terhadap kesehatan serta hak reproduksi dan seksual perempuan dan remaja putri (Perempuan Bergerak, 2013, vol. 3:11). Dampak yang lain adalah adanya trauma dan perlukaan fisik terhadap alat kelamin perempuan. Terkait alasan praktik yang berbahaya maka pemerintah Indonesia pada tahun 2014 mengeluarkan peraturan pemerintah untuk menarik peraturan yang dikeluarkan pada tahun 2010. Namun sampai saat ini praktik P2GP masih ada baik di masyarakat maupun di fasilitas kesehatan.

Peran bidan sangat penting untuk mensosialisasikan bahayanya P2GP, sehingga bidan merupakan ujung tombak apakah P2GP masih dilakukan atau tidak. Posisi bidan menjadi sangat dilematis, di satu sisi untuk mensosialisasikan bahaya P2GP, disisi lain banyak pasien yang tetap ingin meminta bidan melakukan P2GP terhadap anak perempuan yang baru lahir sedangkan P2GP tidak ada dalam kurikulum sekolah bidan (Perempuan Bergerak, 2013, vol. 3:15).

MedikalisasiP2GP di Indonesia masih resmi dilakukan walaupun ada peraturan KementerianKesehatan yang melarang praktik P2GP. MedikalisasiP2GP telah secara jelas diresmikan di Padang (91,7persen dari 394 kasus) dan Padang Pariaman (68,7persen dari 323 kasus yang diamati). Sedangkan ada kecenderungan meningkat untuk medikalisasiP2GP di Kutai Kertanegara (21 persendari 215 kasus yang diamati), Sumenep di Madura (18,2persen dari 275 kasus yang diamati), dan Serang (14,5persen dari 344 kasus). Pengamatan tambahan dilakukan di Bandung menemukan adanya indikasi peningkatan medikalisasiP2GP (Budiharsana, et.al,2003).

2.2.1 Praktik P2GP di Indonesia

Praktik P2GP di Indonesia selama ini yang paling banyak dilakukan oleh bidan. P2GP di Indonesia kebanyakan langsung dilakukan sewaktu bayi lahir. Selama ini tidak ada standar resmi bagaimana melakukan P2GP, di kurikulum sekolah kebidanan juga tidak ada pelajaran tentang cara-cara P2GP (Zakiah, 2012).

Selama ini bidan melakukan P2GP didasarkan pada pengalaman atau informasi petugas kesehatan yang lebih senior atau yang sudah pernah melakukan P2GP. Bidan yang melakukan P2GP cenderung melakukannya secara lebih invasif, seperti melakukan lebih banyak irisan dan penghilangan (68-88 persen kasus) jika dibandingkan dengan penyedia layanan tradisional (43-67 persen kasus). (Budiharsana, et.al, 2003).

MenurutBudiharsana, et.al (2003), selain bidan, penyedia layanan P2GP biasanya dilakukan oleh dukun bayi, praktisi tradisional, dan penyedia jasa lainnya. Pada

umumnya perbedaan perlakuan praktik P2GP oleh praktisi tradisional dengan tenaga medis yaitu.

- *rubbing* dan *scrapping* dilakukan oleh praktisi tradisional
- *screatching* oleh dukun bayi
- *Pricking* dan *Piercing* oleh dokter dan perawat
- *Incision* oleh bidan dan dokter/perawat dan *excision* oleh bidan dan dokter/perawat

Alat-alat yang digunakan dalam hal praktik P2GP adalah pisau lipat digunakan untuk *incising* dan *excising*, gunting untuk *incision* dan *excision*, pisau bambu untuk *rubbing* dan *scrapping* dan *incision*. Jarum kebanyakan digunakan untuk *pricking* dan *piercing* (Budiharsana, et.al, 2003).

2.2.2 Perspektif Laki-Laki terhadap P2GP

Laki-laki sebagai pasangan dari perempuan yang mengalami P2GP sebenarnya memiliki peran yang sangat penting dalam pelarangan P2GP. Selama ini peran laki-laki dalam P2GP tidak ada, laki-laki lebih dipengaruhi oleh budaya diam yang disebabkan oleh ketaatan terhadap agama dan tradisi di daerah yang sudah turun temurun (Varol, et.al, 2015). Selain itu, laki-laki sebagai penanggungjawab keluarga merasa bahwa tanggung jawab sosial di masyarakat menjadi tanggung jawabnya sehingga tidak berani untuk melarang P2GP. Kepercayaan yang dianut serta etnis dan pemahaman akan dampak negatif dari P2GP yang kurang, membuat laki-laki kurang memahami akan bahayanya P2GP perempuan. Bahkan selama ini laki-laki yang mendorong untuk melakukan P2GP karena lebih kepada kepercayaan dan tradisi (Ibid). Anggapan bahwa P2GP dilakukan untuk meredakan seksual perempuan, menambah kenikmatan berhubungan menjadikan laki-laki semakin tidak berperan aktif dalam pencegahan P2GP (Zamroni, 2011).

Peran komunikasi dan pendidikan sangat berpengaruh terhadap pemahaman laki-laki terkait P2GP. Dialog atau komunikasi antara laki-laki sebagai pelindung perempuan dan perempuan sebagai pelaku P2GP sangat penting dilakukan dan

memiliki korelasi yang positif untuk memberikan pemahaman kepada laki-laki bahwa P2GP itu menyakiti perempuan, membuat wanita tidak nyaman, dan termasuk dalam kekerasan terhadap perempuan. Tingkat pendidikan juga memiliki pengaruh kuat dan positif terhadap pemahaman laki-laki terhadap dampak negatif P2GP (Varol, et.al, 2003). Varol mengatakan, semakin tinggi tingkat pendidikan maka pemahaman dan informasi tentang P2GP dan dampak-dampak negatifnya akan semakin banyak, sehingga laki-laki dapat menjadi jembatan untuk pelarangan P2GP.

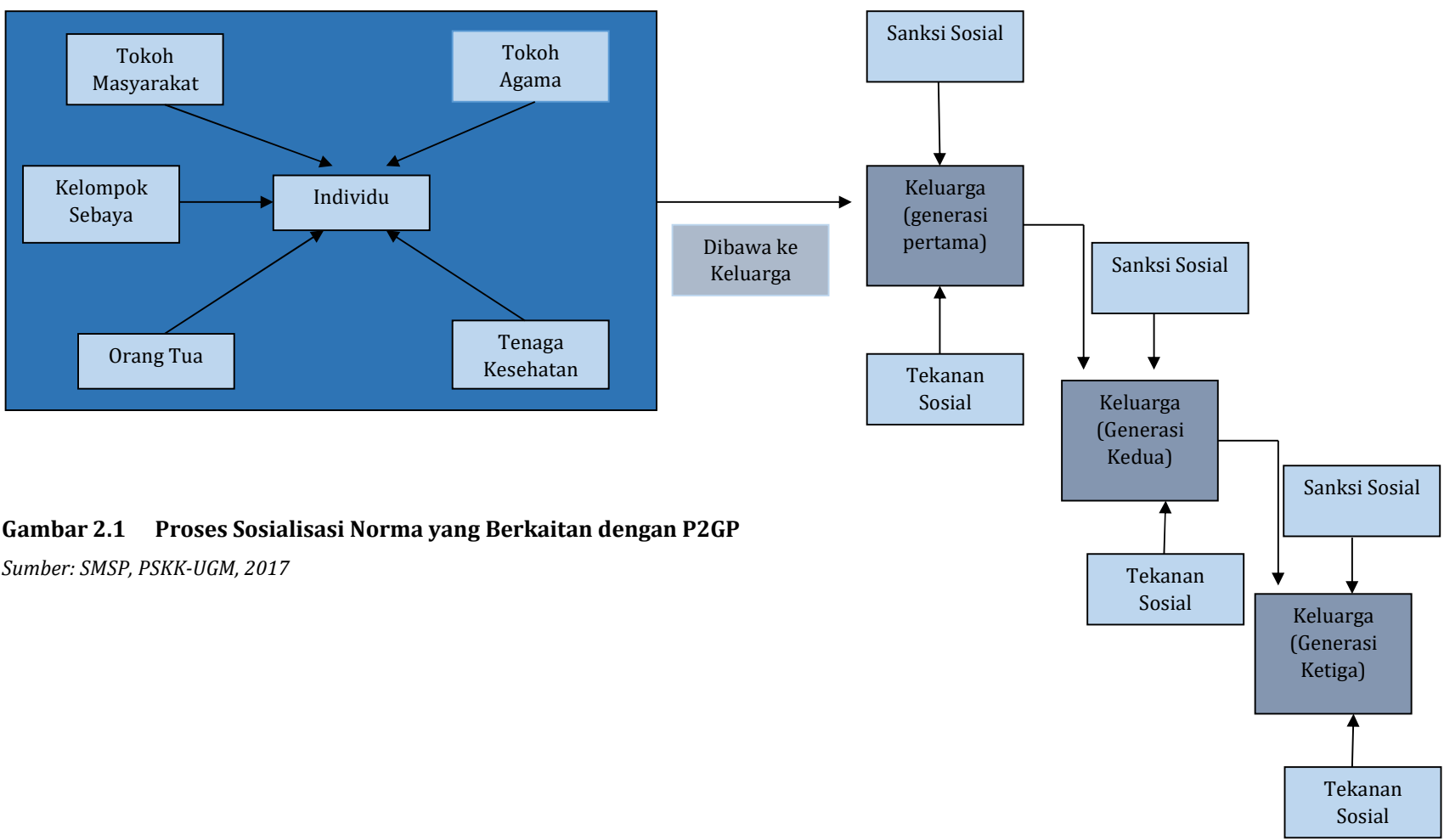
2.3 Reproduksi Kultural

P2GP merupakan praktik yang sudah sangat tua di Indonesia dan praktik P2GP ini berakar pada tradisi yang dilestarikan oleh masyarakat. Penelitian Budiharsana, et.al. (2003) menunjukkan bahwa orang tua anak yang mengalami P2GP dan tokoh agama tidak memiliki pengetahuan yang memadai tentang hubungan antara P2GP dan Islam. Masih menurut Budiharsana, et. al. (2003), kesimpulannya tentang praktik P2GP di Indonesia merupakan tradisi yang diturunkan dari satu generasi ke generasi lainnya tanpa dipertanyakan maknanya atau dasarnya dalam sejarah atau hukum Islam. Banyak orang tua yang mempraktikkan dan mewariskan tradisi ini semata-mata karena mereka ingin mempertahankan praktik ini di kalangan generasi yang lebih muda. Penelitian yang lebih baru menunjukkan bahwa pada umumnya anggota masyarakat Muslim mendukung pelestarian praktik P2GP karena mereka melihat P2GP tidak saja sebagai tradisi, tetapi juga sebagai tugas agama (Patel dan Roy, 2016). Sekitar 92 persen keluarga yang diteliti mengatakan bahwa mereka menginginkan agar anak perempuan, dan cucu mereka ketika kelak mereka dilahirkan, untuk menjalani P2GP (Patel dan Roy, 2016).

Individu mempelajari norma-norma dalam masyarakat, hal-hal apa yang dianggap wajar atau tidak wajar, layak untuk diterima atau tidak diterima, melalui proses belajar yang disebut proses sosialisasi. Nilai-nilai sosial yang diadopsi oleh seseorang itu diambil dari mereka yang disebut sebagai agen sosialisasi.

Agensosialisasi meliputi orang tua, sekolah, teman sebaya, tokoh masyarakat, tokoh agama, dsb. Nilai-nilai itu kemudian diwariskan dari satu generasi ke generasi berikutnya. Proses inilah yang disebut sebagai reproduksi kultural (Patterson, 2010). Tidak semua norma dalam masyarakat bertahan dalam jangka waktu lama. Masyarakat terus menerus berubah, dan karena itu norma juga berubah sesuai dengan pergeseran yang terjadi dalam masyarakat. Akan tetapi ada norma yang tidak berubah. Bagaimana sebuah norma bisa lestari? Sebuah norma bisa bertahan dalam waktu lama apabila norma itu dipercayai dan dianut oleh orang-orang yang memegang kekuasaan. Ketika norma yang dipegang oleh orang yang berkuasa itu juga dianut oleh masyarakat kebanyakan, maka terjadilah hegemoni kultural (Stinchcombe, 1968).

Dalam kaitannya dengan P2GP, anggota masyarakat belajar tentang P2GP dari tokoh masyarakat, tokoh agama, anggota masyarakat yang lebih tua, kelompok sebaya, dan lain sebagainya. Pada umumnya mereka yang mendukung P2GP adalah orang-orang yang cukup berpengaruh di daerah mereka. Oleh sebab itu masyarakat kebanyakan juga mendukung P2GP serta mewariskan norma yang mereka anut itu kepada generasi berikutnya melalui proses sosialisasi. Proses sosialisasi P2GP berjalan dengan baik di beberapa daerah dengan prevalensi P2GP yang tinggi karena ada tekad nasional untuk melakukan P2GP.



Gambar 2.1 Proses Sosialisasi Norma yang Berkaitan dengan P2GP

Sumber: SMSP, PSKK-UGM, 2017

Bab 3

Profil Rumah Tangga dan Responden

3.1 Pendahuluan

Sampel dalam penelitian ini adalah rumah tangga yang memiliki anak perempuan usia 0-11 tahun yang pernah mengalami P2GP. Rumah tangga yang terpilih tersebut kemudian ibu dan suami diwawancarai untuk mengetahui pengetahuan, persepsi, dan praktik P2GP. Secara keseluruhan responden yang diwawancarai ibu sebanyak 4.250 orang dan 2.782 suami sehingga total mencapai 7.032 orang. Jumlah responden suami yang tidak sama dengan responden ibu disebabkan oleh beberapa alasan diantaranya adalah status perkawinan ibu adalah cerai (baik cerai mati maupun cerai hidup), suami tidak tinggal di rumah karena bekerja di luar kota, dan suami tidak dapat diwawancarai karena menolak diwawancarai atau disebabkan ke sibukannya. Dari seluruh wilayah survei, diketahui jumlah total responden paling banyak adalah Provinsi Riau yang mencapai 891 orang dan terendah adalah provinsi Jambi yang hanya sebesar 326 orang.

Tabel 3.1 Jumlah Responden Survei P2GP 2017

Provinsi	Responden Rumah Tangga			
	Istri	Suami	Anak Usia 0-11 Tahun	Total
Bangka Belitung	500	387	594	1.481
Banten	500	353	604	1.457
Gorontalo	500	366	621	1.487
Jambi	250	76	316	642
Jawa Barat	500	170	628	1.298
Kalimantan Selatan	500	366	586	1.452
Kalimantan Timur	250	131	301	682
NTB	250	183	304	737
Riau	500	391	623	1.514
Sulbar	500	359	674	1.533
Total	4.250	2.782	5.251	12.283

Sumber: Survei P2GP, PSKK UGM, 2017

3.2 Demografi

3.2.1 Komposisi Anggota Rumah Tangga Menurut Suku

Di antara semua variabel sosio-ekonomi, etnisitas tampaknya memiliki pengaruh paling signifikan terhadap distribusi P2GP di suatu negara. Seperti yang dinyatakan oleh Dara Carr (1997: 27) dalam analisisnya tentang data DHS (2001: 102). "Temuan ini tidak mengherankan, karena banyak peneliti telah mencatat bahwa prevalensi P2GP bervariasi menurut etnisitas atau bahwa P2GP berfungsi sebagai penanda etnis". Selanjutnya, dalam pembahasan tentang peran etnisitas dalam P2GP, Ellen Gruenbaum (2001: 102) menulis praktik P2GP berkaitan erat dengan identitas etnis, dimanapun P2GP ditemukan. Pemahaman tentang pentingnya etnisitas ini seharusnya memberikan wawasan penting tentang keawetan praktik ini dan penolakan orang terhadap upaya penganggulangan P2GP. Selain itu etnisitas bisa membantu menjelaskan mengapa praktik tersebut dapat menyebar dalam situasi tertentu. Hasil studi dari UNICEF (2005) juga memperkuat temuan sebelumnya, dimana mayoritas perempuan di berbagai negara Afrika yang mendukung praktik P2GP mengatakan bahwa praktik ini perlu dilestarikan karena P2GP berkaitan dengan kebiasaan atau tradisi, atau lebih khusus lagi "tradisi yang baik".

Praktik P2GP yang masih ada di Indonesia tidak dapat dilepaskan dari faktor agama dan tradisi atau budaya masyarakat. Hubungan antara agama dan budaya demikian erat seperti disampaikan oleh Umar (1999:304), bahwa tidak sedikit penafsiran kitab suci yang membenarkan konstruksi budaya yang hidup di masyarakat. Namun sebaliknya, tidak sedikit juga konstruksi budaya dibangun di atas landasan pemahaman kitab suci. Budaya P2GP masih kuat mengakar di masyarakat karena selalu dipraktikkan secara turun temurun bahkan diyakini sebagai sebuah kebutuhan. Selain itu, masyarakat tidak memiliki alternatif lain selain mengikuti tradisi yang sudah ada. P2GP dilakukan dengan alasan agar perempuan diterima oleh lingkungan atau komunitas sekitarnya. Hal ini menyebabkan para perempuan dan keluarganya mendapatkan tekanan untuk melakukannya. Akibat adanya tekanan masyarakat yang mengharuskan

perempuan melakukan P2GP, orang tua akan merasa khawatir jika anak perempuannya tidak diterima di masyarakat atau merasa terasingkan (Endraswara, 2003).

Salah satu variabel demografi dalam Survei P2GP 2017 yang penting untuk diketahui adalah suku dari masing-masing anggota rumah tangga sampel. Berdasarkan suku dari masing-masing anggota rumah tangga diketahui paling banyak adalah Sunda yang mencapai 22,3 persen. Suku selanjutnya adalah Melayu (19,3 persen), Banjar (12,5 persen) dan Gorontalo (11,9 persen). Suku Sunda dan Melayu sebagai dua suku terbanyak terjadinya praktik P2GP dalam penelitian ini, jika dibedakan berdasarkan lokasi tempat tinggal diketahui tidak ada perbedaan. Rumah tangga yang tinggal di pedesaan dan perkotaan jumlahnya hampir antara Suku Sunda dan Suku Melayu. Hal ini menunjukkan bahwa praktik P2GP dilakukan oleh rumah tangga tidak adanya perbedaan berdasarkan lokasi tempat tinggal.

Tabel 3.2 Komposisi Anggota Rumah Tangga Menurut Suku

Suku	Perkotaan		Pedesaan		Total	
	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen
Jawa	1.039	16,7	677	5,2	1.716	8,9
Madura	57	0,9	36	0,3	93	0,5
Sunda	1.530	24,7	2.756	21,2	4.286	22,3
Melayu	1.429	23,0	2.282	17,6	3.711	19,3
Sasak	41	0,7	932	7,2	973	5,1
Bugis	217	3,5	220	1,7	437	2,3
Mandar	540	8,7	1.700	13,1	2.240	11,7
Banjar	582	9,4	1.824	14,0	2.406	12,5
Batak	105	1,7	19	0,2	124	0,7
Gorontalo	8	0,1	2.275	17,5	2.283	11,9
Minang	286	4,6	8	0,1	294	1,5
Pattae (Polewali Mandar)	21	0,3	174	1,3	195	1,0
Kutai	87	1,4	0	0,0	87	0,5
Lainnya	263	4,3	96	0,7	359	1,9
Total	6.205	100,0	12.999	100,0	19.204	100,0

Sumber: Survei P2GP, PSKK UGM, 2017

3.2.2 Komposisi Anggota Rumah Tangga Menurut Agama

Praktik P2GP seringkali dikaitkan dengan agama Islam. Pada kenyataannya P2GP juga dijumpai di kalangan mereka yang menganut agama selain Islam. Di enam negara di mana data tentang agama tersedia yaitu Benin, Pantai Gading, Ethiopia, Ghana, Kenya dan Senegal diketahui kelompok Muslim lebih cenderung mempraktikkan P2GP daripada kelompok Kristen. Sementara itu di Niger, Nigeria dan Tanzania prevalensi P2GP lebih tinggi di kalangan kelompok Kristen. Agama saja tidak bisa dilihat sebagai faktor pendorong P2GP di Benin, Pantai Gading, Ghana dan Senegal. Di Pantai Gading, misalnya, 79 persen perempuan Muslim telah menjalani P2GP, dibandingkan dengan 16 persen perempuan Kristen. Di empat negara lain, perempuan Muslim lebih cenderung mempraktikkan P2GP terhadap anak-anak mereka dibandingkan dengan perempuan dari agama lain. Di Ethiopia, Kenya, Niger dan Tanzania, prevalensi P2GP lebih tinggi di antara anak perempuan Kristen daripada anak perempuan Muslim. Namun, hal ini dapat dikaitkan dengan faktor-faktor lain seperti etnisitas dan distribusi berbagai kelompok agama di negara-negara ini (UNICEF, 2005)

Berdasarkan studi dari UNICEF tahun 2005 tersebut, dapat diketahui bahwa P2GP tidak hanya dikenal di Indonesia, tetapi juga di berbagai negara lain. Menurut Jawad (2002:182) P2GP dilakukan hampir di 28 negara dan paling banyak dilakukan di sebagian besar Afrika, khususnya di bagian Afrika Sahara, beberapa negara Timur Tengah, serta sebagian kecil negara di Asia, Pasifik, Amerika Latin, Amerika Utara, dan Eropa. Di Asia, praktik ini familiar di kalangan negara-negara muslim, seperti Malaysia termasuk Indonesia.

Praktik P2GP di Indonesia secara umum lebih banyak didasarkan pada ajaran agama dan adat masyarakat. Bagi sebagian masyarakat, agama dijadikan sebagai dasar dilakukannya P2GP dan menjadi sebuah dorongan yang sangat kuat bagi masyarakat untuk tetap melakukannya. Menurut Geertz (1992), kuatnya agama sebagai sebuah motivasi dalam suatu tindakan tidak terlepas dari definisi agama itu sendiri. Definisi agama adalah sistem simbol yang berfungsi untuk menanamkan semangat dan motivasi yang kuat, mendalam, dan bertahan lama pada manusia dengan menciptakan konsepsi-konsepsi yang bersifat umum tentang

eksistensi. Kuatnya agama sebagai faktor pendorong dilakukannya P2GP juga ditunjukkan dari hasil studi UNICEF (2005) bahwa sebagian besar perempuan di Afrika beranggapan bahwa agama mereka mewajibkan P2GP. Hal ini bisa ditemukan terutama di negara-negara dengan tingkat prevalensi P2GP yang tinggi. Tujuh puluh persen perempuan di Mali, 57 persen di Mauritania, 33 persen di Yaman dan 31 persen wanita di Mesir percaya bahwa P2GP diwajibkan oleh agama.

Hasil Survei P2GP 2017 menunjukkan bahwa mayoritas agama yang dianut oleh anggota rumah tangga sampel adalah Islam. Hasil survei menunjukkan, dari 4.250 rumah tangga yang diwawancarai sebanyak 19.202 anggota rumah tangga beragama Islam dan hanya dua anggota rumah tangga yang beragama Kristen. Dua anggota rumah yang beragama Kristen tersebut statusnya adalah nenek dari anak perempuan yang disunat. Temuan ini semakin menguatkan berbagai pendapat tentang P2GP yang banyak dilakukan oleh umat Islam di Indonesia. Umumnya umat Islam yang melakukan P2GP meyakini sebagai kewajiban dalam Islam, walau secara historis P2GP bukan diperkenalkan oleh Islam karena sudah dipraktikkan jauh sebelum datangnya Islam. Masyarakat menganggap sunat bagi laki-laki atau perempuan adalah simbol keislaman. Melakukan P2GP dianggap sebagai proses mengislamkan karena jika perempuan tidak mengalami P2GP, maka tidak diperkenankan membaca Al-Quran dan melakukan salat lima waktu (Mulia, 2014; Gani, 2007).

Tabel 3.3 Komposisi Anggota Rumah Tangga Menurut Agama

Agama	Jumlah	Persen
Islam	19.202	99,99
Kristen	2	0,01
Total	19.204	100,0

Sumber: Survei P2GP, PSKK UGM, 2017

3.2.3 Migrasi Risen Anggota Rumah Tangga

Manusia dinilai sebagai makhluk sosial yang senantiasa terus bergerak, melewati batas sosial maupun kewilayahan untuk meningkatkan kemampuan dan kapasitasnya dalam upaya menuju kesejahteraan (Tirtosudarmo, 2009). Mengacu

pada pendapat Siegel dan Swanson (2004), ditinjau dari konsep demografi, mobilitas mengacu pada perpindahan penduduk secara kewilayahan, fisik maupun geografis. Terkait mobilitas penduduk, Mantra(1983) membagi jenis mobilitas menjadi 2 (dua) yakni mobilitas permanen dan mobilitas non permanen; perbedaan antara mobilitas permanen dan mobilitas non permanen didasarkan pada ada tidaknya niatan untuk menetap di daerah tujuan. Definisi mobilitas permanen adalah gerak penduduk yang melintasi batas daerah asal ke daerah lain dengan ada niatan untuk menetap di daerah tujuan. Sebaliknya mobilitas penduduk non permanen adalah gerak penduduk dari suatu daerah ke daerah yang lain dengan tidak ada niatan menetap di daerah tujuan (Mantra, 2000).

Tempat tinggal (desa atau kota) adalah merupakan variabel yang dapat dipakai untuk menjelaskan prevalensi P2GP. Variasi prevalensi P2GP antara desa dan kota dapat dijelaskan antara lain dengan urbanisasi. Perbedaan prevalensi P2GP juga berkaitan dengan komposisi etnis di daerah tertentu, afiliasi dengan agama dominan tertentu, dan sebagainya (Carr, 1997). Dengan kata lain, P2GP di daerah tertentu bisa tinggi, karena daerah tersebut didominasi oleh suatu suku, atau orang dengan agama tertentu, yang mempraktekkan P2GP. Sebaliknya P2GP di suatu daerah bisa rendah, karena sebagian besar orang yang tinggal di daerah tertentu berasal dari suku, atau agama, tertentu, yang tidak mempraktekkan P2GP.

Selain itu, beberapa peneliti menunjukkan bahwa perbedaan prevalensi antara desa dan kota mungkin tidak lagi mencolok karena lajunya urbanisasi di banyak negara. Tipisnya perbedaan prevalensi antara desa dan kota itu disebabkan oleh migrasi anak-anak perempuan dari daerah pedesaan di mana terdapat prevalensi P2GP yang tinggi ke daerah perkotaan di mana prevalensi P2GP rendah. Migrasi ini menyeimbangkan ketimpangan prevalensi di desa dan di kota, sehingga perbedaan prevalensi P2GP di daerah pedesaan dan perkotaan menjadi semakin kabur (Macro International, 1997). Di beberapa negara (misalnya, Kenya, Niger dan Republik Tanzania), perempuan yang tinggal di daerah perkotaan cenderung tidak menyunat anak perempuan (Macro International, 1997).

Dalam keterkaitannya dengan praktik P2GP, mobilitas penduduk juga menyebabkan terjadinya mobilitas budaya. Penyebaran unsur budaya termasuk

sunat perempuan dari daerah asal ke daerah tujuan terjadi karena adanya mobilitas penduduk. Budaya yang dipraktikkan di tempat tinggal saat ini merupakan tradisi yang berasal dari daerah asal yakni teknik P2GP yang dilakukan. Berdasarkan temuan lapangan, sebagai contoh kasus diketahui beberapa jenis P2GP yang dipraktikkan oleh penduduk di Kota Samarinda yang berasal dari berbagai macam suku.

Tabel 3.4 Teknik P2GP Menurut Suku di Kota Samarinda, Kalimantan Timur

Asal Suku	Teknik P2GP
Jawa	Selaput klitoris digores dengan cutter dan mengeluarkan sedikit darah, kemudian bagian klitoris di usap dengan kapas kering. Sunat dilakukan oleh dukun bayi /bidan kampung. Tidak ada pembacaan doa dan acara kenduri
Bugis	Klitoris dikikis sedikit menggunakan pisau kecil yang tidak disterilisasi dan dilakukan oleh dukun bayi/bidan kampung. Ada prosesi adat dengan membaca doa dalam bahasa Arab dan membuat sesaji (beras ketan dan pisang) dilanjutkan acara kenduri. Anak dihias seperti pengantin dengan memakai baju pengantin
Kutai	Bagian klitoris digores dengan pisau kecil, kemudian diusap dengan kapas yang diberi betadine. P2GP dilakukan oleh dukun bayi/bidan kampung
Banjar	Bagian selaput klitoris di gores dengan sembilu kemudian bagian klitoris tersebut di usap dengan kapas kering dibagian klitoris yang luka. P2GP dilakukan di dukun bayi/bidan kampung karena bidan praktik sudah tidak mau melakukan P2GP lagi. Ada acara adat dengan pembacaan syahadat dilanjutkan acara kenduri.
Madura	Kulit klitoris dikerik menggunakan pisau kecil sampai berdarah, kemudian disentuh dengan kunyit yang sudah dikupas. Bagian klitoris yang terluka diusap menggunakan kapas yang telah diberi betadine. Ada acara adat dengan pembacaan doa oleh bidang kampung dilanjutkan kenduri berupa bubur putih.

Sumber: Survei P2GP, PSKK UGM, 2017

Tabel 3.4. diatas menunjukkan masih kuatnya tradisi P2GP yang dipraktikkan oleh para migran yang saat ini bertempat tinggal di Kota Samarinda sebagai studi kasus dalam hal teknik P2GP. Oleh karena itu, penting untuk mengetahui mobilitas penduduk dalam Survei P2GP 2017 sebagai gambaran dinamika sunat perempuan ditinjau dari daerah asal. Berdasarkan hasil Survei P2GP 2017, diketahui jumlah penduduk yang berstatus migran risen mencapai 1.082 orang atau 6,7 persen dari total anggota rumah tangga. Migrasi Risen (*recentmigrant*) didefinisikan seseorang yang tempat tinggalnya 5 tahun yang lalu berbeda dengan tempat tinggal sekarang (Mantra, 1983).

Sebagian besar anggota rumah tangga merupakan penduduk asli karena proporsi paling besar tempat tinggal lima tahun yang lalu di desa yang sama (93,3 persen) pada saat survei dilakukan.

Tabel 3.5 Migrasi Risen Anggota Rumah Tangga

Tempat Tinggal 5 Tahun yang lalu	Jumlah	Persen
Di desa yang sama	15.009	78,2
Di desa lain kecamatan yang sama	276	1,4
Di kecamatan lain kabupaten yang sama	332	1,7
Di kabupaten lain provinsi yang sama	246	1,3
Di provinsi lain	210	1,1
Di luar negeri	18	0,1
Tidak Berlaku (Umur belum mencapai 5 tahun)	3.113	16,2
Total	19.204	100,0

Sumber: Survei P2GP, PSKK UGM, 2017

3.3 Pendidikan Anggota Rumah Tangga

Tingkat pendidikan secara langsung maupun tidak langsung akan berpengaruh kepada pola pikir. Pola pikir ini memengaruhi keputusan setiap individu dalam berbagai pilihan hidup salah satunya dalam memilih dan menjalankan sumber penghidupannya, termasuk dalam memutuskan untuk melakukan P2GP pada anak perempuan. Hasil Survei P2GP 2017 memperlihatkan dari total anggota rumah tangga sebanyak 19.024 orang, paling banyak menamatkan sekolahnya dibawah SMA/MA yang mencapai 81,8 persen (15.707 orang). Dari jumlah tersebut yang sama sekali tidak pernah pernah bersekolah ditemukan sebanyak 22,6 persen (4.341 orang).

Total anggotarumah sebanyak 19.2014 orang, diketahui yang yang saat ini sedang bersekolah hanya sebanyak 26,9 persen atau 5.162 orang. Anggotarumah yang saat ini masih bersekolah paling banyak berada pada jenjang SD/MI yang mencapai 66,7 persen (3.442 orang) dan SMP/MTs sebanyak 19,1 persen (988 orang). Diantara anggotarumah tangga yang saat ini bersekolah ditemukan dua kasus yang sedang menempuh kejar paket B dan C, dan 2,7 persen (139 orang) yang menempuh akademi maupun S1.

Tabel 3.6 Pendidikan Tertinggi yang Ditamatkan dan Partisipasi Sekolah Saat ini Seluruh Anggota Rumah Tangga

Pendidikan Tertinggi yang Ditamatkan	Jumlah	Persen	Saat Ini Bersekolah		
			Jenjang Pendidikan	Jumlah	Persen
Tidak/belum pernah sekolah	4.342	22,6			
Tidak/belum lulus SD	4.130	21,5			
SD/MI	4.553	23,7	SD/MI	3.442	66,68
SMP/MTs	2.682	14,0	SMP/MTs	988	19,14
SMA/MA	2.871	15,0	SMA/MA	593	11,49
D1/D2/D3	187	1,0	D1/D2/D3	137	2,65
D4/S1	418	2,2	D4/S1	2	0,04
S2/S3	11	0,1	S2/S3	0	0,00
TIDAK TAHU	10	0,1			
Total	19.204	100,0	Total	5.162	100,00

Sumber: Survei P2GP, PSKK UGM, 2017

3.4 Profil Responden

Bagian ini akan menunjukkan gambaran profil responden yang menjadi target dalam Survei P2GP 2017 di Indonesia. Profil responden akan menggambarkan bagaimana sebaran informasi dari responden istri, suami dan tenaga kesehatan. Jumlah responden istri adalah 4.250 orang yang juga merupakan representasi jumlah rumah tangga yang diwawancarai dalam studi ini. Sementara jumlah responden suami adalah 2.782 orang. Seharusnya jumlah responden suami adalah sama dengan jumlah rumah tangga, tetapi ada beberapa alasan yang menyebabkan suami jumlah responden suami tidak sama dengan jumlah rumah tangga, karena beberapa rumah tangga merupakan rumah tangga dengan kepala rumah tangga perempuan, suami bekerja di luar daerah, maupun suami bekerja dengan jam kerja yang tidak pasti sehingga sulit ditemui. Sedangkan jumlah responden tenaga kesehatan sejumlah 86, yaitu merupakan representasi dari jumlah kecamatan yang menjadi sampel dalam Survei P2GP 2017.

3.4.1 Responden Menurut Suku

Berdasarkan sebaran suku, responden paling banyak berasal dari suku Sunda (22,4 persen) kemudian disusul Melayu (19,4 persen) untuk responden istri.

Sementara untuk responden suami justeru sebaliknya, yaitu 19,7 persen merupakan suku Melayu dan 17,9 persen merupakan suku Sunda. Sedangkan untuk responden tenaga kesehatan, baik suku Sunda maupun suku Melayu persentasenya sama, yaitu 18,6 persen. suku Melayu cukup banyak representasinya dalam studi ini, karena masyarakat di wilayah Sumatera yang menjadi sampel dalam survei ini, yaitu di Provinsi Kepulauan Riau, Jambi, dan Bangka Belitung didominasi oleh suku Melayu, demikian juga dengan masyarakat di beberapa wilayah Kalimantan Timur juga berasal dari suku Melayu.

Sementara itu, suku Bugis merupakan suku yang paling sedikit representasinya dalam survei ini, yaitu 2,3 persen untuk responden istri, 2,8 persen untuk responden suami, dan 3,5 persen untuk tenaga kesehatan. Hal ini cukup wajar karena Provinsi Sulawesi Selatan yang nota bene merupakan daerah asal dari suku Bugis tidak menjadi sampel dalam studi sunat perempuan ini. Wilayah Sulawesi yang terpilih adalah Provinsi Sulawesi Barat dan Gorontalo karena kedua provinsi ini memiliki angka kasus P2GP yang lebih tinggi dibandingkan provinsi lain di Sulawesi. Oleh karena itu suku yang lebih dominan untuk wilayah Sulawesi dalam studi ini adalah suku Mandar yang banyak terdapat di Sulawesi Barat dan suku Gorontalo di Provinsi Gorontalo.

Suku Banjar merupakan suku ketiga terbanyak dari representasi responden dalam studi ini. Suku Banjar merupakan suku yang dominan di Provinsi Kalimantan Selatan, selain itu juga suku Banjar banyak tersebar di Kalimantan Timur karena masyarakat Suku Banjar juga merupakan salah satu suku yang memiliki mobilitas tinggi. Sementara itu, meskipun studi tidak dilakukan di wilayah Jawa Timur dan Jawa Tengah, tetapi responden yang berasal dari Suku Jawa cukup banyak representasinya, karena masyarakat Suku Jawa juga memiliki mobilitas yang tinggi sehingga banyak tersebar di wilayah-wilayah lain di Indonesia.

Tabel 3.7 Profil Responden Menurut Suku

Suku	Istri		Suami		Tenaga Kesehatan	
	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen
Jawa	402	9,5	303	10,9	8	9,3
Madura	28	0,7	16	0,6	1	1,2
Sunda	951	22,4	498	17,9	16	18,6
Melayu	823	19,4	547	19,7	21	24,4
Dayak	19	0,5	14	0,5	0	0,0
Sasak	249	5,9	180	6,5	4	4,7
Bugis	97	2,3	77	2,8	3	3,5
Mandar	424	10,0	298	10,7	8	9,3
Makassar	3	0,1	3	0,1	0	0,0
Banjar	557	13,1	369	13,3	10	11,6
Batak	21	0,5	17	0,6	2	2,3
Gorontalo	481	11,3	355	12,8	10	11,6
Minang	70	1,7	36	1,3	0	0,0
Palembang	7	0,2	5	0,2	0	0,0
Jambi	5	0,1	2	0,1	0	0,0
Tapanuli	3	0,1	1	0,0	0	0,0
Betawi	10	0,2	2	0,1	0	0,0
Pattae (Polewali Mandar)	43	1,0	26	0,9	1	1,2
Bima	6	0,1	5	0,2	0	0,0
Kutai	22	0,5	7	0,3	1	1,2
Lainnya	29	0,7	21	0,8	1	1,2
Total	4.250	100,0	2.782	100,0	86	100,0

Sumber: Survei P2GP, PSKK-UGM, 2017

3.4.2 Responden Menurut Agama

Sementara itu jika dilihat berdasarkan agama responden, baik pada responden istri maupun responden suami 100 persen menganut agama Islam. Tidak ada satupun dari responden rumah tangga yang beragama selain Islam, karena pada umumnya masyarakat mengaitkan P2GP dengan tradisi Islam. Hal ini sejalan dengan temuan UNFPA (2015), bahwa rata-rata negara yang terdapat praktik P2GP adalah negara dengan mayoritas penduduk beragama Islam dan merupakan negara menengah dengan tingkat ekonomi rendah. Sementara itu untuk tenaga kesehatan 97,7 persen beragama Islam dan 2,3 persen beragama Kristen. Dalam hal tenaga kesehatan, meskipun beragama non-muslim, tetapi karena memenuhi

permintaan masyarakat tenaga kesehatan yang non-muslim, seperti bidan tetap dapat melakukan praktik P2GP.

Tabel 3.8 Profil Responden Menurut Agama

Agama	Islam		Kristen		Total	
	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen
Istri	4.250	100,0	0	0,0	4.250	100,0
Suami	2.782	100,0	0	0,0	2.782	100,0
Tenaga Kesehatan	84	97,7	2	2,3	86	100,0

Sumber: Survei P2GP, PSKK-UGM, 2017

3.4.3 Responden Istri Menurut Tingkat Pendidikan

Berdasarkan tingkat pendidikan istri yang memiliki anak perempuan mengalami P2GP, terlihat bahwa sebagian besar memiliki tingkat pendidikannya rendah. Hasil survei P2GP menunjukkan tingkat pendidikan istri paling banyak adalah dibawah SMA yang mencapai 68,2 persen dan sebanyak 8 persen diantaranya tidak lulus SD dan tidak pernah sekolah. Sementara istri dengan tingkat pendidikan SMA mencapai 25,2 persen dan sisanya sebanyak 6,7 persen memiliki pendidikan diatas SMA (diploma/S1/S2/S3).

Sementara jika dibedakan tingkat pendidikan istri berdasarkan lokasi tempat tinggal diketahui bahwa istri dengan pendidikan dibawah SMA lebih banyak yang tinggal di perdesaan dibandingkan dengan perkotaan yakni masing-masing 74,7 persen dan 53,7 persen. Sedangkan istri dengan tingkat pendidikan SMA lebih banyak yang tinggal di perkotaan yaitu sebanyak 37,8 persen dan perdesaan mencapai 19,6 persen. Temuan survei P2GP ini sejalan dengan hasil penelitian UNICEF yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan ibu berpengaruh secara signifikan terhadap P2GP. Pada umumnya perempuan dengan pendidikan formal yang tinggi cenderung tidak melakukan P2GP terhadap anak perempuan mereka dibandingkan dengan mereka yang berpendidikan rendah (UNICEF, 2005)

Tabel 3.9 Profil Istri Menurut Tingkat Pendidikan

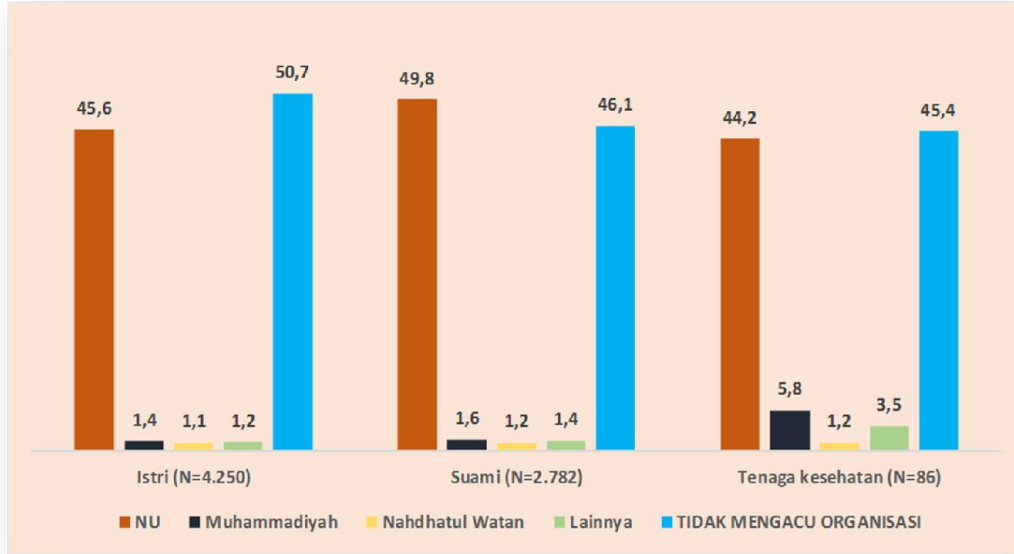
Tingkat Pendidikan	Perkotaan		Pedesaan		Total	
	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen
Tidakpernahsekolah	9	0,7	71	2,4	80	1,9
Tidak lulus SD	34	2,6	225	7,7	259	6,1
SD/MI	315	24,1	1.208	41,1	1.523	35,8
SMP/MTs	344	26,3	691	23,5	1035	24,4
SMA/MA	495	37,8	576	19,6	1071	25,2
D1/D2/D3	42	3,2	47	1,6	89	2,1
D4/S1	68	5,2	123	4,2	191	4,5
S2/S3	2	0,2	0	0,0	2	0,1
Total	1.309	100,0	2.941	100,0	4.250	100,0

Sumber: Survei P2GP, PSKK-UGM, 2017

3.4.4 Organisasi Keagamaan yang Diacu Responden

Gambar 3.1 di bawah ini menunjukkan bahwa mayoritas responden yang melakukan P2GP berafiliasi atau mengacu pada organisasi keagamaan NU (Nahdhatul Ulama). Pada responden rumah tangga lebih dari 92 persen, baik istri maupun suami berafiliasi dengan organisasi keagamaan NU. Demikian juga pada tenaga kesehatan juga lebih dari 80 persen mengacu pada organisasi NU. Sementara itu responden yang mengacu pada Muhammadiyah sangat sedikit, yaitu hanya 2,8 persen pada responden istri dan 2,9 persen pada responden suami, namun cukup banyak untuk tenaga kesehatan yaitu lebih dari 11 persen.

Isu P2GP banyak dipraktikkan oleh masyarakat yang berafiliasi pada organisasi NU, hal ini tidak lepas dari fatwa ulama NU yang menganggap P2GP sebagai hal yang makrumah (dimuliakan), meskipun laki-laki lebih dianjurkan berkhitan dibandingkan perempuan (<http://www.nu.or.id/post/read/42174/hukum-khitan-perempuan>).



Gambar 3.1 Organisasi Agama yang Diacu Responden

Sumber: Survei P2GP, PSKK-UGM, 2017

3.4.5 Pendidikan Informal Keagamaan Responden

Sebagian besar responden, baik dari responden suami maupun istri tidak mengikuti pendidikan informal keagamaan seperti mengikuti pesantren dalam menambah ilmu agama. Artinya responden memperoleh pengetahuan agama bukan melalui pendidikan yang khusus, tetapi lebih banyak melalui pertemuan-pertemuan informal seperti pengajian.

Tabel 3.10 Pendidikan Informal Keagamaan yang Diikuti Responden

Mengikuti Pendidikan Informal Keagamaan	Istri		Suami	
	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen
Mengikuti	1.253	29,5	717	25,8
Tidak Mengikuti	2.997	70,5	2.065	74,2
Total	4.250	100,0	2.782	100,0

Sumber: Survei P2GP, PSKK-UGM, 2017

Sementara itu, jika responden yang mengikuti pendidikan informal keagamaan khususnya responden istri dirinci menurut tingkat pendidikan dan wilayah tempat tinggal ditunjukkan pada tabel 3.10 berikut. Responden istri yang mengikuti

pendidikan informal keagamaan lebih banyak yang tinggal di wilayah perdesaan. Sedangkan jika dilihat dari tingkat pendidikan mereka, juga lebih banyak diikuti oleh mereka yang berpendidikan SD hingga SMA. Hal ini sesuai dengan tingkat pendidikan responden pada umumnya.

Tabel 3.11 Istri yang Mengikuti Pendidikan Informal Keagamaan Berdasarkan Tingkat Pendidikan dan Lokasi Tempat Tinggal

Tingkat Pendidikan	Perkotaan	Perdesaan	Total	
			Jumlah	Persen
Tidak pernah sekolah	1	10	11	0,9
Tidaklulus SD	3	43	46	3,7
SD/MI	55	315	370	29,5
SMP/MTs	98	254	352	28,1
SMA/MA	145	226	371	29,6
D1/D2/D3	13	15	28	2,2
D4/S	19	56	75	6,0
S2/S3	0	0	0	0,0
Total	334	919	1.253	100,0

Sumber: Survei P2GP, PSKK-UGM, 2017

Terdapat perbedaan tingkat pendidikan responden istri jika dilihat berdasarkan wilayah. Pada responden yang tinggal di wilayah perkotaan tingkat pendidikan yang paling banyak dicapai adalah pada jenjang SMA/MA yaitu sebanyak 43,4 persen. Sementara pada responden yang tinggal di wilayah perdesaan jenjang pendidikan yang paling banyak dicapai adalah pada jenjang SD/MI yaitu sebanyak 34,3 persen. Data ini menunjukkan bahwa akses pendidikan pada masyarakat di perkotaan lebih baik jika dibandingkan dengan akses pendidikan bagi masyarakat di perdesaan, karena adanya beberapa faktor yang menjadi kendala.

Sementara itu jika dilihat secara lebih detail mengenai jenis kegiatan informal keagamaan yang diikuti oleh responden cukup beragam. Kegiatan yang paling banyak diikuti, baik pada responden isteri maupun suami adalah pendidikan di pesantren, yaitu 29,3 persen isteri dan 30,73 persen suami mengikuti pendidikan keagamaan di pesantren. Jenis kegiatan keagamaan lain yang juga banyak diikuti adalah pengajian rutin, sedangkan urutan ketiga terbanyak untuk kegiatan

informal keagamaan yang diikuti adalah melalui pendidikan di Taman Pendidikan Al-Quran (TPA), baik pada responden isteri maupun suami.

Tabel 3.12 Jenis Kegiatan Informal Keagamaan

JenisKegiatan Informal Keagamaan	Istri		suami	
	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen
Pesantren	366	29,3	220	30,73
Madrasah Diniyah	242	19,3	103	14,39
Taman Pendidikan Al-Quran (TPA)	241	19,3	177	24,72
BelajarMengaji	54	4,3	33	4,61
Pengajianrutin	348	27,8	183	25,56
Total	1.251	100,0	716	100,0

Sumber: Survei P2GP, PSKK-UGM, 2017

Jenis kegiatan informal keagamaan pada responden istri, jika dirinci berdasarkan wilayah tampak tidak ada perbedaan antara desa dan kota untuk yang mengikuti kegiatan di pesantren. Baik di perkotaan maupun di perdesaan persentasenya hampir sama. Perbedaan yang cukup menyolok ada pada kegiatan pengajian rutin di mana responden di perkotaan hanya 6,3 persen sedangkan di perdesaan cukup banyak, yaitu sebanyak 35,6 persen.

3.4.6 Migrasi Risen Responden

Migrasi risen mencerminkan dinamikan spasial penduduk antar daerah. Menurut definisi BPS, Seseorang dikatakan sebagai migran risen, yaitu apabila provinsi tempat tinggal lima tahun yang lalu berbeda dengan provinsi tempat tinggal sekarang (pada saat pencacahan). Semakin tinggi angka migrasi risen, maka jumlah penduduk yang tempat tinggalnya sekarang berbeda dengan tempat tinggalnya lima tahun yang lalu semakin banyak(<https://sirusa.bps.go.id/index.php?r=indikator/view&id=93>).

Berdasarkan data Survei P2GP 2017 menunjukkan bahwa dinamikaspasial penduduk kurang dinamis, karena lebih dari 90 persen rumah tangga tidak terjadi perpindahan penduduk sejak lima tahun yang lalu. Lebih dari 90 persen baik responden istri, maupun responden suami tinggal di desa yang sama pada 5 tahun yang lalu hingga saat ini. Tidak dinamisnya penduduk secara spasial disebabkan

oleh beberapa sebab. Ada faktor penarik dan pendorong yang berpengaruh terhadap proses migrasi, karena setiap daerah banyak sekali faktor yang mempengaruhi orang untuk menetap atau menarik orang untuk pindah (Junaidi, 2004).

Tabel 3.13 Tempat Tinggal Responden 5 Tahun yang Lalu

Tempat Tinggal Responden 5 Tahun yang Lalu	Istri		Suami		Tenaga Kesehatan	
	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen
Di desa yang sama	3.861	90,9	2.568	92,3	70	81,4
Di desa lain kecamatan yang sama	92	2,2	55	2,0	7	8,1
Di kecamatan lain kabupaten yang sama	122	2,9	66	2,4	5	5,8
Di kabupaten lain provinsi yang sama	93	2,2	45	1,6	2	2,3
Di provinsi lain	77	1,8	41	1,5	2	2,3
Di luar negeri	5	0,1	7	0,3	0	0,0
Total	4.250	100,0	2.782	100,0	86	100,0

Sumber: Survei P2GP, PSKK-UGM, 2017

Sementara itu, untuk tenaga kesehatan tampak lebih dinamis secara spasial, karena terdapat cukup banyak dinamika kependudukan secara horizontal. Tenaga kesehatan yang sudah tinggal di desa yang sama sejak 5 tahun yang lalu berjumlah 81,4 persen, sementara 8,1 persen berasal dari desa lain pada kecamatan yang sama. Tenaga kesehatan yang menjadi responden dalam survei ini sebagian besar adalah bidan desa yang biasanya memang bukan penduduk asli desa tersebut. Oleh karena itu juga terdapat beberapa tenaga kesehatan yang bertempat tinggal di kecamatan lain, kabupaten lain, maupun di provinsi yang lain dengan tempat tinggalnya saat ini.

3.4.7 Migrasi Semasa Hidup Responden

Seseorang dikatakan sebagai migran semasa hidup jika provinsi atau kabupaten tempat ia dilahirkan berbeda dengan provinsi atau kabupaten tempat tinggalnya sekarang (pada saat pencacahan). Semakin tinggi angka migrasi semasa hidup, maka jumlah penduduk yang tempat tinggalnya sekarang berbeda dengan tempat lahirnya semakin banyak (<https://sirusa.bps.go.id>).

Tabel 3.14 Tempat Lahir Responden

Tempat Lahir Responden	Istri		Suami		Tenaga Kesehatan	
	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen
Di desa yang sama	2.485	58,5	1.519	54,6	32	37,2
Di desa lain kecamatan yang sama	374	8,8	232	8,3	9	10,5
Di kecamatan lain kabupaten yang sama	506	11,9	347	12,5	12	14,0
Di kabupaten lain provinsi yang sama	374	8,8	271	9,7	19	22,1
Di provinsi lain	506	11,9	412	14,8	14	16,3
Di luar negeri	5	0,1	1	0,0	0	0,0
Total	4.250	100,0	2.782	100,0	86	100,0

Sumber: Survei P2GP, PSKK-UGM, 2017

Berdasarkan data Survei P2PG 2017, tempat lahir responden yang bukan dari desa yang sama dengan tempat tinggalnya saat ini cukup banyak, meskipun masih lebih besar yang lahir pada desa yang sama, baik pada responden istri maupun pada responden suami. Terdapat 58,5 persen responden istri yang lahir di desa yang sama, sementara pada responden suami sebanyak 54,6 persen lahir di desa yang sama dengan tempat tinggalnya saat ini. Sementara itu terdapat sekita 12 persen responden rumah tangga yang lahir di kecamatan lain meskipun masih dalam satu kabupaten, sedangkan responden istri dan suami yang lahir di provinsi lain juga cukup banyak, yaitu 11,9 persen istri dan 14,8 persen suami.

Migrasi semasa hidup pada responden tenaga kesehatan jauh lebih besar dibandingkan dengan responden rumah tangga. Lebih dari 60 persen tenaga kesehatan lahir di luar desa yang sama dengan tempat tinggalnya saat ini. Hal ini disebabkan tenaga kesehatan yang sebagian besar adalah bidan desa merupakan petugas yang ditempatkan oleh Dinas Kesehatan setempat, sehingga cukup banyak tenaga kesehatan yang merupakan pendatang.

3.4.8 Akses Informasi

Media televisi merupakan sumber informasi yang paling favorit bagi responden, baik pada responden isteri, suami, maupun tenaga kesehatan. Lebih dari 90 persen dari ketiga jenis responden tersebut, baik yang tinggal di desa maupun di kota mengakses informasi melalui sarana televisi. Baik di perkotaan maupun di

perdesaan, media televisi merupakan media yang mayoritas diakses oleh masyarakat. Beragamnya informasi dan hiburan yang disampaikan melalui televisi menjadikan media ini merupakan media favorit di masyarakat, karena hampir setiap rumah memiliki televisi.


Sementara itu sumber informasi kedua terbanyak diakses oleh responden adalah ceramah/khotbah agama, yaitu sebanyak 70,1 persen pada isteri, 78,2 persen pada suami, dan 84,9 persen pada tenaga kesehatan. Ceramah/khotbah agama ini juga merupakan media informasi yang terbanyak kedua diakses oleh responden, baik di perkotaan maupun perdesaan. Masyarakat masih memegang kuat praktik P2GP salah satunya karena adanya fatwa-fatwa ulama yang disampaikan melalui ceramah/khotbah dari para kyai. Jadi seandainya akan melakukan sosialisasi tentang informasi tertentu kedua media ini akan bisa sampai kepada masyarakat.

Tabel 3.15 Akses Informasi

Aksesinformasi	Istri			Suami			Tenaga Kesehatan		
	Kota	Desa	Total	Kota	Desa	Total	Kota	Desa	Total
Membacakorana umajalah	167	318	485	158	293	451	11	10	21
%	12,8	10,8	11,4	22,0	14,2	16,2	40,7	17,0	24,4
Mendengarkan radio	242	573	815	178	466	644	5	7	12
%	18,5	19,5	19,2	24,8	22,6	23,2	18,5	12,0	14,0
Menontontelevisi	1.266	2.755	4.201	697	2	2.674	26	55	81
%	96,7	93,7	94,6	97,1	95,6	96,1	96,3	93,2	94,2
Mengaksesinforma si di internet	456	581	1.037	247	395	642	16	31	47
%	34,8	19,8	24,4	34,4	19,1	23,1	59,3	52,5	54,7
Mengaksesinforma si di media sosial	457	598	1.055	219	380	599	17	33	50
%	34,9	20,3	24,8	30,5	18,4	21,5	63,0	55,9	58,1
Mengikuticeramah /khotbah agama	988	2	2.978	584	2	2.175	24	49	73
%	75,5	67,7	70,1	81,3	77,1	78,2	88,9	83,1	84,9
Total N	1.309	2.941	4.250	718	2.064	2.782	27	59	86

Sumber: Survei P2GP, PSKK-UGM, 2017

Sementara itu media informasi melalui media sosial dan internet lebih populer pada kalangan tenaga kesehatan dibandingkan pada rumah tangga. Lebih dari 50 persen tenaga kesehatan, baik di desa maupun di kota mengakses informasi dari media sosial dan internet. Namun demikian, jika dirinci berdasarkan wilayah,



akses pada media internet dan media sosial lebih banyak dilakukan oleh responden yang tinggal di wilayah perkotaan. Hal ini ditunjukkan pada semua kelompok responden, bahwa media internet dan media sosial lebih populer di perkotaan daripada di pedesaan, terutama pada responden rumah tangga yang perbedaannya cukup signifikan. Misalnya responden istri di kota yang mengakses internet sebanyak 34,8 persen sedangkan di desa hanya 19,8 persen. Demikian juga pada responden suami, akses internet lebih banyak di kota sebanyak 34,4 persen sedangkan di desa hanya 19,1 persen. Sementara media radio dan koran tampaknya kurang banyak diakses oleh responden, baik pada rumah tangga maupun tenaga kesehatan.

Bab 4

Pengetahuan dan Praktik P2GP dari Perspektif Istri dan Suami

4.1 Pengetahuan tentang P2GP

Bab ini akan membandingkan pengetahuan tentang praktik P2GP di kalangan suami dan istri. Penelitian ini memakai tiga daftar pertanyaan yang dibuat untuk istri, suami dan tenaga kesehatan. Jumlah responden dalam penelitian ini terangkum dalam tabel di bawah ini.

Tabel 4.1 Pengetahuan Responden tentang P2GP

Pengetahuan Tentang P2GP	Tipe Responden					
	Istri		Suami		Tenaga Kesehatan	
	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen
Mengetahui P2GP	4.250	100,0	2.782	100,0	86	100,0
Tidak Tahu P2GP	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	4.250	100,0	2.782	100,0	86	100,0

Sumber: Survei P2GP, PSKK UGM, 2017

P2GP merupakan suatu praktik yang dilakukan secara luas di daerah penelitian sehingga semua responden, baik suami dan istri, tidak saja pernah mendengar tentang P2GP, akan tetapi juga memiliki pemahaman tentang P2GP, misalnya bagaimana P2GP dilakukan dan siapa yang biasa melakukan praktik P2GP.

4.2 Sumber Informasi P2GP

P2GP merupakan praktik yang dilakukan secara turun temurun. Sekalipun pemahaman tentang P2GP diketahui oleh banyak pihak, termasuk pihak yang berpengaruh dalam masyarakat seperti misalnya tokoh masyarakat atau tokoh agama, akan tetapi sumber informasi utama P2GP di kalangan responden adalah orang tua, disusul dengan anggota keluarga lainnya. Hal ini menunjukkan bahwa orang tua dan keluarga memainkan peran yang sangat besar bagi pelestarian

praktik P2GP. Dengan kata lain, orang tua dan keluarga yang menjadi kunci dari reproduksi kultural P2GP.

Tabel 4.2 Sumber Informasi P2GP yang Paling Penting Menurut Istri dan Suami

Sumber Informasi	Istri			Suami		
	Perkotaan	Perdesaan	Total	Perkotaan	Perdesaan	Total
Orang tua	82,1	89,7	87,3	74,8	83,8	81,5
Tetangga	12,3	15,6	14,6	12,5	17,2	16,0
Keluarga	32,6	34,4	33,9	34,1	37,5	36,6
Medis/Paramedis	9,0	7,9	8,2	4,0	3,5	3,7
Dukun bayi	6,3	17,4	14,0	3,3	8,6	7,3
Tomas/Toga	6,7	7,7	7,4	12,0	8,7	9,6
Media massa	0,7	0,6	0,6	0,1	0,6	0,5
Pelajaran sekolah	1,8	0,3	0,8	1,4	0,8	1,0
Teman	0,5	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3
Total N	1.309	2.941	4.250	718	2.064	2.782

Sumber: Survei P2GP, PSKK UGM, 2017

Keterangan: Sumber informasi P2GP hanya ditampilkan persentase yang menjawab Ya (bentuk pertanyaan adalah multiple response)

4.3 Praktik P2GP di Daerah Asal dan Tempat Tinggal Saat Ini

Migrasi merupakan suatu faktor yang penting untuk dibahas dalam kaitannya dengan P2GP. Beberapa penelitian tentang migrasi internasional menunjukkan bahwa migran dari negara berkembang dengan prevalensi P2GP yang tinggi mempunyai pandangan yang lebih progresif tentang P2GP sesudah tinggal di negara maju. Mereka tidak lagi melihat P2GP sebagai suatu tradisi yang harus dilestarikan. Ini merupakan hasil penelitian Diabate (2015) tentang migran dari Mali yang tinggal di Perancis. Penelitian Mohamed (2016) tentang laki-laki Somalia yang tinggal di King County, Washington State, Amerika, menunjukkan bahwa sebagian besar di antara mereka tidak setuju dengan praktik P2GP. Penelitian Mesple-Somps (2016) menunjukkan kompleksitas dampak migrasi terhadap P2GP. Tidak semua migran dari negara Afrika ke Eropa merubah pandangan mereka tentang P2GP dari suatu tradisi yang dianggap positif menjadi sesuatu yang dianggap negatif. Ini karena tidak semua migran mempunyai kemampuan untuk belajar tentang nilai-nilai baru di tempat tinggal mereka di negara barat dan kemudian mengadopsi nilai-nilai itu. Tulisan Onwordi (2011) dan Kern (2013)

menunjukkan bahwa orang tua anak-anak migran dari Somalia yang tinggal di Inggris membawa pulang anak mereka ke Somalia selama liburan musim panas untuk menjalani P2GP.

Tabel 4.3. Persepsi Responden tentang Banyak/Sedikitnya Praktik P2GP di Daerah Asal Responden

Praktik P2GP di Daerah Asal	Istri			Suami		
	Perkotaan	Perdesaan	Total	Perkotaan	Perdesaan	Total
Ada, banyak	630	953	1.583	370	736	1.106
%	48,1	32,4	37,3	51,5	35,7	39,8
Ada, sedikit	33	41	74	14	30	44
%	2,5	1,4	1,7	2,0	1,5	1,6
Tidakada	18	13	31	23	13	36
%	1,4	0,4	0,7	3,2	0,6	1,3
TidakTahu	35	37	72	33	45	78
%	2,7	1,3	1,7	4,6	2,2	2,8
TidakBerlaku	593	1.897	2.490	278	1240	1518
%	45,3	64,5	58,6	38,7	60,1	54,6
Total	1.309	2.941	4.250	718	2.064	2.782
%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Sumber: Survei P2GP, PSKK UGM, 2017

Berdasarkan catatan lapangan, keluarga yang berasal dari daerah dengan prevalensi P2GP yang tinggi membawa anak perempuan mereka pulang kampung untuk mnejalani P2GP. Mereka memilih untuk pulang kampung karena di tempat tinggal mereka yang baru dukun sunat tidak lagi bisa ditemukan sementara bidan tidak mau melakukan P2GP pada anak-anak karena mereka sudah tahu tentang adanya peraturan Kementerian Kesehatan yang dikeluarkan pada tahun 2014.

Tabel 4.4 Persepsi Responden tentang Praktik P2GP di Tempat Tinggal Responden Saat Ini

Praktik P2GP di Tempat Tinggal Saat Ini	Istri			Suami		
	Perkotaan	Perdesaan	Jumlah	Perkotaan	Perdesaan	Jumlah
Ada, banyak	1.207	2.820	4.027	653	1.940	2.593
%	92,2	95,9	94,8	91,0	94,0	93,2
Ada, sedikit	66	105	171	33	83	116
%	5,0	3,6	4,0	4,6	4,0	4,2
Tidakada	2	2	4	2	5	7
%	0,2	0,1	0,1	0,3	0,2	0,3
TidakTahu	34	14	48	30	36	66
%	2,6	0,5	1,1	4,2	1,7	2,4
Total	1.309	2.941	4.250	718	2.064	2.782
%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Sumber: Survei P2GP, PSKK UGM, 2017

Baik responden laki-laki maupun perempuan berpendapat bahwa di tempat tinggal mereka saat ini praktik P2GP banyak dilakukan. Dari tabel 4.6 dapat dilihat bahwa jika dibandingkan dengan sebelum tahun 2010 maka P2GP sekarang ini dipandang tetap (43,9 persen pendapat istri dan 41,2 pendapat suami). Sebanyak 24,3 persen responden istri dan 27,3 responden suami mengatakan bahwa P2GP meningkat.

Tabel 4.5 Persepsi Responden tentang Praktik P2GP di Tempat Tinggal Responden Sekarang Dibandingkan Dengan Sebelum 2010

Praktik P2GP Sebelum 2010	Istri			Suami		
	Perkotaan	Perdesaan	Total	Perkotaan	Perdesaan	Total
Meningkatsemakinbanyak	149	413	562	104	277	381
%	11,4	14,0	13,2	14,5	13,4	13,7
Meningkat	218	800	1.018	134	605	739
%	16,7	27,2	24,0	18,7	29,3	26,6
Tetap	572	1.270	1.842	287	829	1.116
%	43,7	43,2	43,3	40,0	40,2	40,1
Menurun	88	40	128	29	32	61
%	6,7	1,4	3,0	4,0	1,55	2,2
Menurundrastis	6	2	8	0	0,05	0,04
%	0,5	0,1	0,2	0,0	0,1	0,0
TidakBerlaku	222	347	569	121	265	386
%	17,0	11,8	13,4	16,9	12,8	13,9
TidakTahu	54	69	123	43	55	98
%	4,1	2,4	2,9	5,99	2,7	3,5
Total	1.309	2.941	4.250	718	2.064	2.782
%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Sumber: Survei P2GP, PSKK UGM, 2017

Keterangan: Praktik P2GP di daerah tempat tinggal responden hanya ditampilkan persentase yang menjawab Ya (bentuk pertanyaan adalah multiple response)

4.4 Persepsi tentang Alasan Masih Diberlakukannya P2GP

P2GP masih diberlakukan di daerah penelitian karena berbagai alasan. Alasan yang paling sering muncul adalah perintah agama, tradisi masyarakat dan tradisi keluarga. Tradisi masyarakat dan tradisi keluarga tidak selalu berkelindan. Keluarga yang mempunyai tradisi melakukan P2GP cenderung mempunyai sejarah panjang dalam P2GP. Dengan kata lain, nenek yang pernah mengalami P2GP ketika masih anak-anak, akan cenderung mempunyai anak dan cucu yang juga mengalami P2GP. Ini adalah contoh reproduksi kultural yang sulit untuk diubah.

Tabel 4.6 Alasan Masih Diberlakukannya Praktik P2GP di Masyarakat Daerah Tempat Tinggal Responden

Alasan Masih adanya P2GP	Istri			Suami		
	Perkotaan	Perdesaan	Jumlah	Perkotaan	Perdesaan	Jumlah
Perintah Agama	90,7	93,6	92,7	88,9	92,6	91,6
Tradisi Masyarakat	73,3	88,9	84,1	64,9	85,8	80,4
Sanksi Sosial	18,0	33,8	28,9	15,7	28,9	25,5
Tradisi Keluarga	71,0	82,2	78,7	59,2	76,6	72,1
Kesehatan	59,0	55,9	56,9	52,9	48,7	49,8
Sudah dewasa	10,1	16,5	14,5	10,7	15,1	14,0
Menambah Gairah Seksual Suami	17,2	17,9	17,7	13,0	19,0	17,5
Mengurangi Gairah Seksual Istri	20,2	17,1	18,1	16,3	16,9	16,7
Tidak gontagantipasangan	8,9	11,9	11,0	7,0	11,5	10,4
Tidak ada praktik sunat perempuan	2,8	0,5	1,2	4,5	2,0	2,6
Total N	1.309	2.941	4.250	718	2.064	2.782

Sumber: Survei P2GP, PSKK UGM, 2017

Keterangan: Alasan masih diberlakukannya P2GP hanya ditampilkan persentase yang menjawab Ya (bentuk pertanyaan adalah multiple response)

4.5 Pandangan tentang Perlu Tidaknya P2GP

Tabel 4.8 menunjukkan bahwa sebagian besar responden istri maupun suami berpendapat bahwa perempuan perlu menjalani P2GP. Temuan ini mengkhawatirkan karena ini berarti bahwa dalam satu keluarga tidak ada pandangan alternatif terhadap P2GP. Penelitian Adeniran et.al. (2016) di Iloria, Nigeria, menunjukkan bahwa peran laki-laki yang sangat menonjol dalam masyarakat patriarkhal membuat laki-laki menjadi agen perubahan yang penting dalam upaya penghapusan P2GP. Apabila laki-laki tidak setuju dengan P2GP, maka kemungkinan besar mereka bisa mencegah praktik P2GP dalam keluarga mereka. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa suami pun mendukung praktik P2GP. Padahal laki-laki di Indonesia cenderung lebih dominan dalam pengambilan keputusan dalam keluarga (Monostory, 2015). Tabel 4.7 menunjukkan bahwa ada kemungkinan anak perempuan mengalami tekanan yang lebih besar untuk menjalani P2GP karena baik ayah maupun ibu mereka sepakat bahwa P2GP merupakan sesuatu yang penting untuk dilakukan. Selanjutnya tabel 4.8 menunjukkan pola yang konsisten dengan tabel 4.7. Oleh karena baik responden istri dan suami berpendapat bahwa P2GP merupakan praktik yang perlu untuk

dilakukan, sebagai konsekuensinya mereka berpendapat bahwa praktik ini perlu dilestarikan.

Tabel 4.7 Pandangan Responden tentang Perlu Tidaknya P2GP Pada Perempuan

Perlu/Tidaknya P2GP	Istri			Suami		
	Perkotaan	Perdesaan	Jumlah	Perkotaan	Perdesaan	Jumlah
Perlu Dilakukan	1.256	2.912	4.168	694	2.036	2.730
%	96,0	99,0	98,1	96,7	98,6	98,1
Tidak Perlu Dilakukan	53	29	82	24	28	52
%	4,1	1,0	1,9	3,3	1,4	1,9
Total	1.309	2.941	4.250	718	2.064	2.782
%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Sumber: Survei P2GP, PSKK UGM, 2017

4.6 Pandangan Tentang Perlu Tidaknya P2GP Dihentikan

Selanjutnya tabel 4.8 menunjukkan pola yang konsisten dengan tabel 4.7. Oleh karena baik responden istri dan suami berpendapat bahwa P2GP merupakan praktik yang perlu untuk dilakukan, sebagai konsekuensinya mereka berpendapat bahwa praktik ini perlu dilestarikan.

Tabel 4.8 Pendapat Responden Tentang Perlu Tidaknya P2GP Dihentikan

Pendapat Tentang P2GP	Istri			Suami		
	Perkotaan	Perdesaan	Jumlah	Perkotaan	Perdesaan	Jumlah
Diteruskan	1.253	2.905	4.158	683	2.038	2.721
%	95,7	98,8	97,8	95,1	98,7	97,8
Dihentikan	33	22	55	24	18	42
%	2,5	0,8	1,3	3,3	0,9	1,5
Tidak Tahu	23	14	37	11	8	19
%	1,8	0,5	0,9	1,5	0,4	0,7
Total	1.309	2.941	4.250	718	2.064	2.782
%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Sumber: Survei P2GP, PSKK UGM, 2017

Tabel 4.9 menunjukkan bahwa perintah agama dan sanksi sosial merupakan faktor yang penting bagi pelestarian praktik P2GP. Ketika anggota masyarakat berpikir bahwa P2GP tidak diharuskan oleh agama, dan ketika tidak ada sanksi sosial terhadap P2GP, maka ada kemungkinan keluarga tidak akan merasa tertekan untuk melakukan P2GP terhadap anak-anak mereka.

Tabel 4.9 Alasan Praktik P2GP Perlu Diteruskan

AlasanPraktik P2GP	Istri			Suami		
	Perkotaan	Perdesaan	Total	Perkotaan	Perdesaan	Total
Perintah Agama	1.165	2.754	3.919	655	1.947	2.602
%	89,0	93,6	92,2	91,2	94,3	93,5
Tradisi Masyarakat	824	2.461	3.285	411	1.683	2.094
%	63,0	83,7	77,3	57,2	81,5	75,3
Sanksi Sosial	205	839	1.044	103	504	607
%	15,7	28,5	24,6	14,4	24,4	21,8
Tradisi Keluarga	827	2.178	3.005	387	1.447	1.834
%	63,2	74,1	70,7	53,9	70,1	65,9
Kesehatan	724	1.591	2.315	369	975	1.344
%	55,3	54,1	54,5	51,4	47,2	48,3
Sudah dewasa	109	419	528	66	277	343
%	8,3	14,3	12,4	9,2	13,4	12,3
Menambah Gairah Seksual Suami	176	476	652	84	342	426
%	13,5	16,2	15,3	11,7	16,6	15,3
Mengurangi Gairah seksual istri	212	445	657	110	339	449
%	16,2	15,1	15,5	15,3	16,4	16,1
Tidak gontagantipangan	106	310	416	50	227	277
%	8,1	10,5	9,8	7,0	11,0	10,0
Anak perempuan tidak perlu disunat	53	29	82	24	28	52
%	4,1	1,0	1,9	3,3	1,4	1,9
Total N	1.309	2.941	4.250	718	2.064	2.782

Sumber: Survei P2GP, PSKK UGM, 2017

Keterangan: Alasan praktik P2GP perlu diteruskan hanya ditampilkan jumlah dan persentase yang menjawab Ya (bentuk pertanyaan adalah multiple response)

Baik responden suami maupun responden istri berpendapat bahwa P2GP perlu dilanjutkan karena perintah agama. Tradisi masyarakat juga merupakan alasan bagi dilestarikannya P2GP. Penelitian ini menunjukkan bahwa penafsiran tentang kewajiban P2GP dalam agama merupakan faktor yang sangat penting bagi munculnya hegemoni kultural dalam kaitannya dengan P2GP.

Pada tabel 4.12 dapat dilihat bahwa responden laki-laki dan perempuan berpendapat bahwa P2GP perlu dihentikan karena tidak diperintahkan dalam agama Islam. Alasan menarik bagi perlunya penghentian P2GP yang muncul dari tabel 4.10 adalah karena karena P2GP tidak ada manfaatnya.

Tabel 4.10 Pendapat Responden tentang Alasan Praktik P2GP Perlu Dihentikan

Alasan P2GP Dihentikan	Istri			Suami		
	Perkotaan	Perdesaan	Total	Perkotaan	Perdesaan	Total
Bukanperintah Agama	41	18	59	17	18	35
%	3,1	0,6	1,4	2,4	0,9	1,3
BukanTradisi Masyarakat	11	8	19	6	8	14
%	0,8	0,3	0,5	0,8	0,4	0,5
Tidak Ada Sanksi Sosial	26	6	32	10	10	20
%	2,0	0,2	0,8	1,4	0,5	0,7
BukanTradisiKeluarga	18	10	28	10	9	19
%	1,4	0,3	0,7	1,4	0,4	0,7
BerdampakburukbagiKesehatan	7	13	20	2	2	4
%	0,5	0,4	0,5	0,3	0,1	0,1
Trauma	10	7	17	2	1	3
%	0,8	0,2	0,4	0,3	0,1	0,1
TidakdapatijinKeluarga	5	4	9	0	1	1
%	0,4	0,1	0,2	0,0	0,1	0,0
Tidakadamanfaatnya	20	3	23	7	4	11
%	1,5	0,1	0,5	1,0	0,2	0,4
TidakBerlaku (P2GP tetapditeruskan)	1256	2912	4168	694	2036	2730
%	96,0	99,0	98,1	96,7	98,6	98,1
Total N	1.309	2.941	4.250	718	2.064	2.782

Sumber: Survei P2GP, PSKK UGM, 2017

Keterangan: Alasan praktik P2GP perlu dihentikan hanya ditampilkan jumlah dan persentase yang menjawab Ya (bentuk pertanyaan adalah multiple response)

Baik responden suami maupun responden istri berpendapat bahwa pemerintah adalah aktor yang paling tepat untuk menghentikan praktik P2GP. Tenaga kesehatan juga dipandang sebagai aktor yang berpengaruh dalam upaya penghentian praktik P2GP. Selain itu, tokoh agama dilihat sebagai pemangku kepentingan yang perlu diperhitungkan dalam upaya penghapusan P2GP. Melihat data-data yang sudah dipaparkan di atas, maka advokasi tentang penghapusan P2GP tidak cukup dilakukan dari sudut kesehatan saja. Mengingat pentingnya ajaran agama sebagai penentu dilakukannya dan dilestarikannya P2GP, maka tokoh agama harus diberi lebih banyak perhatian dan ruang dalam upaya penghapusan P2GP.

Tabel 4.11 Pendapat Responden tentang Pihak yang Selayaknya Menghentikan Praktik P2GP

Pihak yang Menghentikan P2GP	Istri			Suami		
	Perkotaan	Perdesaan	Total	Perkotaan	Perdesaan	Total
Pemerintah	15	6	21	10	4	14
%	45,5	27,3	38,2	1,4	0,2	0,5
Tenaga kesehatan	10	4	14	7	5	12
%	30,3	18,2	25,5	1,0	0,2	0,4
Tokohmasyarakat	1	4	5	1	5	6
%	3,0	18,2	9,1	0,1	0,2	0,2
Tokoh agama	6	6	12	6	4	10
%	18,2	27,3	21,8	0,8	0,2	0,4
Lainnya	1	2	3	0	1	1
%	3,0	9,1	5,5	0,0	0,1	0,0
TidakBerlaku	1.276	2.919	4.195	694	2.045	2.379
%	97,5	99,3	98,7	96,7	99,1	98,5
Total	33	22	55	24	19	43
%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Sumber: Survei P2GP, PSKK UGM, 2017

Bab 5

Sejarah dan Praktik P2GP dalam Rumah Tangga

5.1. Sejarah P2GP dalam Rumah Tangga

Pemotongan/perluasan genitalia perempuan di Indonesia sudah dilakukan secara turun temurun dari orang tua ke anak, dari masyarakat ke masyarakat. Proses pemotongan/perluasan genital dilakukan baik secara tradisional maupun secara medis. Perempuan yang memiliki anak yang mengalami P2GP sebagian besar mengalami praktik P2GP terhadap dirinya. Hal ini terjadi karena seorang ibu akan menurunkan apa yang dialaminya kepada anak yang dilahirkannya. Bagian berikut ini akan mendeskripsikan tentang transmisi pemotongan/perluasan genital antar generasi dan usia anak perempuan yang mengalami P2GP.

5.1.1 Anggota Rumah Tangga Perempuan yang Mengalami P2GP

P2GP merupakan praktik yang dilakukan lintas generasi. Data tentang jenis P2GP di antara anak-anak perempuan di Eritria menunjukkan bahwa praktik P2GP sering merupakan kelanjutan dari pengalaman anggota keluarga yang lebih tua. Beberapa penulis berpendapat bahwa perempuan yang lebih tua cenderung melanggengkan jenis-jenis P2GP tertentu karena mereka ingin anggota keluarga mereka yang lebih muda memiliki pengalaman hidup yang sama dengan mereka (Yoder dkk. 2013).

Seorang perempuan yang mengalami praktik sirkumsisi akan cenderung melakukannya kepada anak perempuan yang dilahirkannya (UNFPA, 2015). Hal ini juga menjadi gejala umum yang ada di negara-negara yang perempuannya melakukan praktik sirkumsisi, bahwa praktik sirkumsisi ini akan dilakukan turun-temurun. Masih berlangsungnya pemotongan/perluasan genital perempuan ini

karena ada anggapan bahwa P2GP merupakan rasionalisasi sebagai bagian dari agama Islam dimanapemotongan/perluakaan genital perempuan merupakan salah satu hal yang sunah dan wajib dalam ajaran Islam (Zamroni, 2011). Studi yang dilakukan oleh PSKK-UGM di Madura dan Yogyakarta sebelumnya juga mengindikasikan bahwa praktik P2GP sangat lekat dengan Islam (Putranti, dkk, 2003).

Adanya anggapan bahwa P2GP sebagai sebuah ritual keagamaan dan kuatnya masyarakat dalam menjaga tradisi, menyebabkan masih banyak masyarakat yang mempraktikkan pemotongan/perluakaan genital. Hasil survei P2GP 2017 menunjukkan bahwa hampir seluruh anggota rumah tangga perempuan mengalami P2GP. Data menunjukkan bahwa sebanyak 11.222 anggota rumah tangga perempuan dari 11.582 anggota rumah tangga perempuan yang menjadi target survei, atau 96,89 persen anggota rumah tangga perempuan mengalami P2GP. Hal ini menunjukkan bahwa tradisi pemotongan/perluakaan genital perempuan, apalagi jika dikuatkan dengan kepercayaan sebagai ritual pengislaman akan menjadi sebuah ritual yang sulit dihilangkan di masyarakat. Jones, dkk (2004) juga mengemukakan bahwa pemotongan/perluakaan genital perempuan dipersepsikan sangat dekat dengan ajaran agama. Kemudian jika jumlah anggota rumah tangga perempuan yang mengalami P2GP dirinci lagi, maka ada 56,8 persen anggota rumah tangga yang berusia di bawah 11 tahun dan sebanyak 53,2 persen anggota rumah tangga yang berusia di atas 11 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa hampir semua perempuan di dalam rumah tangga mengalami P2GP.

Tabel 5.1 Jumlah Anggota Perempuan yang Mengalami P2GP

Anggota Rumah Tangga yang Mengalami P2GP	Jumlah	Persen
Anak/ART umur 0-11 tahun yang Mengalami P2GP	5.251	56,8
ART >11 tahun yang Mengalami P2GP	5.971	53,2
Total ART yang Mengalami P2GP	11.222	100,0

Sumber: Survei P2GP, PSKK-UGM, 2017

Tabel 5.2 berikut menunjukkan bahwa rumah tangga dengan ibu yang mengalami P2GP yang memiliki 1 anak perempuan berusia 0-11 tahun sebanyak 80,2 persen mengalami P2GP. Semakin banyak jumlah anak yang dimiliki, persentasenya semakin kecil karena studi ini hanya membatasi cakupan anak perempuan usia 0-11 tahun. Jika anak sudah di atas 11 tahun maka tidak tercakup dalam studi ini, sehingga akan sedikit ditemukan rumah tangga yang memiliki anak perempuan pada usia tersebut. Sebagai contoh pada tabel tersebut ditunjukkan bahwa seorang ibu yang mengalami P2GP dan memiliki 4 anak perempuan mengalami P2GP ada 0,2 persen. Hal ini disebabkan ibu yang mengalami P2GP dengan jumlah anak berusia 0-11 tahun dengan jumlah banyak akan semakin sedikit kasus tersebut ditemukan, kemungkinannya anak perempuan yang dimiliki sudah berusia di atas 11 tahun.

Dilihat berdasarkan jenisnya, praktik P2GP yang banyak dipraktikkan adalah jenis memotong sebagian klitoris dan preputiumnya (*prepuce*) sebanyak 32,7 persen. Selanjutnya terbanyak kedua adalah tipe 1a, yaitu menghilangkan ujung klitoris dan kulupus (*prepuce*) sebanyak 32,2 persen, baik pada anak pertama, kedua, ketiga maupun keempat. Jenis ketiga yang juga banyak dipraktikkan adalah tipe 4, yaitu semua prosedur berbahaya terhadap alat kelamin perempuan untuk alasan nonmedis, sebanyak 28,2 persen.

Jenis-jenis P2GP yang dipraktikkan seperti yang dijelaskan di atas menunjukkan adanya pemotongan dan perlukaan pada genital perempuan. Hanya sebagian kecil (1,5 persen) dari responden yang mempraktikkan sirkumsisi secara simbolik. Eksisi dan insisi pada genital perempuan menjadi praktik yang lebih dominan. Temuan ini sejalan dengan temuan Budiharsana, dkk (2003) bahwa tindakan eksisi dan insisi pada genital perempuan merupakan jenis sirkumsisi yang paling banyak dipraktikkan.

Jika dilihat dari fasilitasnya, praktik P2GP saat ditelusuri dari anak pertama, kedua, ketiga hingga keempat lebih banyak dilakukan oleh tenaga tradisional, yang jika dirata-rata sebanyak 61,7 persen. Praktik P2GP yang dilakukan oleh tenaga medis/paramedis hanya sebanyak 38,3 persen. Hasil ini juga mengonfirmasi

temuan Budiharsana, dkk (2003) bahwa petugas tradisional (dukun bayi dan dukun sunat) merupakan pelaku utama dalam praktik P2GP. Sementara itu jika dilihat dari tempat dilakukannya praktik P2GP, paling banyak dilakukan di rumah sendiri (52,6 persen), dan praktik P2GP yang dilakukan di tempat praktik dokter/paramedis merupakan lokasi fasilitas yang digunakan terbanyak kedua, yaitu sebanyak 26,5 persen.

Tabel 5.2 Jumlah Ibu Mengalami P2GP dengan Anak Perempuan yang Mengalami P2GP

Teknik P2GP	Jumlah Ibu yang Memiliki Anak Mengalami P2GP							
	1 Anak P2GP		2 Anak P2GP		3 Anak P2GP		4 Anak P2GP	
	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen
Jenis P2GP								
Tipe 1a	1.111	32,6	235	30,5	22	33,9	2	22,2
Tipe 4	983	28,8	204	26,5	13	20,0	2	22,2
Memotong sebagian kitoris dan preputiumnya (<i>prepuce</i>)	1.090	32,0	271	35,2	27	41,5	5	55,6
Menggores atau mengorek bagian uretra (<i>urethral opening</i>)	181	5,3	53	6,9	2	3,1	0	0,0
Simbolisan paper lukaan	45	1,3	7	0,9	1	1,5	0	0,0
Tidak Tahu	2	0,1	1	0,1	0	0,0	0	0,0
Fasilitas yang digunakan untuk Praktik P2GP								
Tenaga Medis	1.289	37,8	307	39,8	28	43,1	1	11,1
Tradisional	2.119	62,1	464	60,2	37	56,9	8	88,9
Tidak Tahu	4	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tempat P2GP								
Rumah sakit	55	1,6	14	1,8	0	0,0	0	0,0
Puskesmas	179	5,3	38	4,9	3	4,6	0	0,0
Tempat praktik dokter/paramedis	887	26,0	220	28,5	22	33,9	1	11,1
Tempat praktik tradisional	417	12,2	55	7,1	5	7,7	0	0,0
Rumah sendiri	1.773	52,0	426	55,3	32	49,2	8	88,9
Rumah Famili	94	2,8	17	2,2	3	4,6	0	0,0
Lainnya	5	0,2	1	0,1	0	0,0	0	0,0
Tidak Tahu	2	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	3.412	100,0	771	100,0	65	100,0	9	100,0

Sumber: Survei P2GP, PSKK-UGM, 2017

Tabel 5.3 akan menunjukkan transmisi nilai dan praktik pemotongan/perluasan genital perempuan antar generasi. Data tersebut menunjukkan bahwa transmisi nilai P2GP anak perempuan antar generasi masih sangat kuat. Tampak bahwa praktik P2GP dilihat dari 3 generasi kasusnya tinggi, yaitu dari nenek hingga cucu perempuan mempraktikkan P2GP. Ibu yang mengalami P2GP, maka 97,2 persen melakukan P2GP pada anaknya, bahkan ibu yang tidak mengalami P2GP, yaitu ada 1,3 persen justru kemudian melakukan praktik pemotongan/perluasan genital perempuan pada anaknya. Pada sisi yang lain sebanyak 94,8 persen nenek yang dulunya mengalami P2GP, juga akan melakukan pemotongan/perluasan genital perempuan pada anaknya, yaitu melakukan P2GP dari responden istri. Sementara ada 2 persen nenek yang dulu tidak mengalami P2GP, kemudian ikut melakukan praktik P2GP pada anaknya.

Tabel 5.3 Transmisi P2GP dari Ibu ke Anak

Genitalia Ibu dipotong/dilukai	Genitalia Anak dipotong/dilukai	
	Ya	Persen
Ya	4.137	97,2
Tidak	57	1,3
Tidak Tahu	63	1,5
Total	4.257	100,0
Genitalia Nenek dipotong/dilukai	Ibu ART umur 0-11 tahun dipotong/dilukai	
	Ya	Persen
Ya	380	94,8
Tidak	8	2,0
Tidak Tahu	13	3,2
Total	401	100,0

Sumber: Survei P2GP, PSKK-UGM, 2017

Praktik P2GP yang melekat dengan tradisi dan kepercayaan inilah yang menyebabkan nilai-nilai yang terkait dengan P2GP akan ditransmisikan dari generasi ke generasi. Seperti hasil studi Rokhmah (2015) bahwa keluarga dan tokoh agama akan selalu mengingatkan dan menyindir bagi yang belum melakukan P2GP, karena P2GP identik dengan pengislaman. Milasari dkk (2008) juga menunjukkan bahwa P2GP dipengaruhi oleh adanya tradisi yang sudah dilakukan secara turun temurun yang sudah menjadi kebiasaan setempat.

Transmisi nilai-nilai P2GP yang identik dengan tradisi yang dilakukan secara turun temurun sangat berkaitan dengan adanya proses eksternalisasi dan internalisasi budaya. Teori Berger dan Luckmann (dalam Hamilton dan Kandala, 2016) menyebutkan bahwa melalui proses eksternalisasi dan internalisasi nilai, budaya yang ada di masyarakat akan menjadi sebuah tradisi di masyarakat di mana nilai-nilai budaya tersebut akan menjadi arah bagi perilaku masyarakat. Dalam konteks P2GP teori ini sangat relevan, karena dengan adanya interaksi di dalam keluarga, masyarakat, dan lingkungan maka tradisi P2GP menjadi sebuah nilai yang dianggap hal penting untuk dilaksanakan.

5.1.2 Rata-rata Umur Anak Perempuan yang Mengalami P2GP

Sebagian besar anak perempuan mengalami P2GP pada usia kurang dari 1 tahun (<12 bulan) sebanyak 3.249 orang atau 61,9 persen. Jika kemudian data tersebut dirinci lagi, maka 50,2 persen anak perempuan mengalami P2GP pada usia 1 – 4 bulan. Hal ini sesuai dengan hasil studi Budiharsana, et.al (2003) bahwa mayoritas ibu mengatakan bahwa bayi baru lahir dan bayi adalah usia yang ideal untuk dilakukan P2GP. Pada penelitian tersebut juga dilaporkan lebih dari 90persenresponden di daerah Sumenep dan Padang melakukan P2GP pada anak perempuan saat anak dibawah usia 5 tahun dengan alasan utama identifikasi religius.

Temuan di lapangan menunjukkan bahwa pada umumnya bayi dilakukan P2GP pada usia sekitar 40 hari yang dilakukan bersamaan dengan upacara selamatannya. Misalnya pada masyarakat Belitung Timur, bayi perempuan mengalami P2GP ketika anak perempuan usianya kurang lebih 44 hari bersamaan dengan acara selamatannya ibu melahirkan sudah selesai masa nifas atau istilah lokal adalah lepas pantang. Lepas pantang adalah berakhirnya pantangan-pantangan ibu setelah melahirkan seperti tidak boleh keluar rumah atau larangan makan makanan tertentu.

Tabel 5.4 Rata-rata Umur Anak Perempuan yang Mengalami P2GP

Rata-rata Umur Anak	Perkotaan		Perdesaan		Total	
	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen
<i>Hari</i>						
1 - 10	112	6,8	325	9,0	437	8,3
11 - 20	55	3,3	73	2,0	128	2,4
21 - <30	17	1,0	22	0,6	39	0,7
<i>Bulan</i>						
1 - 4	1.093	66,3	1.536	42,6	2.629	50,1
5 - 8	150	9,1	288	8,0	438	8,3
9 - <12	32	1,9	152	4,2	184	3,5
<i>Tahun</i>						
1 - 3	153	9,3	1.124	31,2	1.277	24,3
4 - 6	22	1,3	64	1,8	86	1,6
7 - 9	7	0,4	10	0,3	17	0,3
TIDAK TAHU	7	0,4	9	0,2	16	0,3
Total	1.648	100,0	3.603	99,8	5.251	99,7

Sumber: Survei P2GP, PSKK-UGM, 2017

Data survei P2GP 2017 juga sesuai dengan hasil studi Patel dan Roy (2016) bahwa ada beberapa perbedaan hasil terkait dengan usia ketika ketikadilakukan P2GP, namun biasanya dilakukan di dalam 24 bulan pertama kehidupan seorang anak perempuan. Jika dilihat dari perbedaan wilayahnya, hampir tidak ada perbedaan usia Dilakukannya P2GP baik di perkotaan maupun di pedesaa. Pada kedua wilayah usia anaksaatdilakukan P2GP lebih banyak dilakukan pada usia 1-4 bulan. P2GP dilakukan sebagai bentuk ritual keagamaan untuk menjadi Islam yang lebih baik.

5.2. Praktik P2GP dalam Rumah Tangga

5.2.1 Pihak yang Paling Berperan Memutuskan P2GP

Proses pemotongan/perluasan genital perempuan tidak lepas dari pengambil keputusan utama, pengambil keputusan utama ini yang memutuskan apakah anak perempuan akan dipotong/dilukai genitalnya atau tidak. Data survei P2GP 2017, seperti pada tabel 5.5 berikut menunjukkan bahwa ibu merupakan pihak yang paling berperan dalam memutuskan seorang anak perempuan akan dipotong/dilukai genitalnya atau tidak (70 persen). Studi ini sejalan dengan World

Vision (2011) bahwa penentu atau pengambil keputusan dalam praktik pemotongan/perluasan genitalia perempuan adalah pihak perempuan, baik ibu atau nenek. Ibu sebagai penentu atau pembuat keputusan yang dominan ini berbeda dengan hasil dari studi Budiharsana, et.al (2003) yang menunjukkan bahwa pembuat keputusan adalah kedua orangtua secara bersama. Sementara itu studi Rokhmah (2015) di Sulawesi Selatan menunjukkan bahwa pengambilan keputusan biasanya dilakukan oleh orang tua sebagai orang yang bertanggungjawab langsung terhadap anak perempuan, keluarga, dan tokoh agama.

Hasil studi P2GP 2017 justru menunjukkan bahwa ayah dan ibu yang membuat keputusan secara bersama hanya 5 persen. Berdasarkan hasil wawancara memang pada umumnya menunjukkan bahwa ayah lebih sering menyerahkan keputusan pemotongan/perluasan genitalia pada anak perempuan pada istri. Bahkan ketika suami mengetahui bahwa pemotongan/perluasan genitalia perempuan tidak memberi manfaat kepada anak perempuan, atau ketika suami sebenarnya tidak setuju terhadap praktik P2GP, mereka tidak berdaya terhadap keputusan istri untuk memotong/melukai genital anak perempuannya karena pengaruh tradisi yang sangat kuat. Sementara itu peran nenek tampaknya juga cukup besar, yaitu sebanyak 16 persen nenek memiliki peran dalam pengambilan keputusan terhadap pemotongan/perluasan genital pada anak perempuan. Peran nenek ini lebih besar dari peran seorang ayah dalam pengambilan keputusan. Hal ini seperti yang telah dijelaskan di atas bahwa perempuan lebih berperan dalam pengambilan keputusan terhadap tindakan pemotongan/perluasan genital perempuan dibandingkan laki-laki.

5.2.2 Fasilitas dan Petugas yang Melakukan P2GP

Pemilihan tempat melakukan P2GP terdapat perbedaan yang cukup signifikan antara desa dan kota. Rumah sendiri tampaknya menjadi tempat yang paling banyak dipilih sebagai tempat untuk melakukan P2GP, terutama untuk responden yang tinggal di pedesaan. Sebanyak 53 persen responden melakukan P2GP di rumah sendiri, sedangkan ketika dirinci secara wilayah, 63 persen responden

pedesaan memilih di rumah sendiri, sedangkan di perkotaan hanya 30 persen. Hal ini kemungkinan berkaitan dengan umur bayi yang mengalami P2GP dimana paling banyak ketika usia 1-4 bulan dan dikaitkan dengan acara selamatan bayi yang banyak dilakukan pada usia 40 hari sehingga P2GP dilakukan di rumah sendiri dengan mengundang dukun bayi atau bidan.

Sementara itu tempat praktik petugas kesehatan, seperti praktik dokter atau bidan dan paramedis lain merupakan tempat terbanyak kedua sebagai tempat dilakukannya praktik P2GP (26,9 persen). Namun pada responden yang tinggal di wilayah perkotaan lebih banyak yang melakukan praktik P2GP di tempat praktik paramedis (47 persen). Selain mengundang petugas untuk melakukan P2GP di rumah, masyarakat juga cukup banyak yang membawa anak perempuannya ke tempat praktik petugas kesehatan, biasanya bidan, untuk melakukan pemotongan/perluasan genital. Di samping melakukan praktik P2GP di tempat praktik bidan, masyarakat juga memilih melakukan P2GP terhadap anak perempuannya di tempat praktik dukun bayi (10,6persen). Jika dirinci berdasarkan wilayah, responden yang memilih melakukan P2GP di tempat praktik dukun bayi lebih banyak dilakukan oleh responden di Perdesaan.


Pemilihan tempat melakukan pemotongan/perluasan genitalada kemungkinan berkaitan dengan pemilihan petugas yang melakukan P2GP, sehingga antara pedesaan dan perkotaan juga terdapat perbedaan dalam memilih petugas yang melakukan P2GP. Jika rumah sendiri merupakan tempat yang paling banyak dipilih untuk melakukan pemotongan/perluasan genital di pedesaan, hal ini kemungkinan berkaitan dengan banyaknya dukun bayi yang dipilih oleh masyarakat sebagai petugas dalam melakukan P2GP, 45 persen secara total, dan jika dirinci secara wilayah di pedesaan 74 persen memilih melakukan P2GP di tenaga tradisional. Dukun bayi memang lebih fleksibel dan dekat dengan masyarakat, sehingga masyarakat sering mengundang dukun bayi ke rumah. Menurut penjelasan masyarakat di Kabupaten Barito Kuala, Kalimantan Selatan, meskipun ibu-ibu melahirkan di bidan, tetapi pasca melahirkan ibu dan bayi akan dirawat oleh dukun bayi sampai puput tali pusarnya. Dukun bayi akan datang ke

rumah secara berkala untuk memberikan perawatan. Oleh karena itu masyarakat tidak sungkan untuk meminta dukun bayi datang ke rumah.

Masyarakat yang tinggal di perkotaan lebih banyak yang memilih dilakukan oleh paramedis, yaitu sebanyak 66 persen. Paramedis, seperti bidan, perawat atau mantri, meskipun dalam praktiknya lebih banyak bidan yang melukan pemotongan/perluakaan genitalia perempuan dibanding pramedis lain, merupakan petugas terbanyak kedua yang banyak diminta masyarakat untuk melakukan P2GP. Program pemerintah adalah setiap desa memiliki bidan desa, sehingga bidan juga diharapkan dekat dengan masyarakat, terutama untuk membantu persalinan. Sedangkan secara total ada 38 persen responden yang meminta bantuan paramedis untuk melakukan pemotongan/perluakaan genital.

Temuan ini juga sesuai dengan hasil dari studi Budiharsana, et.al (2003) yang menunjukkan bahwa sebagian besar masyarakat (68persen) melakukan P2GP pada dukun bayi, baru kemudian sisanya melakukan P2GP pada tenaga kesehatan, terutama bidan. Selain itu, studi Suparmi, dkk (2015) juga menyebutkan bahwa sebagian besar perempuan di perdesaan disunat oleh dukun atau tukang sunat. Praktik pemotongan/perluakaan pada genital perempuan yang dilakukan oleh dukun bayi atau tenaga tradisional, bukan hanya merupakan fenomena yang terjadi di Indonesia, tetapi juga secara umum di belahan dunia lain. Seperti yang dijelaskan oleh Nour (2008) bahwa praktik pemotongan/perluakaan genital perempuan pada umumnya dilakukan oleh tenaga tradisional yang tidak memiliki kualifikasi medis.

Dilihat dari alasan pemilihan petugas P2GP, ada beberapa variasi jawaban yang diberikan oleh responden. Responden yang memilih bidan sebagai petugas yang melakukan P2GP, 96,8 persen mengatakan karena merasa lebih aman secara medis jika dilakukan oleh bidan. Alat-alat yang digunakan oleh bidan dalam melakukan P2GP lebih terjamin keamanannya karena menggunakan alat-alat yang sudah standar secara medis dan steril. Alasan lain yang diberikan mengapa memilih bidan karena satu paket dengan persalinan (66 persen). Akses yang dekat juga



menjadi alasan memilih bidan sebagai petugas yang melakukan P2GP (57,7 persen), karena hampir setiap desa saat ini terdapat bidan.

Tabel 5.5 Praktik P2GP Anak Perempuan Usia 0-11 Tahun

Praktik P2GP Anak Perempuan 0-11 Tahun	Daerah Tempat Tinggal					
	Perkotaan		Perdesaan		Perkotaan+Perdesaan	
	Jumlah	Persen	Total	Persen	Jumlah	Total
<i>Pihak yang Paling Menentukan P2GP</i>						
Dirisendiri	3	0,2	2	0,1	5	0,1
Ibu	1.114	67,6	2.518	69,9	3.632	69,2
Ayah	124	7,5	300	8,3	424	8,1
Nenek	271	16,4	563	15,6	834	15,9
Kakek	10	0,6	24	0,7	34	0,7
Petugaskesehatan	18	1,1	19	0,5	37	0,7
Ayah dan ibu	94	5,7	158	4,4	252	4,8
Lainnya	10	0,6	16	0,5	26	0,5
TidakTahu	4	0,2	3	0,1	7	0,1
<i>Fasilitas yang Digunakan untuk P2GP</i>						
RumahSakit	40	2,4	43	1,2	83	1,6
Puskesmas	170	10,3	100	2,8	270	5,1
Tempatpraktikdokter/paramedis	789	47,9	625	17,4	1.414	26,9
TempatPraktiktradisional	109	6,6	445	12,4	554	10,6
Rumahsendiri	501	30,4	2.279	63,3	2.780	52,9
RumahFamili	35	2,1	104	2,9	139	2,7
Lainnya	3	0,2	4	0,1	7	0,1
TidakTahu	1	0,1	3	0,1	4	0,1
<i>Petugas yang Melakukan P2GP</i>						
Tenaga Medis	1.087	66,4	930	25,8	2.017	38,5
Tradisional	557	33,4	2.671	74,1	3.228	61,4
TidakTahu	4	0,2	2	0,1	6	0,1
<i>Pihak yang Paling Menentukan Petugas P2GP</i>						
Dirisendiri	18	1,09	6	0,0	24	0,46
Ibu	1.261	76,52	2.645	73,41	3.906	74,39
Ayah	76	4,61	243	6,74	319	6,08
Suami	3	0,18	18	0,5	21	0,4
Nenek	212	12,86	588	16,32	800	15,24
Kakek	6	0,36	19	0,53	25	0,48
Tokohadat	0	0	2	0,06	2	0,04
Petugaskesehatan	10	0,61	9	0,25	19	0,36
Dukun sunat	2	0,12	3	0,08	5	0,1
Ayah dan ibu	48	2,91	58	1,61	106	2,02
Famili	4	0,24	6	0,17	10	0,19
Lainnya	1	0,30	2	0,06	7	0,05
TidakTahu	3	0,18	4	0,11	7	0,13
Total	1.648	100,0	3.603	100,0	5.251	100,0

Sumber: Survei P2GP, PSKK-UGM, 2017

Sementara itu alasan memilih dukun bayi sebagai petugas yang melakukan P2GP sebagian besar karena tradisi (69,3 persen). P2GP memang tidak bisa dilepaskan dari tradisi. Studi Rokhmah (2015) juga menjelaskan bahwa P2GP sangat berkaitan dengan tradisi dan budaya masyarakat, sehingga karena berkaitan dengan tradisi maka P2GP juga dilakukan oleh dukun bukan oleh petugas kesehatan. Sedangkan pada masyarakat Bugis dan Makassar, sunatan atau khitanan, baik pada laki-laki maupun perempuan, merupakan upacara yang senantiasa dilaksanakan sebagai pelengkap daur hidup (Perempuan Bergerak, 2013).

Biaya yang murah juga menjadi alasan masyarakat memilih melakukan P2GP di dukun bayi (54 persen). Dukun bayi tidak memasang tarif khusus dalam melakukan P2GP, mereka bersedia dibayar dengan apa saja, seperti hasil bumi untuk upah dalam melakukan P2GP. Hal inilah yang menyebabkan masyarakat juga lebih memilih dukun bayi sebagai petugas untuk melakukan P2GP. Selain biaya yang murah, kenal dekat/masih keluarga (49 persen) atau karena saran dari keluarga (45 persen) juga menjadi alasan memilih dukun bayi sebagai petugas untuk melakukan P2GP. Hal ini seperti temuan dari Budiharsana, et.al (2003) bahwa ada beberapa alasan mengapa masyarakat lebih memilih dukun sebagai petugas yang melakukan P2GP yang berkaitan dengan isu biaya, jarak secara fisik dan psikologis. Biaya di dukun lebih murah, akses dekat, dan mereka senang karena mau memberikan pelayanan di rumah.

5.2.3 Alasan Memilih Petugas P2GP

Analisa pemilihan pemberi layanan P2GP memberi gambaran yang lebih luas tentang konteks praktik P2GP. Di sebagian besar negara-negara Afrika yang mempraktikkan P2GP, umumnya dilakukan oleh dukun. Namun kecenderungan terkini menunjukkan bahwa di banyak negara, tenaga medis semakin terlibat dalam P2GP. Pergeseran dari prosedur yang dilakukan oleh praktisi tradisional ke prosedur yang dilakukan oleh tenaga medis profesional di rumah sakit dan klinik kesehatan, disebut sebagai medikalisasi P2GP. *Data Demographic and Health Survei dan Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS)* menunjukkan peningkatan medikalisasi

P2GP di di Mesir, Guinea, Kenya, Nigeria, Sudan utara dan Yaman. Di semua negara ini sepertiga atau lebih dari anak perempuan yang disunat menjalani prosedur yang dilakukan oleh tenaga medis profesional. Di Mesir, misalnya, 94 persen anak perempuan dan 79 persen ibu (anak perempuan yang disunat) disunat oleh petugas kesehatan yang dilatih secara profesional (dokter, perawat, bidan atau dukun bayi) (UNICEF, 2005).

Hasil survei P2GP terkait dengan pemilihan petugas P2GP, ada beberapa variasi jawaban yang diberikan oleh responden ketika memilih petugas P2GP. Responden yang memilih bidan sebagai petugas yang melakukan P2GP, 96,8 persen mengatakan karena merasa lebih aman secara medis jika dilakukan oleh bidan. Alat-alat yang digunakan oleh bidan dalam melakukan pemotongan/perluasan genital lebih terjamin keamanannya karena menggunakan alat-alat yang sudah standar secara medis dan steril. Alasan lain yang diberikan mengapa memilih bidan karena satu paket dengan persalinan (66 persen). Akses yang dekat juga menjadi alasan memilih bidan sebagai petugas yang menyunat (57,7 persen), karena hampir setiap desa saat ini terdapat bidan.

Tabel 5.6 Alasan Memilih Petugas untuk Melakukan P2GP

AlasanMemilihPetugas P2GP	Tenaga Medis		Tradisional		TIDAK TAHU		Total	
	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen
Biayamurah	98	4,9	204	6,3	0	0,0	302	5,8
Tradisi	120	6,0	2.575	79,8	0	0,0	2.695	51,3
Saran keluarga	271	13,4	705	21,8	0	0,0	976	18,6
Satu paket persalinan	448	22,2	196	6,1	3	50,0	647	12,3
Aksesdekat	682	33,8	495	15,3	0	0,0	1.177	22,4
Kenaldekat/masihkeluarga	370	18,3	532	16,5	0	0,0	902	17,2
Lebihamansecaramedis	1.050	52,1	20	0,6	0	0,0	1.070	20,4
Tidakadatenagakesehatan yang menyunat	101	5,0	94	2,9	0	0,0	195	3,7
Tidaktahu	0	0,0	2	0,1	3	50,0	5	0,1
Lainnya	6	0,3	14	0,4	0	0,0	20	0,4
Total	2.017	100,0	3.228	100,0	6	100,0	5.251	100,0

Sumber: Survei P2GP, PSKK-UGM, 2017

Pemilihan bidan sebagai petugas yang melakukan praktik P2GP ini juga sesuai dengan temuan Merli (2012) bahwa praktik sunat perempuan di Thailand Selatan pada umumnya dilakukan oleh bidan. Hal ini disebabkan adanya proses medikalisasi dalam persalinan dan semakin terpinggirkannya peran dukun bayi yang pada akhirnya mempengaruhi dalam praktik medis dan ritual yang berkaitan dengan reproduksi, termasuk permintaan sunat terhadap bayi perempuan. Demikian juga dengan temuan Putranti (2008) sebelumnya juga menunjukkan bahwa keterlibatan tenaga kesehatan (bidan) dalam praktik P2GP banyak terjadi bersamaan dengan kebijakan persalinan oleh tenaga kesehatan menggantikan persalinan oleh dukun bayi.

5.2.4 Permintaan Persetujuan terhadap Tindakan P2GP

Lebih dari 90 persen ibu dengan anak perempuan yang dipotong/dilukai genitalnya mengatakan bahwa mereka dimintai persetujuan ketika petugas akan melakukan P2GP terhadap anak perempuannya. Tabel 5.5 berikut menunjukkan bahwa 94,4 persen ibu dimintai persetujuan untuk tindakan P2GP, dan hanya 5,5 persen yang mengatakan tidak ada permintaan persetujuan terhadap tindakan P2GP. Artinya kejadian pemotongan/perluasan genital terhadap anaknya dilakukan atas sepengetahuan ibu, bahkan tidak jarang justeru P2GP dilakukan atas permintaan dari ibu. Hal ini seperti yang dijelaskan oleh bidan desa di Kabupaten Belitung Timur, bahwa tindakan pemotongan/perluasan genitalia dilakukan karena permintaan dari ibu bayi.

Tabel 5.7 Permintaan Persetujuan terhadap Praktik P2GP

Persetujuan terhadap Praktik P2GP	Ibudari ART yang Alami P2GP				Anak Perempuan yang Alami P2GP			
	Tenaga Kesehatan	Tradisional	Tidak Tahu	Jumlah	Tenaga Kesehatan	Tradisional	Tidak Tahu	Jumlah
Diminta Persetujuan	1.884	3.068	5	4.957	67	130	0	197
%	93,4	95,0	83,3	94,4	3,3	4,0	0,0	3,8
Tidak diminta Persetujuan	131	155	0	286	1.948	3.087	5	5.040
%	6,5	4,8	0,0	5,5	96,6	95,6	83,3	96,0
Tidak Tahu	2	5	1	8	2	11	1	14
%	0,1	0,2	16,7	0,2	0,1	0,3	16,7	0,3
Total	2.017	3.228	6	5.251	2.017	3.228	6	5.251
%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Sumber: Survei P2GP, PSKK-UGM, 2017

5.2.5 Biaya P2GP

Tidak ada standar biaya P2GP yang ditetapkan di Indonesia, bahkan pemerintah melalui Kementerian Kesehatan mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang praktik P2GP oleh tenaga medis. Isi dari Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2014 tentang Pencabutan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1636/Menkes/per/xii/2010 tentang P2GP. Salah satu pertimbangan dikeluarkannya peraturan tersebut adalah P2GP hingga saat ini tidak merupakan tindakan kedokteran karena pelaksanaannya tidak berdasarkan indikasi medis dan belum terbukti bermanfaat bagi kesehatan. Oleh karena itu, biaya P2GP sangat beragam dan tergantung pihak yang melakukan P2GP tersebut. Bahkan biaya P2GP tersebut tidak selalu dibayar dalam bentuk uang, tetapi juga dalam bentuk barang biasanya berupa makanan pokok.

Beberapa hasil penelitian tentang P2GP di Indonesia menunjukkan bahwa biaya jasa yang diterima oleh tukang sunat, biasanya seikhlasnya saja tergantung kemampuan keluarga yang melakukan P2GP. Penelitian dari Sumarni (2005) memperlihatkan besarnya biaya P2GP kurang lebih berkisar antara Rp10.000,00 sampai Rp30.000,00 dan berlaku pada bidan maupun dukun. Penelitian lainnya dari Zakiah (2012) yang dilakukan di Kabupaten Pidie Jaya, Aceh diketahui biaya P2GP di bidan hanya sukarela tergantung kemampuan keluarga dengan kisaran

antara Rp10.000,00 sampai Rp20.000,00. Dengan biaya yang terjangkau tersebut menyebabkan praktik P2GP tetap masih berlangsung di masyarakat.

Hasil Survei P2GP 2017 ini menemukan sebanyak 5.251 anak perempuan usia 0-11 tahun yang telah mengalami P2GP. Namun jumlah rumah tangga yang bisa menyebutkan besarnya biaya P2GP hanya sebanyak 4.601 anak (87,6 persen), karena ada 356 (6,8 persen) yang tidak tahu biaya P2GP yang harus dikeluarkan. Selain itu, juga terdapat sebanyak 294 anak (5,6 persen) yang mengalami P2GP satu paket dengan kelahiran sehingga tidak diketahui biaya yang dikhususkan untuk P2GP secara tepat. Berdasarkan biaya P2GP yang tidak termasuk biaya paket melahirkan, diketahui paling banyak berada pada rentang antara Rp50.000,00 sampai dengan Rp100.000,00 yang mencapai 55,1 persen. Berikutnya biaya P2GP dibawah Rp50.000,0 ditemukan sebanyak 26,9 persen dan biaya diatas Rp100.000,00 sebanyak 10,4 persen. Hal yang menarik dari hasil survei P2GP ini adalah ditemukannya anak perempuan yang mengalami P2GP tetapi tidak diharuskan membayar atau gratis yaitu 7,7 persen atau 353 anak.

Seperti telah dibahas dalam subbab sebelumnya, petugas yang melakukan P2GP paling banyak adalah tenaga tradisional yang terdiri atas dukun bayi, dukun sunat, dan tukang sunat tradisional yakni sebanyak 61,6 persen. Sementara anak perempuan yang mengalami P2GP oleh tenaga medis mencapai 38,4 persen. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang telah dilakukan sebelumnya, Sumarni (2005) menyimpulkan dipilihnya dukun untuk melakukan P2GP pada anak perempuan disebabkan oleh beberapa alasan yaitu 1) biaya P2GP murah dan sudah termasuk biaya persalinan. Jika seseorang bersalin dengan dukun, maka sang dukun masih mempunyai kewajiban sampai dengan 40 hari untuk merawat bayi mulai dari memandikan pagi dan sore. 2) masyarakat lebih percaya pada dukun bayi yang secara turun temurun telah menjadi kepercayaan keluarga, dan 3) dukun bersedia untuk dipanggil kapan saja. Penelitian dari Budiharsana, et.al (2003) tentang P2GP di Indonesia juga memiliki kesimpulan dipilihnya dukun sebagai petugas yang melakukan P2GP pada anak perempuan. Beberapa alasan dipilihnya dukun diantaranya adalah biaya, jarak fisik, dan psikologis. Masyarakat menyatakan

bahwa dibandingkan dengan tenaga medis, dukun lebih murah dan dekat serta dengan senang hati memberikan layanan di rumah.

Tabel 5.8 Besarnya Biaya P2GP Berdasarkan Petugas yang Melakukan P2GP

Biaya P2GP	Petugas yang Melakukan P2GP							
	Tenaga Medis		Tradisional		Tidak Tahu		Jumlah	
	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen
< 50.000,00	619	30,7	617	19,1	0	0,0	1.236	23,5
50.000,00 - 100.000,00	800	39,7	1.736	53,8	0	0,0	2.536	48,3
>100.000,00	79	3,9	397	12,3	0	0,0	476	9,1
Gratis	227	11,3	126	3,9	0	0,0	353	6,7
Satu paket persalinan	98	4,9	196	6,1	0	0,0	294	5,6
Tidak Tahu	194	9,6	155	4,8	6	100,0	355	6,8
Menolak Menjawab	0	0,0	1	0,03	0	0,0	1	0,02
Total	2017	100,0	3.228	100,0	6	100,0	5.251	100,0

Sumber: Survei P2GP, PSKK UGM, 2017

Biaya P2GP jika dibedakan menurut petugas yang melakukan yaitu tenaga medis dan tradisional keduanya paling banyak berada pada kisaran harga Rp50.000,00 sampai Rp100.000,00. Keluarga yang melakukan P2GP pada anak perempuannya usia 0-11 tahun dan tidak dipungut biaya lebih banyak terjadi ketika P2GP tersebut dilakukan oleh tenaga medis yaitu sebanyak 13,2 persen (227 anak), sedangkan tradisional 10,2 persen (126 anak). Hasil Survei P2GP ini juga menunjukkan rata-rata biaya, dimana besarnya mencapai Rp67.000,00 tanpa membedakan petugas yang melakukan P2GP. Harga termurah P2GP diketahui sebesar Rp5.000,00 dan tertinggi bisa mencapai Rp200.000,00 yang hanya dikhususkan untuk biaya P2GP saja bukan satu paket dengan kelahiran.

Bagi tenaga medis atau tradisional tak jarang P2GP menjadi layanan satu paket dengan tindik dan melahirkan. Hal ini juga ditemukan dalam survei ini, dimana dari sebanyak 294 anak yang biaya P2GP-nya merupakan satu paket dengan persalinan, dan rata-rata biaya paket tersebut tercatat sebesar Rp425.000,00. Sedangkan rata-rata biaya paket terendah mencapai Rp230.000,00 dan tertinggi sebesar Rp1.200.000,00. Pihak keluarga yang melakukan P2GP pada anak

perempuannya tidak bisa memisahkan besarnya biaya P2GP dan melahirkan karena satu paket dan terjadi di semua lokasi penelitian.

5.2.6 Acara Keagamaan dan Tradisional dalam Praktik P2GP

Praktik P2GP yang masih berlangsung di Indonesia saat ini tidak dapat dilepaskan dari alasan agama dan tradisi. Praktik P2GP yang dianggap sebagai perintah agama dan tradisi telah dilakukan secara turun temurun. Dalam rangkaian pelaksanaan P2GP, terdapat beberapa ritual yang mengikuti prosesi tersebut. Terkait dengan upacara khusus keagamaan yang menyertai praktik P2GP, hasil survei menunjukkan mayoritas masyarakat melakukan upacara khusus keagamaan yakni sebanyak 62,5 persen (3.284 orang). Sedangkan masyarakat yang tidak melakukan upacara khusus keagamaan jumlahnya mencapai 35,5 persen (1.864 orang). Bagi masyarakat yang tidak melakukan upacara keagamaan tersebut, mayoritas petugas yang melakukan praktik P2GP adalah tenaga medis yaitu sebanyak 1.150 anak (61,7 persen) dan tenaga tradisional sebanyak 714 anak (38,4 persen). Data ini menunjukkan masih kuatnya pendasaran agama sebagai landasan praktik P2GP menjadi pendorong yang besar bagi masyarakat untuk tetap melaksanakannya.

Tabel 5.9 Rumah Tangga Melakukan Upacara Keagamaan dalam Praktik P2GP Berdasarkan Tempat Tinggal

UpacaraKeagamaan	Perkotaan		Pedesaan		Total	
	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen
MelakukanUpacaraKeagamaan	825	50,1	2.459	68,3	3.284	62,5
TidakMelakukanUpacaraKeagamaan	775	47,0	1.089	30,2	1.864	35,5
TidakTahu	48	2,9	55	1,5	103	2,0
Total	1.648	100,0	3.603	100,0	5.251	100,0

Sumber: Survei P2GP, PSKK UGM, 2017

Berdasarkan lokasi tempat tinggal rumah tangga diketahui praktik P2GP yang diikuti dengan kegiatan upacara keagamaan lebih banyak dilakukan dipedesaan dibandingkan dengan perkotaan. Rumah tangga yang tinggal di pedesaan yang melakukan upacara keagamaan mencapai 68,6 persen (3.603 rumah tangga), sementara yang tinggal di perkotaan sebanyak 31,4 persen (1.648 rumah tangga).

Hal ini menunjukkan bahwa prosesi yang mengikuti praktik P2GP yaitu upacara keagamaan masih banyak dilakukan oleh masyarakat perdesaan.

Tabel 5.10 Rumah Tangga Melakukan Upacara Khusus Kegamaan Menurut Petugas yang Melakukan P2GP

Upacara Khusus Keagamaan	Tenaga yang Melakukan P2GP							
	Tenaga Medis		Tradisional		Tidak Tahu		Jumlah	
	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen
Melakukan Upacara Keagamaan	793	39,3	2.491	77,2	0	0,0	3.284	62,5
Tidak Melakukan Upacara Keagamaan	1.150	57,0	712	22,1	2	33,3	1.864	35,5
Tidak Tahu	74	3,7	25	0,8	4	66,7	103	2,0
Total	2.017	100,0	3.228	100,0	6	100,0	5.251	100,0

Sumber: Survei P2GP, PSKK UGM, 2017

Praktik P2GP menurut petugas yang melakukan P2GP diketahui bahwa sebagian besar masyarakat yang melakukan upacara keagamaan ketika melakukan P2GP pada anak perempuannya, diketahui paling banyak upacara keagamaan tersebut adalah pembacaan doa (79,2 persen). Selain itu, juga dilakukan pembacaan doa (12,7 persen) dan selebihnya melakukan pembacaan syahadat/shalawat/barjanji, pengajian, dan gunting rambut anak yang disunat (8,1 persen). Berdasarkan petugas yang melakukan praktik P2GP, upacara khusus keagamaan banyak dilakukan keluarga yang melakukan P2GP pada anaknya yang dibantu oleh tenaga tradisional dibanding dengan tenaga medis.

Tabel 5.11 Jenis Upacara Khusus Kegamaan dalam Praktik P2GP Berdasarkan Tempat Tinggal

Jenis Upacara Keagamaan	Perkotaan		Pedesaan		Total	
	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen
Pembacaan doa	780	47,3	2.403	66,7	3.183	60,6
Pembacaan Al Qur'an	172	10,4	339	9,4	511	9,7
Baca Syahadat/Shalawat/ Barjanji	18	1,1	1	0,0	19	0,4
Pengajian	45	2,7	231	6,4	276	5,3
Gunting rambut	11	0,7	5	0,1	16	0,3
Lainnya	1	0,1	15	0,4	16	0,3
Tidak ada upacara khusus keagamaan	823	49,9	1.144	31,8	1.967	37,5
Total	1.648	100,0	3.603	100,0	5.251	100,0

Sumber: Survei P2GP, PSKK UGM, 2017

Praktik P2GP yang dilakukan oleh tenaga tradisional dan diikuti upacara keagamaan sebanyak 75,9 persen atau 2.491 anak, sedangkan tenaga medis hanya 24,1 persen (793 anak). Hal ini menarik karena keluarga yang melakukan P2GP yang dibantu oleh tenaga medis tetap diikuti dengan upacara keagamaan, artinya ritual keagamaan tetap dijalankan meskipun praktik P2GP dilakukan oleh tenaga medis. Jenis upacara keagamaan yang dilakukan sebagai rangkaian dalam praktik P2GP, diketahui paling banyak adalah pembacaan doa yang mencapai 60,6 persen. Berikutnya adalah pembacaan Al Quran (9,7 persen) dan pengajian (5,3 persen). Jika dibedakan menurut lokasi tempat tinggal rumah tangga terlihat terbanyak dilakukan di perdesaan adalah pembacaan doa (66,7 persen), sedangkan perkotaan tidak berbeda menunjukkan perbedaan yaitu pembacaan doa (47,3 persen).

Upacara keagamaan jika dibedakan berdasarkan petugas yang melakukan P2GP, terbanyak juga pembacaan doa baik yang dilakukan oleh tenaga medis maupun tenaga tradisional. Pembacaan doa yang dilakukan pada saat melakukan P2GP yang dibantu oleh tenaga tradisional mencapai 75,3 persen dan tenaga medis sebanyak 37,3 persen. Artinya pembacaan banyak dilakukan ketika melakukan P2GP, terlepas siapapun petugas yang melakukannya.

Tabel 5.12 Jenis Upacara Khusus Kegamaan Menurut Petugas yang Melakukan P2GP

Jenis Upacara Keagamaan	Tenaga yang Melakukan P2GP							Total	Persen
	Tenaga Medis		Tradisional		Tidak Tahu				
	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen			
Pembacaan doa	753	37,3	2.430	75,3	0	0,0	3.183	60,6	
Pembacaan Al Qur'an	107	5,3	404	12,52	0	0	511	9,73	
Baca Syahadat/Shalawat/Barjanji	3	0,2	268	8,3	0	0,0	271	5,2	
Pengajian	0	0,0	5	0,2	0	0,0	5	0,1	
Gunting rambut	10	0,5	6	0,2	0	0,0	16	0,3	
Lainnya	4	0,2	12	0,4	0	0,0	16	0,3	
Tidak ada upacara khusus keagamaan	1.224	60,7	737	22,8	6	100,0	1.967	37,5	
Total	2.017	100,0	3.228	100,0	6	100,0	5.251	100,0	

Sumber: Survei P2GP, PSKK UGM, 2017

Keterangan: Jenis upacara keagamaan hanya ditampilkan jawaban dan persentase yang menjawab Ya (bentuk pertanyaan adalah multiple response)

Selain alasan agama, praktik P2GP juga didasarkan pada tradisi yang diwariskan secara turun temurun di Indonesia. Seperti telah diulas pada pembahasan sebelumnya bahwa petugas praktik P2GP yang banyak dipilih adalah tenaga tradisional/dukun untuk membantu melakukan P2GP. Apabila dikaitkan dengan tradisi masyarakat, pemilihan praktik tradisional tersebut untuk membantu P2GP memiliki alasan. Seperti temuan dari Budiharsana, et.al (2003) yang melakukan penelitian praktik P2GP di Indonesia yang menghasilkan temuan bahwa praktik P2GP adalah sebuah tradisi, sehingga memerlukan prosedur tradisional termasuk doa. Prosedur tradisional tersebut hanya bisa dilakukan oleh penyedia tradisional, sedangkan tenaga medis tidak dapat melakukannya. Sebagai contoh di Gorontalo dan Bone, pengobatan terhadap praktik P2GP membutuhkan waktu yang agak lama dan praktik P2GP dianggap sebagai praktik ritual yang hanya dukun yang mengetahui bagaimana melakukannya. Pengetahuan yang dimiliki oleh dukun tersebut didapatkan secara turun temurun dari keluarga mereka.

Tabel 5.13 Rumah Tangga Melakukan Upacara Tradisional dalam P2GP Menurut Tempat Tinggal

Upacara Tradisional	Perkotaan	Perse	Pedesaan	Perse	Total	Perse
	n	n	n	n	l	n
Melakukan Upacara Tradisional	645	39,1	2.264	62,8	2.909	55,4
Tidak Melakukan Upacara Tradisional	988	60,0	1.331	36,9	2.319	44,2
Tidak Tahu	15	0,9	8	0,2	23	0,4
Total	1.648	100,0	3.603	100,0	5.251	100,0

Sumber: Survei P2GP, PSKK UGM, 2017

Hasil Survei P2GP 2017 memperlihatkan, bahwa mayoritas keluarga melakukan upacara tradisional pada saat melakukan P2GP pada anak perempuannya tercatat sebanyak 55,4 persen atau 2.909 anak. Sedangkan rumah tangga yang tidak melakukan upacara tradisional diketahui sebanyak 44,2 persen atau 2.319 anak. Fakta ini menunjukkan bahwa upacara keagamaan lebih banyak dipraktikkan oleh rumah tangga yang melakukan P2GP dibandingkan dengan upacara tradisional. Apabila dibedakan upacara tradisional yang dilakukan oleh rumah tangga berdasarkan lokasi tempat tinggal, maka terlihat upacara tradisional lebih banyak dilakukan di perdesaan dibandingkan dengan perkotaan. Rumah tangga yang

tinggal di perdesaan diketahui sebanyak 62,8 persen melakukan upacara tradisional, sementara yang tinggal di perkotaan hanya sebanyak 39,1 persen.

Rumah tangga yang tidak melakukan upacara tradisional sebagai bagian dari prosesi P2GP paling banyak anaknya dibantu oleh tenaga medis. Dari sebanyak 2.319 anak yang mengalami P2GP dan tidak melakukan upacara tradisional, diketahui sebanyak 1.400 anak atau 60,4 persen praktik P2GP dilakukan oleh tenaga medis. Hasil ini memperkuat temuan dari Budiharsana, et.al (2003), dimana praktik P2GP adalah tradisi yang memerlukan prosedur tradisional dan hal itu hanya bisa dilakukan oleh penyedia tradisional. Oleh karena itu upacara tradisional tidak banyak dilakukan oleh tenaga medis dibandingkan dengan tenaga tradisional. Jika dibandingkan dengan upacara keagamaan, angka yang ditunjukkan pada upacara tradisional lebih rendah. Kesimpulan yang bisa dihasilkan berdasarkan hasil Survei P2GP 2017 ini adalah alasan agama masih lebih kuat dibandingkan dengan tradisional untuk melakukan P2GP.

Tabel 5.14 Rumah Tangga Melakukan Upacara Tradisional Menurut Petugas yang Melakukan P2GP

Upacara Khusus Tradisional	Tenaga yang Melakukan P2GP						Total	Persen
	Tenaga Medis		Tradisional		Tidak Tahu			
	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen		
Melakukan Upacara Tradisional	605	30,0	2.302	71,3	2	33,3	2.909	55,4
Tidak Melakukan Upacara Tradisional	1.400	69,4	918	28,4	1	16,7	2.319	44,2
Tidak Tahu	12	0,6	8	0,3	3	50,0	23	0,4
Jumlah	2.017	100,0	3.228	100,0	6	100,0	5.251	100,0

Sumber: Survei P2GP, PSKK UGM, 2017

Upacara tradisional yang menggiringi prosesi P2GP saat beragam dan berbeda antar daerah di Indonesia karena dipengaruhi oleh tradisi yang berkembang di masyarakat. Dalam kegiatan upacara tradisional, jenis acara yang dilakukan biasanya tidak hanya satu kegiatan saja tetapi terdiri dari beberapa jenis karena merupakan sebuah rangkaian acara adat. Mayoritas upacara tradisional dalam praktik P2GP adalah kenduri/selamatan yaitu sebanyak 46,6 persen. Berikutnya adalah pemakaian baju adat untuk anak perempuan (18,9 persen), mandi lemon

(11,9 persen), dan anak dimandikan dengan kembang tujuh rupa (11,8 persen). Kenduri/selamatan telah menjadi tradisi yang berkembang diberbagai daerah di Indonesia, hal ini ditunjukkan dari hasil Survei P2GP 2017 bahwa kenduri/selamatan tersebut dilakukan disemua lokasi penelitian.

Tabel 5.15 Jenis Upacara Tradisional dalam P2GP Menurut Tempat Tinggal

JenisUpacaraTradisional	Perkotaan		Pedesaan		Total	
	Jumlah	Perse n	Jumlah	Perse n	Jumla h	Perse n
Kenduri/selamatan	568	34,5	1.869	51,9	2.437	46,4
Dimandikankembangtujuhru pa dan kelengkapannya	27	1,6	592	16,4	619	11,8
Dirias dan di arak keliling	1	0,1	428	11,9	429	8,2
Penguburanpotongan clitoris	15	0,9	68	1,9	83	1,6
Mandi lemon	2	0,1	622	17,3	624	11,9
Tepukmayang dan pecahtelur	2	0,1	575	16,0	577	11,0
Pemakaian baju adat	87	5,3	903	25,1	990	18,9
Diusapgulamerah / ramuanlainnya	0	0,0	18	0,5	18	0,3
Pemberian ang pao	9	0,5	511	14,2	520	9,9
Dimandikandengandoa dan ramuan	19	1,2	171	4,7	190	3,6
Tepungtawar	0	0,0	27	0,7	27	0,5
Injakpiring	0	0,0	72	2,0	72	1,4
SaulaMaco'bo	95	5,8	218	6,1	313	6,0
Lainnya	3	0,2	16	0,4	19	0,4
Tidakmelakukanupacaratradisi onal	1.003	60,9	1.339	37,2	2.342	44,6
Jumlah	1.648	100,0	3.603	100,0	5.251	100,0

Sumber: Survei P2GP, PSKK UGM, 2017

Upacara tradisional berdasarkan lokasi tempat tinggal diketahui lebih banyak dilakukan di perdesaan dibandingkan dengan perkotaan, yakni masing-masing sebanyak 68,6 persen dan 31,4 persen. Upacara adat yang paling banyak dilakukan, baik di perdesaan maupun perkotaan adalah kenduri selamatan yakni 51,9 persen dan 34,5 persen. Berikutnya adalah pemakaian baju adat, di perdesaan sebanyak 25,1 persen sedangkan di perkotaan cukup rendah hanya 5,3 persen. Upacara tradisional lainnya adalah mandi lemon (17,3 persen) dan anak dimandikan dengan kembang tujuh rupa dan kelengkapannya (16,4 persen) yang keduanya dilakukan oleh rumah tangga di perdesaan. Sedangkan di perkotaan,

kedua jenis upacara tradisional tersebut hanya dilakukan oleh kurang dari dua persen rumah tangga.

Berdasarkan petugas yang melakukan praktik P2GP, jenis upacara tradisional paling banyak dilakukan adalah kenduri/selamatan baik pada tenaga tradisional (57,6 persen) maupun tenaga medis (28,6 persen). Jenis upacara tradisional berikutnya yang banyak dilakukan ketika anak mengalami P2GP yang dibantu oleh tradisional adalah pemakaian baju adat (30,6 persen), sedangkan tenaga medis terbanyak kedua adalah dimandikan dengan doa dan diberikan ramuan yang mencapai 2,4 persen. Hasil ini memperlihatkan bahwa anak yang mengalami P2GP pada tenaga medis tetap dilakukan upacara tradisional, meskipun secara absolut jumlahnya lebih rendah daripada tenaga tradisional.

Tabel 5.16 Jenis Upacara Tradisional dalam P2GP Menurut Petugas P2GP

JenisUpacaraTradisional	Tenaga yang Melakukan P2GP						Total	Persen
	Tenaga Medis		Tradisional		TidakTahu			
	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen		
Kenduri/selamatan	576	28,56	1.859	57,59	2	33,33	2.437	46,41
Dimandikankembangtujurupa dan kelengkapannya	33	1,64	586	18,15	0	0	619	11,79
Dirias dan di arak keliling	1	0,05	428	13,26	0	0	429	8,17
Penguburanpotongan clitoris	19	0,94	64	1,98	0	0	83	1,58
Mandi lemon	1	0,05	623	19,3	0	0	624	11,88
Tepukmayang dan pecahtelur	0	0	577	17,87	0	0	577	10,99
Pemakaian baju adat	3	0,15	987	30,58	0	0	990	18,85
Diusapgulamerah / ramuanlainnya	1	0,05	17	0,53	0	0	18	0,34
Pemberian ang pao	10	0,5	510	15,8	0	0	520	9,9
Dimandikandengandoa dan ramuan	48	2,38	142	4,4	0	0	190	3,62
Tepungtawar	16	0,79	11	0,34	0	0	27	0,51
Injakpiring	0	0	72	2,23	0	0	72	1,37
SaulaMaco'bo	0	0	313	9,7	0	0	313	5,96
Lainnya	5	0,25	14	0,43	0	0	19	0,36
Tidakmelakukanupacaratradisional	1.412	70,0	926	28,7	4	66,7	2.342	44,6
Jumlah	2.017	100,0	3.228	100,0	6	100,0	5.251	100,0

Sumber: Survei P2GP, PSKK UGM, 2017

Keterangan: Jenis upacara tradisional hanya ditampilkan jawaban dan persentase yang menjawab Ya (bentuk pertanyaan adalah multiple response)

5.2.7 Teknik P2GP

P2GP didefinisikan sebagai praktik menghilangkan sebagian atau keseluruhan bagian luar genital wanita atau melukai organ kelamin perempuan karena alasan non-medis (WHO, 2008). P2GP merupakan masalah kesehatan reproduksi dan hak asasi manusia yang telah menghancurkan kehidupan perempuan dan anak perempuan, baik dalam jangka pendek maupun jangka panjang. Mutilasi alat kelamin perempuan tampaknya digunakan sebagai alat untuk mengendalikan seksualitas perempuan dan terkait dengan pelanggaran lainnya berdasarkan norma patriarki dan gender, seperti pernikahan anak-anak dan perkawinan paksa, perkosaan dan kekerasan pasangan intim (Majelis Umum Dewan Hak Asasi Manusia, United Nation, 2015). Praktik P2GP, baik karena alasan budaya maupun alasan non-terapeutik lainnya, melanggar Konvensi Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi Melawan Wanita (CEDAW) dan Konvensi Menentang Penyiksaan dan Perlakuan atau Hukuman Lainnya yang Kejam, Tidak Manusiawi atau Merendahkan Martabat Manusia (Program Aksi ICPD tahun 1994, 4.22) (*United Nations*, 1995).

Teknik P2GP oleh WHO telah dibuat klasifikasi yang terdiri atas empat tipe. Dalam penelitian P2GP ini, teknik P2GP mengacu pada klasifikasi yang dibuat oleh WHO tersebut. Jumlah anak perempuan usia 0-11 tahun yang telah mengalami P2GP hasil survei ini tercatat sebanyak 5.241 anak. Survei P2GP 2017 ini menemukan beberapa tipe P2GP yang tidak termasuk ke dalam salah satu klasifikasi yang telah dibuat oleh WHO. Temuan dari survei ini antara lain adalah.

1. memotong sebagian klitoris dan preputiumnya (*prepuce*)
2. menggores atau mengkorek bagian uretra (*urethral opening*),
3. hanya simbolis saja tanpa perlukaan

Hasil survei ternyata menunjukkan bahwa tipe P2GP yang paling banyak adalah Tipe 4 mencapai 33,2 persen (1.743 anak) dan merupakan salah satu tipe WHO. Tipe P2GP berikutnya adalah Tipe 1a sebesar 31,8 persen atau 1.699 anak dan memotong sebagian klitoris dan preputiumnya (*prepuce*) yang mencapai 28,1

persen (1.473 anak) dan merupakan hasil temuan Survei P2GP 2017. Tipe P2GP hasil temuan survei lainnya yaitu menggores atau mengkorek bagian uretra (*urethral opening*) sebanyak 5,7 persen (300 anak) dan hanya simbolis saja tanpa perlukaan mencapai 1,2 persen (62 anak). Hasil ini menunjukkan bahwa selain ditemukannya tipe P2GP menurut klasifikasi dari WHO, ada beberapa tipe sunat yang tidak dapat dimasukkan ke dalam salah satu tipe yang telah dibuat oleh WHO tersebut. Artinya Variasi tipe P2GP di Indonesia lebih beragam dari yang sudah diketahui oleh masyarakat internasional yang mengacu pada klasifikasi WHO.

Tabel 5.17 Tipe P2GP Hasil Survei

Tipe P2GP	Tenaga yang Melakukan P2GP						Total	Persen
	Tenaga Medis		Tradisional		TidakTahu			
	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen		
Tipe P2GP Menurut WHO								
Tipe 1a	917	45,5	749	23,2	3	50,0	1.669	31,8
Tipe 4	613	30,4	1.129	35,0	1	16,7	1.743	33,2
Tipe P2GP TemuanSurvei								
Memotongsebagia nklitoris dan preputiumnya(<i>prepuce</i>)	370	18,3	1.101	34,1	2	33,3	1.473	28,1
Menggoresataume ngkorekbagianure tra(<i>urethral opening</i>)	74	3,7	226	7,0	0	0,0	300	5,7
Simbolissajatanpa perlukaan	40	2,0	22	0,7	0	0,0	62	1,2
TidakTahu	3	0,2	1	0,0	0	0,0	4	0,1
Jumlah	2.017	100,0	3.228	100,0	6	100,0	5.251	100,0

Sumber: Survei P2GP, PSKK UGM, 2017

Temuan Survei P2GP ini sejalan dengan hasil penelitian lainnya yang pernah dilakukan tentang P2GP di Indonesia, terutama tipe P2GP yang banyak dipilih. Seperti temuan dari penelitian oleh Budiharsana, et.al (2003), Uddin, et.al. (2010), dan Habsjah (2013), tipe P2GP yang dipraktikkan di Indonesia diklasifikasikan sebagai tipe 1 dan tipe 4 menurut klasifikasi WHO. Pada 2010 Uddin, et.al. juga menegaskan bahwa 44 persen rumah sakit dan klinik di seluruh Indonesia mempraktikkan P2GP Tipe 1, sedangkan 56 persen lainnya mempraktikkan P2GPTipe 4.

5.2.8 Alat dan Obat/Ramuan yang Digunakan dalam Praktik P2GP

Sebelum melakukan praktik P2GP, petugas mempersiapkan peralatan dan obat/ramuan terlebih dahulu. Alat yang banyak digunakan untuk melakukan P2GP berdasarkan hasil adalah pisau/cutter/silet yang mencapai 59,6 persen. Alat lain yang juga cukup banyak digunakan adalah gunting sebanyak 20,6 persen, jarum (tujuh persen), dan pinset/klem (2,7 persen). Beberapa jenis alat yang digunakan untuk melakukan praktik P2GP diluar kewajaran dan bisa menimbulkan rasa sakit pada anak melebihi alat seperti (pisau/gunting), yaitu koin (1,1 persen), ceker/jengger ayam (0,8 persen), sembilu/bambu (0,6 persen), dan kuku jari (0,5 persen).

Tabel 5.18 Jenis Alat yang Digunakan untuk Melakukan P2GP

Jenis Alat untuk Melakukan P2GP	Tenaga yang Melakukan P2GP						Total	Persen
	Tenaga Medis		Tradisional		Tidak Tahu			
	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen		
Pisau/cutter/silet	618	30,6	2.509	77,7	0	0,0	3.127	59,6
Gunting	864	42,8	215	6,7	1	16,7	1.080	20,6
Jarum	211	10,5	156	4,8	0	0,0	367	7,0
Sembilu/bambu	2	0,1	28	0,9	0	0,0	30	0,6
Kuku jari	1	0,1	25	0,8	0	0,0	26	0,5
Kunyit	2	0,1	11	0,3	0	0,0	13	0,3
Kapas	49	2,4	29	0,9	0	0,0	78	1,5
Kasa	25	1,2	0	0,0	0	0,0	25	0,5
Pinset/klem	86	4,3	54	1,7	0	0,0	140	2,7
Koin	0	0,0	60	1,9	0	0,0	60	1,1
Ceker/jengger ayam	1	0,1	43	1,3	0	0,0	44	0,8
Pemotong kuku	4	0,2	8	0,3	0	0,0	12	0,2
Lainnya	0	0,0	10	0,3	0	0,0	10	0,2
Tidak Tahu	154	7,6	80	2,5	5	83,3	239	4,6
Jumlah	2.017	38,4	3.228	61,5	6	0,1	5.251	100,0

Sumber: Survei P2GP, PSKK UGM, 2017

Keterangan: Jenis alat untuk melakukan praktik P2GP hanya ditampilkan jawaban dan persentase yang menjawab Ya (bentuk pertanyaan adalah multiple response)

Alat untuk menyunat bisa juga dibedakan menurut petugas yang melakukan praktik P2GP, dan penggunaan pisau/cutter/silet lebih banyak dipakai oleh tenaga tradisional sebanyak 80,2 persen dan tenaga medis 19,8 persen. Pemakaian alat terbanyak kedua yaitu gunting berkebalikan dengan pisau/cutter/silet, dimana

lebih banyak tenaga medis yang menggunakannya (80 persen) dan tenaga tradisional hanya 19,9 persen. Sementara jenis alat untuk melakukan praktik P2GP yang unik lebih banyak dipakai oleh tenaga tradisional dibanding tenaga medis.

Penggunaan alat untuk melakukan praktik P2GP biasanya dilengkapi dengan menyiapkan obat atau ramuan tertentu. Berdasarkan hasil Survei P2GP 2017 diketahui jenis obat atau ramuan yang paling banyak digunakan adalah alkohol/betadine/antiseptik lainnya yaitu sebanyak 32,3 persen. P2GP yang sangat erat terkait dengan tradisi masyarakat juga ditunjukkan dari jenis obat atau ramuan yang digunakan yaitu rempah/ramuan tradisional lainnya yang mencapai 11,5 persen. Selain itu ada juga yang menyiapkan air kembang (10,6 persen), air yang telah diberi doa (9,7 persen), dan kunyit (9,1 persen) yang kesemuanya itu sangat erat hubungannya dengan tradisi masyarakat.

Tabel 5.19 Jenis Obat/Ramuan yang Disiapkan Saat Proses P2GP

JenisObat/Ramuan	Tenaga yang Melakukan P2GP						Total	Persen
	Tenaga Medis		Tradisional		TidakTahu			
	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen		
Kunyit	12	0,6	617	19,1	0	0	629	12,0
Air kembang	4	0,2	729	22,6	0	0	733	14,0
Air yang sudahdiberidoa (jampi-jampi)	10	0,5	656	20,3	0	0	666	12,7
Rempah/ramuantradisionallainnya	6	0,3	786	24,4	0	0	792	15,1
Alkohol, betadine, dan antiseptik lain	1.530	75,9	689	21,3	1	16,7	2.220	42,3
Obat-obatanmedislainnya	68	3,4	10	0,3	0	0	78	1,5
Minyak (minyakkelapa, minyak goreng, kayuputih)	5	0,3	94	2,9	0	0	99	1,9
Air kelapa	1	0,1	43	1,3	0	0	44	0,8
Lainnya	3	0,2	24	0,7	0	0	27	0,5
TidakTahu/TidakIngat	142	7,0	99	3,1	4	66,7	245	4,7
TidakDiberikanRamuan/Obatapapun	306	15,2	1.043	32,3	1	16,7	1.350	25,7
Jumlah	2.017	38,4	3.228	61,5	6	0,1	5.251	100,0

Sumber: Survei P2GP, PSKK UGM, 2017

Keterangan: Jenis obat untuk melakukan praktik P2GP hanya ditampilkan jawaban dan persentase yang menjawab Ya (bentuk pertanyaan adalah multiple response)

Jenis obat/ramuan yang disiapkan saat proses P2GP seperti diketahui paling banyak adalah alkohol/betadine/antiseptik. Jika dibedakan menurut petugas yang melakukan P2GP, paling banyak memilih alkohol/betadine/antiseptik adalah tenaga medis dibandingkan tenaga tradisional. Tenaga medis yang menggunakannya sebanyak 68,9 persen dan tenaga tradisional hanya 21,1 persen. Sedangkan penggunaan rempah/ramuan lebih banyak dipilih tenaga tradisional dibandingkan tenaga medis, karena hampir semua tenaga tradisional menggunakannya. Demikian juga dengan pemakaian air kembang, air yang telah diberi doa, dan kunyit hanya dilakukan oleh tenaga tradisional.

5.2.9 Keluhan/Masalah Kesehatan Setelah Anak Mengalami P2GP

P2GP dari aspek kesehatan memiliki beberapa dampak yang dialami oleh anak, diantaranya adalah infeksi, perdarahan, demam, pusing, mual, atau sakit/nyeri waktu buang air kecil. Hasil Survei P2GP menunjukkan keluhan/masalah yang dirasakan oleh anak setelah mengalami P2GP sebagaimana disampaikan oleh ibu dari anak perempuan tersebut secara absolut jumlahnya cukup besar yaitu 199 anak. Keluhan yang paling banyak diungkapkan adalah sakit/nyeri waktu buang air kecil sebanyak 68,2 persen atau 199 anak. Anak yang mengalami sakit/nyeri waktu buang air kecil rata-rata dialami selama dua hari. Keluhan atau masalah kesehatan berikutnya adalah demam yang dialami oleh 81 anak (27,7 persen) dengan rata-rata tiga hari mengalami demam tersebut.

Tabel 5.20 Keluhan/Masalah Kesehatan Setelah Dilakukan P2GP pada Anak Perempuan

Keluhan/Masalah Kesehatan	Ada Keluhan/Masalah Kesehatan		Tidak ada Keluhan/Masalah Kesehatan		Tidak Tahu		Total	Persen	Rata-rata Hari
	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen			
Infeksi	2	0,0	5.235	99,7	14	0,3	5.251	100,0	2
Perdarahan	5	0,1	5.232	99,6	14	0,3	5.251	100,0	1
Demam	81	1,5	5.156	98,2	14	0,3	5.251	100,0	2
Pusing	2	0,0	5.235	99,7	14	0,3	5.251	100,0	3
Mual	3	0,1	5.234	99,7	14	0,3	5.251	100,0	3
Sakit/nyeri waktu buang air kecil	199	3,8	5.038	95,9	14	0,3	5.251	100,0	2

Sumber: Survei P2GP, PSKK UGM, 2017

5.2.10 Dampak Psikologis pada Anak Perempuan Setelah P2GP

Selain bisa menimbulkan keluhan/masalah kesehatan, P2GP juga bisa berdampak secara psikologis pada anak. Temuan dari Survei P2GP 2017 memperlihatkan bahwa dari 5.521 anak perempuan yang mengalami P2GP, mayoritas ibu dari anak perempuan menyatakan tidak ada dampak psikologis yang ditimbulkan sebagai akibat P2GP yaitu sebanyak 97,7 persen atau 5.130 anak. Sementara anak yang mengalami dampak psikologis mencapai 1,8 persen atau 93 anak. Dampak lainnya adalah mimpi buruk, takut pergi ke fasilitas kesehatan, takut dengan alat medis, dan takut dengan air. Meskipun secara relatif jumlah anak perempuan yang mengalami dampak psikologis yang diakibatkan oleh praktik P2GP tidak besar, namun secara absolut jumlah tersebut cukup besar. Artinya anak perempuan yang telah mengalami P2GP tersebut mengalami gangguan psikologis dan perlu mendapatkan perhatian.

Tabel 5.21 Persepsi Ibu tentang Adanya Dampak Psikologis P2GP Pada Anak Perempuan yang Mengalami P2GP

DampakPsikologis	Jumlah	Persen
Mimpiburuk	5	0,10
Takutdengantenagamedis/dukun	82	1,56
Takutpergikefasilitaskesehatan	3	0,06
Takutdenganalat-alatmedis	2	0,04
Takutdengan air	1	0,02
Tidak Ada DampakPsikologis	5.130	97,70
TidakTahu	28	0,53
Total N	5.251	100,00

Sumber: Survei P2GP, PSKK UGM, 2017

Bab 6

Praktik Sunat Perempuan pada Tenaga Kesehatan

Berdasarkan pandangan WHO, praktik P2GP sama sekali tidak boleh dilakukan oleh tenaga kesehatan (WHO, 1997). Pada salah satu dokumen yang dikeluarkan oleh WHO di Genewa pada tahun 1996, menyebutkan bahwa “*P2GP tidak boleh dilembagakan dan pelayanan P2GP dalam bentuk apapun tidak boleh diberikan oleh petugas kesehatan di lingkungan manapun.*” (WHO, 1996). Sepuluh tahun kemudian, yaitu pada tahun 2006, berpijak pada dokumen tersebut, Pemerintah Indonesia telah membuat kebijakan untuk melarang praktik P2GP. Namun, Majelis Ulama Indonesia meminta pemerintah mengkaji ulang kebijakan tersebut terkait adanya unsur tradisi yang kuat didalam praktik P2GP tersebut. Upaya MUI untuk mendesak Pemerintah Indonesia menghasilkan dikeluarkannya kebijakan baru yaitu Peraturan Menteri Kesehatan No 13636/MENKES/PER/XI/2010. Peraturan tersebut berisi prosedur pelaksanaan P2GP yang dilakukan oleh tenaga kesehatan. Dalih dari medikalisasi P2GP ini adalah untuk mengurangi resiko dan dampak dari P2GP yang dilakukan oleh para dukun tradisional. Prosedur yang dianggap aman oleh Permen tersebut adalah ketika P2GP dilakukan dengan cara menggores kulit yang menutupi bagian depan klitoris tanpa melukai klitoris dengan menggunakan jarum steril.¹

Peraturan menteri tentang medikaliliasi ini menjadi landasan bagi legalisasi praktik P2GP yang dilakukan oleh tenaga kesehatan. Bahkan, medikalisasi ini ditengarai menjadi salah satu faktor yang berkontribusi terhadap naiknya jumlah praktik P2GP di Indonesia (Feilard dan Marcoes, 1998). Hal ini tampak pada meningkatnya jumlah petugas kesehatan yang dilatih untuk melakukan P2GP

¹“Lakukan goresan pada kulit yang menutupi bagian depan klitoris (*frenulum clitoris*) dengan menggunakan ujung jarum steril sekali pakai berukuran 20G-22G dari sisi mukosa ke arah kulit, tanpa melukai klitoris” (Pasal 4 ayat 2 (huruf g)).

antara tahun 1996 hingga tahun 2002 (Fillard dan Marcoes, 1998; Adrina et al, 1998; Rahman, 1999, Budiharsana, et.al, 2003).

Di Indonesia, praktik P2GP masih dilakukan, baik secara modern maupun tradisional (Pop Council, 2013). Petugas kesehatan serta dukun merupakan pemberi pelayanan utama P2GP (Jawson, 2015). Pemberi pelayanan P2GP modern pada umumnya adalah bidan dan sebagian kecil perawat. Sementara itu, P2GP secara tradisional dilakukan oleh dukun sunat atau dukun bayi. Dalam bahasa daerah, dukun sunat atau dukun bayi ini dikenal dengan sebutan paraji, Mak berang, hulango, biang, beliang dan lain sebagainya. Dalam hal ini, memahami pengetahuan, persepsi dan praktik sunat dari para pelaku utama P2GP secara langsung merupakan hal yang penting untuk dilakukan. Pada bab 6 ini akan dijelaskan hasil studi dan temuan-temuan tentang Pengetahuan dan Sikap Tenaga Kesehatan Terhadap P2GP dan Praktik P2GP meliputi type sunat yang dilakukan, peralatan dan obat-obatan yang digunakan, biaya dan retribusi sunat serta harapan petugas kesehatan terkait keberlangsungan P2GP.

Studi P2GP di Indonesia ini, melibatkan 60 tenaga kesehatan (bidan dan perawat) dan 26 dukun tradisional yang mempraktikkan P2GP sebagai responden yang diwawancarai dengan menggunakan kuesioner. Petugas kesehatan yang diwawancarai adalah bidan dan perawat, sementara dukun yang diwawancarai adalah dukun bayi atau dukun sunat yang memberikan pelayanan P2GP. Sebanyak satu petugas kesehatan atau dukun tradisional diambil perkecamatan. Pencarian responden dilakukan dengan cara *purposive* dengan syarat responden yang dipilih adalah yang paling banyak dijadikan tempat melakukan P2GP bagi responden rumah tangga di kecamatan tersampling.

Dari tabel 6.1 profil responden di atas, agama yang dianut oleh responden pada umumnya adalah Agama Islam. Untuk responden dukun, seluruhnya beragama Islam. Terdapat dua orang bidan/perawat yang beragama Kristen. Kondisi ini seiring dengan temuan studi terhadap rumah tangga di bab sebelumnya yang menemukan bahwa praktik P2GP dilakukan dan erat kaitannya ajaran Agama Islam. Sehingga petugas kesehatan yang melakukan P2GP juga beragama Islam.

Tidak ada informasi lebih jauh mengenai praktik yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang beragama Kristen di studi ini.

Tabel 6.1 Profil Sosio Demografi Responden Tenaga Kesehatan

Profil Tenaga Kesehatan		Tipe Tenaga Kesehatan			
		Bidan/Perawat		Dukun	
		Jumlah	Persen	Jumlah	Persen
Agama					
	Islam	59	98,7	26	100,0
	Kristen	2	3,3	0	0,0
Tingkat Pendidikan					
	Pendidikan Kebidanan	55	91,7	0	0,0
	Keperawatan	4	6,7	0	0,0
	Sarjana Kesehatan Mas	1	1,7	0	0,0
	SD	0	0,0	20	76,9
	Tidaksekolah	0	0,0	6	23,1
Organisasi Keagamaan					
	NU (Nahdhatul Ulama)	22	37,9	16	61,5
	Muhamadiyah	5	8,6	0	0,0
	Nahdhatul Watan	1	1,7	0	0,0
	Jama'ah Tarekat Qodariyah	0	0,0	1	3,9
	Tidak Mengacu Organisasi	30	51,7	9	34,6
<i>* Keterangan: 2 responden bidan beragama Kristen</i>					
Tempat Pelayanan Sunat					
	Rumah Sakit	1	0,8	0	0,0
	Puskesmas/Pustu	39	29,8	3	7,5
	Polindes	22	16,8	1	2,5
	Tempat praktik	28	21,4	1	2,5
	Rumah responden	21	16,0	10	25,0
	Rumah pasien	20	15,3	25	62,5
<i>* Multiple Response</i>					
Jumlah		60	66,8	26	30,2

Sumber: Survei P2GP, PSKK UGM, 2017

Tingkat pendidikan para bidan/perawat semuanya telah lulus dari pendidikan kebidanan dan keperawatan. Sedangkan untuk dukun, pada umumnya mereka memiliki tingkat pendidikan yang rendah, yaitu SD, bahkan terdapat enam orang atau 23,1 persen tidak sekolah. Untuk organisasi keagamaan, responden bidan/perawat sebagian besar mengaku tidak mengacu pada organisasi keagamaan manapun (51,7 persen). Sementara bagi mereka yang aktif berorganisasi, pada umumnya mereka berasosiasi ke organisasi Nahdhatul Ulama (37,9 persen) dan Muhammadiyah (8,6 persen).

Terkait informasi mengenai tempat pemberian pelayanan sunat, dapat digambarkan secara singkat bahwa ternyata petugas kesehatan tidak hanya

melakukan di satu tempat. Mereka bisa melakukan pelayananan P2GP di beberapa tempat tergantung situasi dan kondisi. Frekuensi pelayanan P2GP yang dilakukan oleh bidan/perawat paling banyak dilakukan di Puskesmas/Pustu (39 responden), tempat praktik bidan/perawat (28 responden), polindes (28 responden), rumah responden (21 responden), rumah pasien (20 orang) dan hanya satu orang yang melakukan praktik di rumah sakit. Sementara itu, untuk responden dukun, ternyata sebagian besar mereka melakukan sunat di rumah pasien (25 responden) dan rumah responden (10 responden). Selebihnya mereka pernah melakukan di Puskesmas (tiga responden), Polindes (satu orang), dan tempat praktik dukun (satu orang).

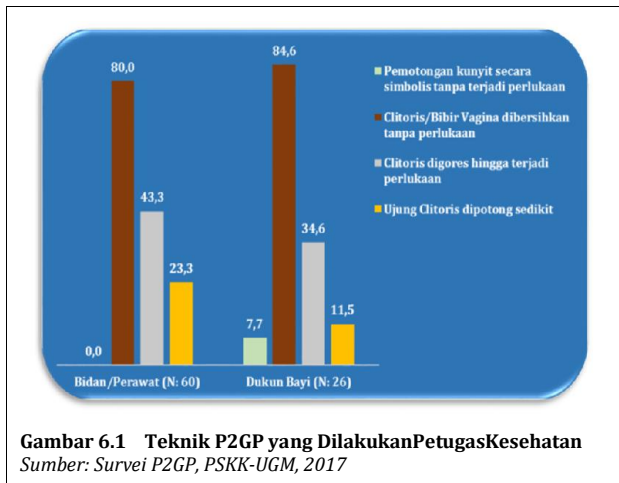
6.1. Praktik P2GP oleh Tenaga Kesehatan

Doucet dkk (2017) melakukan studi literatur intensif dengan merangkum 10 studi yang dilakukan di 5 negara yang memiliki prevalensi P2GP yang tinggi (Mesir, Sudan, Kenya, Nigeria dan Gambia) dan di 4 negara (Inggris, Belgia, Australia dan Amerika Serikat) di mana P2GP bukan menjadi bagian dari norma sosial akan tetapi negara-negara ini. Tujuan penelitian Doucet dkk (2017) adalah untuk melihat alasan tenaga kesehatan dalam melakukan praktik P2GP. Alasan utama yang disampaikan oleh tenaga kesehatan yang melakukan praktik P2GP adalah (1) keyakinan bahwa tindakan mereka akan mengurangi risiko bagi anak perempuan atau perempuan perempuan dewasa, dibandingkan bila praktik itu dilakukan oleh seorang praktisi tradisional; (2) alasan budaya; (3) untuk memperoleh pemasukan dalam bentuk uang; (4) menanggapi permintaan keluarga dan anggota masyarakat. Sementara itu tenaga kesehatan yang tidak melakukan praktik P2GP mengatakan bahwa (1) mereka menganggap P2GP sebagai praktik yang buruk; (2) mereka khawatir dengan dampak P2GP terhadap kesehatan anak perempuan dan perempuan dewasa; dan (3) mereka khawatir akan sanksi hukum yang mungkin timbul akibat melakukan P2GP.

Dalam survei P2GP di Indonesia ini salah satu tujuannya untuk mengetahui profil penyedia pelayanan P2GP dalam hal ini adalah bidan/perawat dan dukun. Sebagaimana diketahui, Indonesia termasuk salah satu negara yang sebagian masyarakatnya masih memiliki tradisi P2GP dan ternyata tenaga kesehatan masih berperan dalam raktik P2GP di Indonesia. Oleh karena itu penting untuk mengetahui cara penyunatan, jenis penyunatan yang dilakukan, peralatan yang digunakan serta obat-obat yang perlukan menjadi informasi penting untuk dijelaskan di sub bab ini. Sebagai penyedia layanan, informasi dari responden bidan/perawat dan dukun ini menjadi penambah informasi dari responden rumah tangga. Merekalah aktor yang melakukan praktik P2GP, diharapkan informasi dari penyedia layanan sunat ini dapat memberikan gambaran yang lebih jelas akan fenomena P2GP di Indonesia, terutama tata cara dan tipe P2GP di Indonesia.

6.1.1 Teknik P2GP yang Dilakukan Tenaga Kesehatan

Sebagian besar petugas kesehatan yang menjadi responden di studi ini mengaku melakukan P2GP dengan cara membersihkan klitoris/bibir vagina tanpa perlukaan. Hal ini sesuai dengan instruksi yang diberikan dalam Peraturan Menteri Kesehatan No 13636/MENKES/PER/2010 yang menyatakan tindakan P2GP adalah sebagai berikut : *“Lakukan goresan pada kulit yang menutupi bagian depan klitoris (frenulum clitoris) dengan menggunakan ujung jarum steril sekali pakai berukuran 20G-22G dari sisi mukosa ke arah kulit, tanpa melukai klitoris”* (Pasal 4 ayat 2 (huruf g)). Biasanya, tindakan membersihkan klitoris/vagina ini disebabkan oleh bidan/perawat dan dukun sebenarnya tidak bersedia melakukan pemotongan dan perlukaan terhadap genitalia perempuan. Hasil wawancara mendalam dengan sebagian responden menjelaskan bahwa prosedur yang sering dilakukan oleh bidan/perawat saat ini adalah “membersihkan alat kelamin” sebagai jalan tengahnya. Selain itu mereka juga menusuk vagina anak dengan ujung pinset atau alat tajam lainnya, namun dibalut dengan kasa. Karena kadangkala orang tua anak akan lebih percaya ketika anak mengeluarkan darah, maka tidak jarang responden kemudian meneteskan antiseptik seperti betadine di vagina anak.



Namun demikian, fenomena lain adalah karena permintaan yang tinggi dan untuk mengatasi tekanan sosial, maka sebagai gantinya tenaga kesehatan hanya melakukan pembersihan pada alat kelamin bayi tanpa perlukaan dan dilakukan tanpa sepengetahuan orang tua. Lebih detail tampak pada gambar 6.1,

tidak terdapat banyak perbedaan antara prosentase jumlah bidan/perawat dan dukun yang melakukan sunat dengan cara ini.

Data juga menunjukkan ternyata hampir sepertiga responden melakukan P2GP dengan cara menggosok klitoris hingga terjadi perlukaan (28,2 persen). Dukun dan bidan/perawat mengaku mereka biasanya menggosok, mengiris atau menusuk ujung klitoris hingga keluar darah. Darah yang keluar ini diyakini oleh keluarga merupakan syaratnya P2GP tersebut. Selain itu, responden menyatakan mereka juga umumnya mengambil kulit luar atau mencongkel bagian klitoris untuk mengambil kotoran “putih-putih” yang terdapat di klitoris anak. Gambar 6.1 juga menunjukkan bahwa prosentase bidan/perawat dan dukun yang melakukan praktik P2GP dengan cara ini prosentasenya tidak berbeda jauh yaitu bidan/perawat sebanyak 43,3 persen dan dukun 34,6 persen.

Menurut pengakuan sebagian bidan/perawat dan dukun, ternyata proses P2GP yang berbahaya dengan metode pemotongan sedikit di ujung klitoris juga mereka lakukan. Sebanyak 23,3 persen responden dukun bayi dan 11,5 persen bidan/perawat mempraktikkan hal ini. Jika merujuk pada tipe *Female Genital Mutilation* yang dikeluarkan oleh WHO, maka tipe ini masuk dalam Tipe 1. Sementara itu, praktik P2GP secara simbolis di Indonesia hanya diakui oleh sebagian kecil responden, yaitu 7,7 persen. Prosedur simbolis yang biasa dilakukan

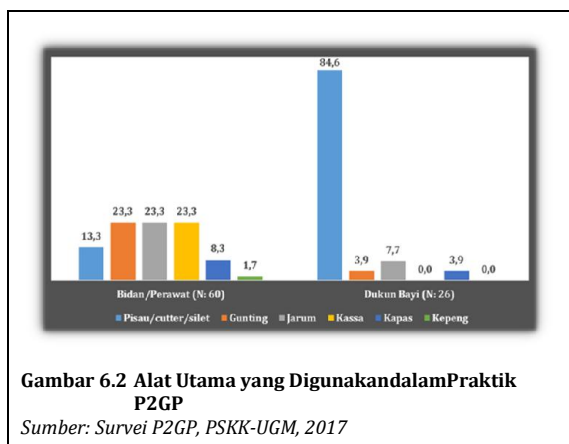
adalah meletakkan kunyit di bawah klitoris atau diantara labia dan klitoris yang berfungsi sebagai landasan.

Praktik P2GP yang mengakibatkan perlukaan dan pemotongan klitoris jika dihitung secara total dilakukan oleh 46,1 persen bidan dan 66,5 persen responden dukun. Ini merupakan angka yang tinggi mengingat selama ini diperkirakan bahwa praktik P2GP yang terjadi di Indonesia hanya bersifat simbolis semata. Bahkan, ternyata praktik yang membahayakan ini tidak hanya dilakukan oleh dukun yang notabene mendapatkan keahliannya secara turun temurun tanpa ilmu yang memadai, namun juga banyak dilakukan oleh sebagian bidan/perawat. Padahal bidan/perawat tidak pernah diajarkan teknik P2GP dalam pendidikan kebidanan. Bahkan sebagai petugas kesehatan, mereka telah dibekali aturan yang melarang pemberlakuan P2GP. Seharusnya, jika P2GP terpaksa tetap harus dilakukan oleh bidan/perawat, setidaknya jika mereka mengacu pada Permenkes No. 13636/2001, mereka tidak akan melakukan perlukaan atau pemotongan pada ujung klitoris.

6.1.2 Alat dan Obat yang Digunakan

Praktik P2GP yang dilakukan oleh dukun di dalam studi ini sebagian besar menggunakan pisau/cutter/silet (84,6 persen). Sementara bidan/perawat yang menggunakan alat tersebut sebesar 13,3 persen. Tampaknya, bidan/perawat lebih mempercayakan alat-alat modern dalam melakukan tindakan P2GP yaitu gunting (23,3 persen), jarum (23,2 persen), dan kassa (23,3 persen). Alat tradisional yang digunakan oleh dukun adalah kepeng (uang logam kuno) yang digunakan untuk menjepit klitoris (1,7 persen). Gunting dan jarum hanya digunakan oleh sebagian kecil dukun tradisional dalam melakukan P2GP. Adapun klem/pinset digunakan oleh 6,7 persen bidan/perawat namun sama sekali tidak digunakan oleh dukun tradisional.

Sejalan dengan pemanfaatan peralatan modern oleh bidan/perawat, obat-obatan yang digunakan oleh tipe responden inipun juga obat-obatan modern. Pada umumnya bidan dan perawat menggunakan obat merah/betadine (86,7 persen) sebagai obat luka. Sementara antiseptik lainnya

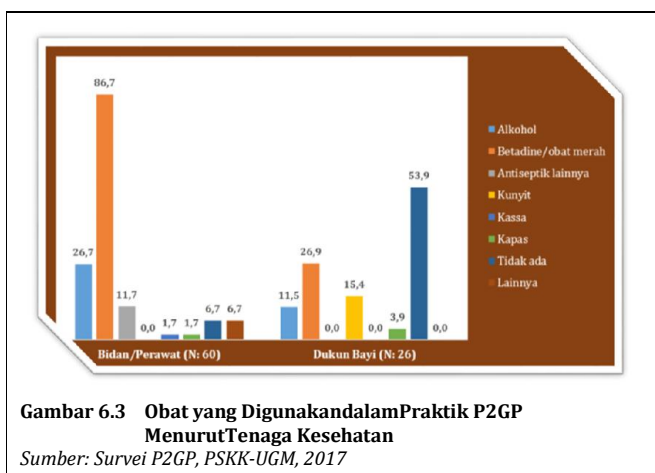


Gambar 6.2 Alat Utama yang Digunakan dalam Praktik P2GP

Sumber: Survei P2GP, PSKK-UGM, 2017

digunakan oleh 11,7 persen bidan/perawat. Alkohol juga dimanfaatkan oleh cukup banyak responden bidan/perawat yaitu sebesar 26,7 persen. Jika diperhatikan, obat-obatan yang dimanfaatkan oleh bidan/perawat ini adalah merupakan obat-obatan untuk membersihkan luka dan obat untuk mengurangi resiko tetanus.

Sementara itu, sebagian besar dukun (53,9 persen) mengaku tidak menggunakan obat-obatan apapun. Mereka hanya mengandalkan peralatan tradisional mereka



Gambar 6.3 Obat yang Digunakan dalam Praktik P2GP Menurut Tenaga Kesehatan

Sumber: Survei P2GP, PSKK-UGM, 2017

semata. Sedangkan 26,9 persen dukun tradisional menyampaikan bahwa mereka juga menggunakan obat merah/betadine untuk mengatasi luka akibat P2GP. Sebagai simbol, dukun juga memanfaatkan kunyit dalam prosedur P2GP mereka yaitu sebesar 15,4 persen, disisi lain

tidak ada satupun bidan/perawat yang menggunakan kunyit ini.

6.1.3 Besarnya Biaya P2GP

Pada studi yang melibatkan 86 responden petugas kesehatan ini, tidak semua responden mengaku menarik biaya sunat kepada pasien. Setidaknya terdapat 5

orang responden yang mengaku tidak menarik biaya apapun ketika melakukan praktik P2GP. Bahkan menurut data kualitatif, di Kalimantan, jasa bidan dibayar dengan *pinunduk* atau sembako/*natura*, selain uang. Di Lombok, P2GP menjadi satu paket dengan biaya persalinan karena waktunya berdekatan. Sementara itu 1 responden bidan/perawat menjawab tidak tahu dan 1 bidan/perawat menolak menjawab. Dari jawaban sekitar 79 orang tersebut, ternyata biaya P2GP di dukun tradisional lebih tinggi daripada di bidan/perawat. Dukun sunat mengaku minimal mereka mendapatkan uang jasa sebesar Rp 20.000,00 dan maksimal Rp 200.000,00. Jika dihitung rata-rata, biaya sunat di dukun adalah sebesar Rp 67.800,00. Sedangkan untuk responden bidan/perawat, minimal mereka mendapat uang jasa sebesar Rp 5.000,00 dan maksimal Rp 100.000,00. Jika dihitung rata-ratanya, responden bidan/perawat hanya separo dari biaya dukun sunat, yaitu Rp 32.500,00.

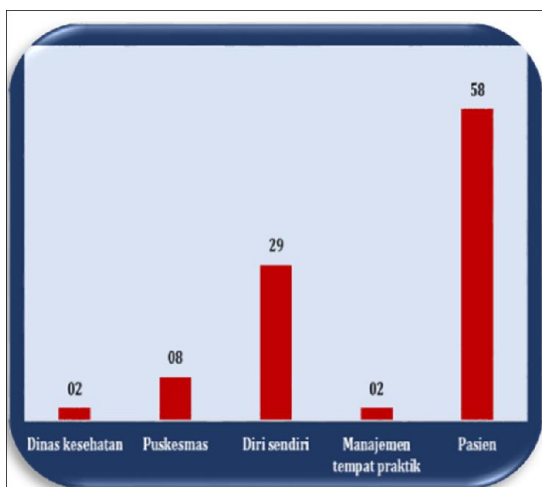
Tabel 6.2 Rata-rata Biaya Praktik P2GP Berdasarkan Tenaga Kesehatan

Biaya P2GP	Bidan/perawat		Dukun bayi		Total	Persen
	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen		
<25000	25	41,7	2	7,7	27	31,4
25000-50000	27	45,0	15	57,7	42	48,8
>50000	2	3,3	8	30,8	10	11,6
Gratis	4	6,7	1	3,8	5	5,8
TidakTahu	1	1,7	0	0,0	1	1,2
MenolakMenjawab	1	1,7	0	0,0	1	1,2
Total	60	100,0	26	100,0	86	100,0

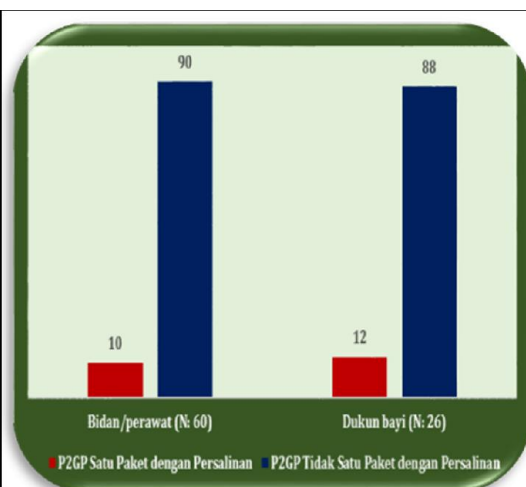
Sumber: Survei P2GP, PSKK UGM, 2017

Biaya tersebut, menurut 58,1 persen responden ditetapkan oleh pasien atau keluarga pasien. Mereka umumnya menerima dalam bentuk amplop tertutup sebagai upah jasa untuk menyunat. Namun demikian, terdapat 29,1 persen yang menetapkan sendiri biaya sunat yang harus dibayar oleh pihak pasien. Sementara itu, ada 8,1 persen responden mengaku bahwa biaya jasa sunat yang mereka terima adalah berdasarkan biaya yang ditetapkan oleh puskesmas dan 2,3 persen ditetapkan oleh dinas kesehatan serta 2,3 persen lainnya ditetapkan oleh manajemen tempat praktik mereka.

Di lain pihak, data menunjukkan bahwa pelayanan P2GP ternyata dilaksanakan terpisah dari prosedur persalinan. Sebanyak 90 persen bidan/perawat dan 88 persen dukun bayi mengaku bahwa mereka melakukan P2GP tidak dalam satu paket persalinan. Pada umumnya pelayanan P2GP diberikan kepada anak ketika anak berusia diatas satu bulan atau sesuai kesiapan keluarga masing-masing.



Gambar 6.4 Pihak yang Menentukan Besaran Biaya Praktik P2GP
 Sumber: Survei, P2GP, PSKK-UGM, 2017



Gambar 6.5 Praktik P2GP Dilakukan Bersamaan dengan Paket Persalinan
 Sumber: Survei, P2GP, PSKK-UGM, 2017

Hal ini dimungkinkan karena P2GP biasanya dilakukan bersamaan dengan serangkaian upacara atau ritual yang menyertainya. Terdapat berbagai ritual adat berbeda dalam prosesi P2GP ini. Dalam beberapa perayaan, P2GP membutuhkan biaya upacara yang cukup besar karena anak diperlakukan seperti “pengantin”, sehingga tidak memungkinkan jika sunat dilakukan ketika mereka baru lahir.

6.1.4 Biaya Retribusi P2GP

Setidaknya ada tiga kota yang telah mengeluarkan peraturan daerah untuk mengambil retribusi bagi kegiatan P2GP. Besaran retribusi masing-masing kota berbeda-beda. Misalnya Kota Samarinda, praktik P2GP ditarik retribusi cukup besar yaitu sebesar Rp 50.000 berdasarkan Peraturan Daerah Kota Samarinda

Nomor 13 tahun 2011, Tentang Retribusi Jasa Umum. Sedangkan di Kota Jambi, sesuai dengan Peraturan Daerah Kota Jambi, No. 2 tahun 2012, Pasal 8 tentang Struktur dan Besarnya Tarif Retribusi Pelayanan Kesehatan, ditetapkan besaran retribusi untuk P2GP di kota ini adalah sebesar Rp 35.000,00. Sementara itu, di Nusa Tenggara Barat jika menilik Peraturan Daerah Kabupaten Lombok Barat Nomor 16 Tahun 2002 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Kabupaten Lombok Barat Nomor 2 Tahun 2000 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan, maka untuk P2GP ditarik retribusi sebesar Rp 5.000,00.

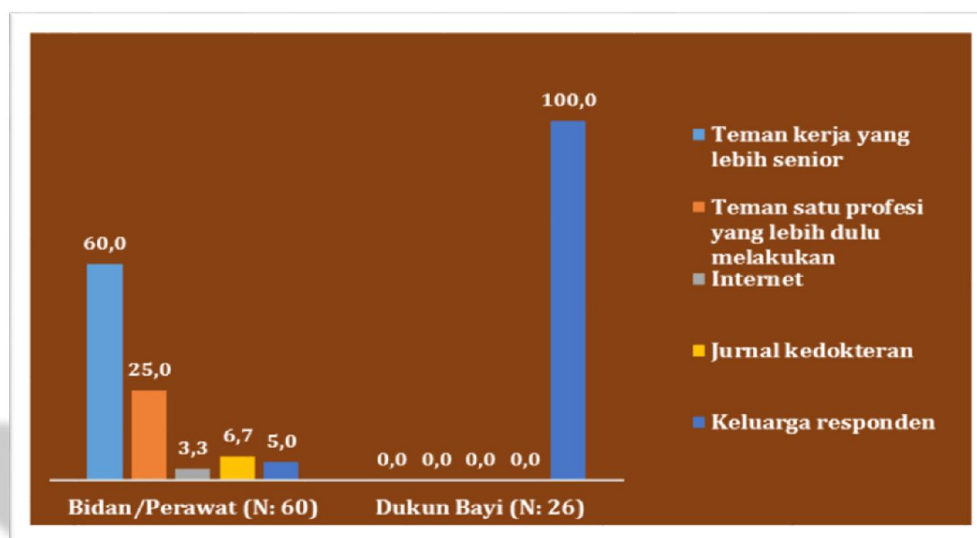
Namun agaknya, tidak semua petugas kesehatan dalam studi ini mengetahui dan atau mematuhi peraturan daerah tersebut. Hanya ada satu orang bidan/perawat yang membayarkan retribusi kepada pemerintah daerah yaitu sebesar Rp 5.000,00 dan satu orang dukun bayi sebesar Rp 20.000,00. Sementara hampir semua responden mengaku tidak membayar retribusi kepada pemerintah daerah (Tabel 6.2). Jadi, porsi uang yang dibayarkan oleh pasien biasanya sebagian besar merupakan biaya jasa sunat dan biaya obat-obatan.

6.1.5 Cara Penguasaan Teknik P2GP

Ikatan Bidan Indonesia (IBI) menyatakan bahwa tidak ada kurikulum kebidanan yang mengajarkan teknik P2GP pada bayi. Mengacu pada pernyataan Ketua Umum Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia, Dr Emi Nurjismi, M. Kes yang menyatakan bahwa *“Tenaga kesehatan, baikperawat, bidan, dokter, tidakpernahdiajarkanbagaimamelakukanP2GP. Tidakada di dalamkurikulum, baikkurikulumpendidikankeperawatan, kebidanan, maupunkedokteran. Kecualisunatlaki-laki, ituadadalamkurikulum. KalauP2GPnggakadadalamkurikulum,”*². Hal ini menunjukkan sebenarnya bidan atau perawat tidak memiliki ketrampilan dan kompetensi untuk melakukan layanan P2GP. Namun demikian, di Indonesia sebagian masyarakat masih memandang bahwa P2GP harus dilakukan dan merupakan tradisi yang harus

² Wawancara dalam <https://kumparan.com/maria-duhita/fakta-medis-sunat-perempuan-dalam-kebidan-tradisi-dan-agama>

dilestarikan. Ini menyebabkan permintaan pelayanan sunat menjadi tinggi. Tingginya permintaan P2GP ini menyebabkan bidan/perawat dan dukun memberikan layanan tersebut. Karena tidak diajarkan dalam kurikulum kebidanan dan training-training dukun bayi, maka studi ini menunjukkan bahwa responden mencari sumber informasi dari tempat lain.



Gambar 6.6 Sumber Informasi Petugas Kesehatan Mengenai Cara Melakukan Praktik P2GP

Sumber: Survei P2GP, PSKK-UGM, 2017

Seluruh dukun memanfaatkan pengetahuan keluarga untuk menjadi referensi mereka (100 persen). Teknik dan ketrampilan melakukan P2GP mereka dapatkan secara turun temurun dari keluarga mereka. Biasanya keahlian melakukan P2GP ini diwariskan kepada anak atau cucu dari dukun sunat ini. Bahkan beberapa dukun sunat menganggap bahwa warisa menjadi dukun sunat adalah sebuah kodrat yang sudah ditetapkan oleh Tuhan dan harus dijalani.

Sementara itu, bidan/perawat mencari sumber informasi dari teman kerja yang lebih senior dan berpengalaman. Mereka justru belajar dari senior-senior mereka tentang teknik dan ketrampilan sunat ini. Hal ini setidaknya diakui oleh 60 persen responden bidan/perawat. Sedangkan sebesar 25 persen responden mendapatkan informasi dari kolega atau peer group yang telah terlebih dahulu melakukannya. Sedangkan 6,7 persen responden mencari informasi dari jurnal-jurnal kedokteran, 5 persen dari keluarga dan 3,3 persen lainnya melakukan browsing di internet.

6.1.6 Pengetahuan tentang Ada Tidaknya Larangan Praktik P2GP

Permintaan yang tinggi dari masyarakat menyebabkan para petugas kesehatan dalam studi ini melanggar larangan terhadap pemberian layanan P2GP. Sebagian besar bidan dan perawat mengetahui bahwa ada larangan dari Kementerian Kesehatan untuk melakukan praktik P2GP (65 persen), sebaliknya hanya 7,7 persen dukun tradisional yang mengetahui hal ini.

Tabel 6.3 Pengetahuan tentang Ada Tidaknya Larangan IBI (Ikatan Bidan Indonesia) Setempat Terkait Praktik P2GP

Ada Tidaknya Larangan dari IBI	Jumlah	Persen
Ada Larangan dari IBI	31	54,4
Tidak ada larangan dari IBI	26	45,6
Total	57	100,0

Sumber: Survei P2GP, PSKK UGM, 2017

Keterangan: Jumlah responden bidan perawat 60 dengan rincian bidan 57 orang dan perawat 3 orang. Larangan IBI hanya berlaku untuk bidan saja

Namun agaknya sosialisasi mengenai larangan praktik P2GP ini tidak berjalan dengan baik. Hanya 54.4 persen responden yang mengetahui bahwa ada larangan dari Ikatan Bidan Indonesia (IBI) di daerah melarang praktik P2GP.

6.2 Pengetahuan dan Sikap terhadap P2GP

6.2.1 Pengetahuan dan Sikap terhadap Dampak P2GP

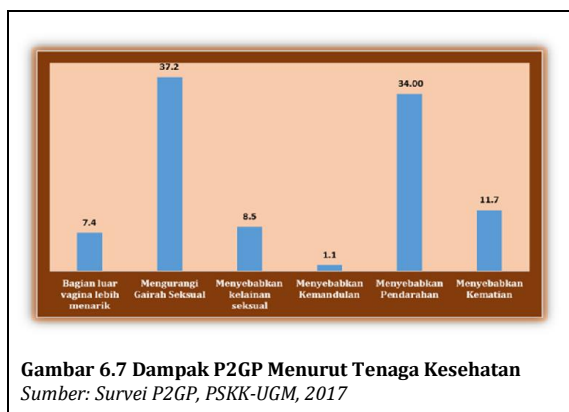
Hubungan antarpengetahuan dan sikap terhadap dampak sangat penting untuk dikaji lebih jauh. Hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Ali (2012) terhadap bidan yang memberikan layanan P2GP di Sudan, menyatakan bahwa hubungan antarpengetahuan tentang dampak sunat dengan keberlangsungan praktik P2GP ini sangat erat.

Dalam penelitian tersebut disimpulkan bahwa hampir semua responden memiliki pengetahuan dan tingkat kesadaran yang rendah akan dampak praktik P2GP sehingga memandang praktik P2GP tidak berbahaya dan akan terus dilakukan atas alasan sosial dan budaya (Ali, 2012). Pengetahuan ini

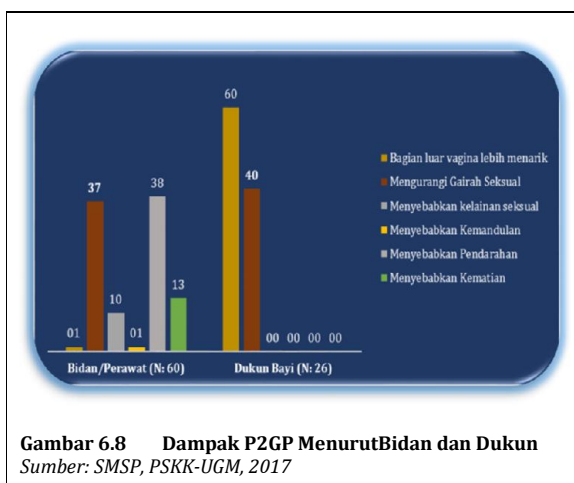
juga dipengaruhi oleh tingkat pendidikan. Varol mengatakan, semakin tinggi tingkat pendidikan maka pengetahuan dan informasi tentang P2GP dan dampak-dampak negatifnya akan semakin banyak, sehingga dapat menjadi jembatan untuk pelarangan P2GP (Varol, et.al, 2003).

Berbagai referensi menyatakan bahwa masalah kesehatan menjadi salah satu dampak yang terbukti akan terjadi setelah dilakukannya P2GP.

Petugas kesehatan yang menjadi responden penelitian ini pun menengarai adanya dampak yang cukup serius tersebut. Gambar 6.7 menunjukkan jawaban dari petugas kesehatan didominasi oleh dua hal, yaitu bahwa P2GP dapat mengurangi gairah seksual (37,2 persen) dan dapat mengakibatkan pendarahan (34 persen). Bahkan, terdapat 11,7 persen dari total responden yang menyatakan bahwa P2GP dapat mengakibatkan kematian.



Ketika ditelusuri lebih lanjut, seperti tampak pada Gambar 6.8, terdapat perbedaan pendapat yang cukup kentara antara bidan/perawat dan dukun. Dukun cenderung



memiliki persepsi bahwa P2GP tidak berbahaya. Mereka memiliki pemahaman bahwa P2GP berdampak hanya pada area aktifitas seksual perempuan. Hal ini tampak dari jawaban dari dukun ketika diminta menjawab pertanyaan tentang dampak P2GP, maka jawabannya hanya terpecah menjadi dua jenis yaitu dapat mengakibatkan

menurunnya gairah seksual (40 persen) dan mengakibatkan bentuk vagina tidak

menarik (60 persen). Data ini menunjukkan bahwa dukun sebagian besar memiliki persepsi positif terhadap efek dilakukannya P2GP.

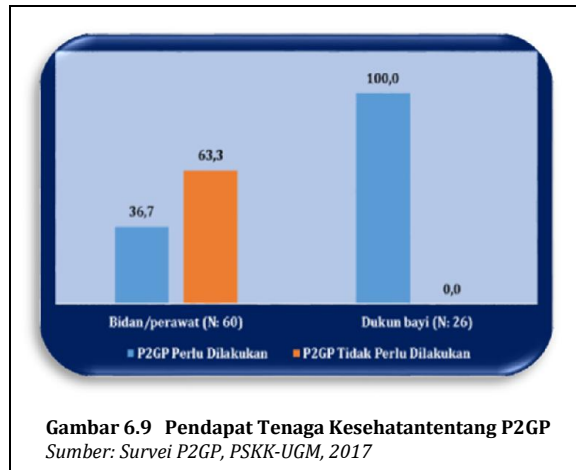
Untuk responden bidan/perawat, mereka memiliki kesadaran lebih baik tentang bahayanya dari P2GP terhadap kesehatan perempuan. Sebagian besar mereka menyatakan dapat mengakibatkan pendarahan (38 persen) dan mengurangi gairah seksual (36,9 persen). Bahkan terdapat 13 persen bidan dan perawat menyatakan bahwa P2GP dapat mengakibatkan kematian. Bidan dan perawat dapat dinilai memiliki pemahaman lebih baik tentang dampak P2GP, ini merupakan hal positif bagi upaya penyadaran dan pengurangan dampak sunat.

Perbedaan pendapat yang bertolak belakang antara dukun dengan bidan/perawat ini merupakan efek dari kurangnya pendidikan yang dimiliki oleh dukun. Seperti diketahui, seluruh dukun pada studi ini maksimal hanya berpendidikan SD. Sementara itu bidan/perawat telah mendapatkan bekal yang memadai tentang kesehatan. Pendidikan merupakan faktor pendorong berlangsungnya P2GP. Menurut Jalali (2007) dan Varol (Varol, et.al, 2003), pendidikan yang rendah merupakan faktor pendorong dari berlangsungnya P2GP. Pendidikan yang rendah membuat tenaga kesehatan kurang pengetahuan dan informasi akan dampak-dampak negatif P2GP sehingga cenderung melanggengkan P2GP.

6.2.2 Sikap terhadap Praktik Perlukaan pada P2GP

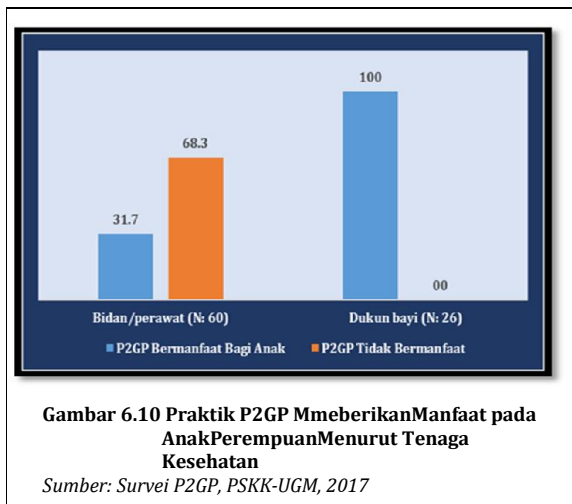
Pemahaman petugas kesehatan atas dampak P2GP seperti dijelaskan diatas menuntun pada sikap atas keberlangsungan P2GP bagi bidan/perawat dan dukun. Terdapat perbedaan antara jawaban responden dukun tradisional dengan bidan/perawat ketika ditanyakan tentang perlukah seorang perempuan mengalami P2GP?

Tampak dari Gambar 6.9 bahwa secara mutlak, 100 persen, dukun tradisional menyatakan bahwa P2GP perlu bagi perempuan. Sementara hanya 36,7 persen bidan/perawat menyatakan hal yang sama. Jika mengacu pada penelitian Ali (2012), dapat dikatakan bahwa ketika dukun memiliki pemahaman yang kurang terhadap dampak sunat, mengakibatkan dukungan mereka terhadap keberlangsungan P2GP. Di sisi lain, bidan/perawat memiliki pemahaman yang relatif lebih baik terhadap buruknya dampak sunat, sehingga hanya sepertiga dari mereka yang mendukung keberlangsungan P2GP.



Gambar 6.9 Pendapat Tenaga Kesehatan tentang P2GP
 Sumber: Survei P2GP, PSKK-UGM, 2017

Bahkan dalam studi ini data menunjukkan dukun cenderung memiliki persepsi positif terhadap dampak P2GP.



Gambar 6.10 Praktik P2GP Mmemberikan Manfaat pada Anak Perempuan Menurut Tenaga Kesehatan
 Sumber: Survei P2GP, PSKK-UGM, 2017

Sehingga ketika ditanyakan kepada mereka apakah P2GP adalah praktik yang bermanfaat, jawabannya 100 persen dukun tradisional menjawab bahwa praktik P2GP ini memiliki manfaat positif. Sementara itu, jumlah responden bidan/perawat yang menyatakan bahwa praktik P2GP bermanfaat jauh lebih sedikit,

yaitu hanya sebesar 31,7 persen (dari 60 responden).

Tabel 6.4 adalah gambaran mengenai pendapat responden tentang alasan mengapa P2GP masih perlu bagi perempuan. Alasan tradisi keluarga, tradisi masyarakat dan perintah agama Islam masih mendominasi pendapat tentang alasan perlunya P2GP pada anak perempuan. Perintah agama diterima sebagai alasan terbesar bagi responden. P2GP dianggap merupakan upacara yang sakral untuk menjamin keselamatan anak di kemudian hari dan sebagai bentuk sahnya anak

sebagai seorang muslim. Sebesar 35 persen responden bidan/perawat dan 92,3 persen responden dukun yang menyatakan hal demikian. Tradisi masyarakat dijawab oleh 92,3 persen dukun dan 20 persen bidan/ perawat. Sementara itu tradisi keluarga yang dilakukan secara turun temurun menjadi alasan kuat selanjutnya, yaitu dijawab oleh 76,9 persen dukun dan 13,3 persen bidan/perawat. Bisa dikatakan, perbandingan jawaban antara kedua jenis petugas kesehatan ini tidak begitu besar. Urutan selanjutnya adalah alasan bahwa P2GP memberikan manfaat kesehatan. Sebanyak 53,9 persen dukun dan 13,3 persen bidan/perawat menyatakan bahwa perempuan harus mengalami P2GP karena dapat memudahkan perempuan untuk melahirkan dan menghindarkan dari penyakit-penyakit kelamin.

Tabel 6.4 Alasan Dilakukannya P2GP pada Anak Perempuan Menurut Tenaga Kesehatan

Alasan Dilakukannya P2GP	Bidan/Perawat		Dukun Bayi		Total	Persen
	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen		
Perintah Agama	21	35,0	24	92,3	45	52,3
Tradisi Masyarakat	12	20,0	24	92,3	36	41,9
Sanksi Sosial	1	1,7	8	30,8	9	10,5
Tradisi Keluarga	8	13,3	20	76,9	28	32,6
Kesehatan	8	13,3	14	53,9	22	25,6
Sudah dewasa	1	1,7	3	11,5	4	4,7
Menambah Gairah Seksual Suami	0	0,0	5	19,2	5	5,8
Mengurangi Gairah seksual istri	6	10,0	4	15,4	10	11,6
Tidak gonta-ganti pasangan	1	1,7	5	19,2	6	7,0
Total	60	69,8	28	20,2	86	100,0

Sumber: Survei P2GP, PSKK UGM, 2017

Keterangan: Alasan dilakukannya P2GP hanya ditampilkan persentase yang menjawab Ya (bentuk pertanyaan adalah multiple response)

Tidak mengejutkan,

alasan bahwa P2GP

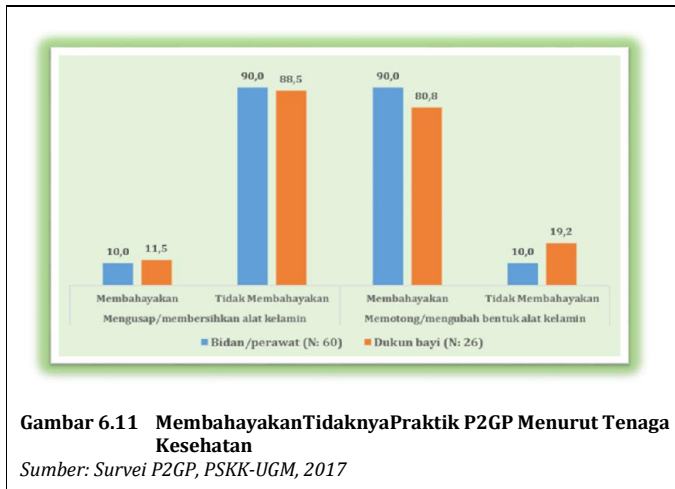
juga

Studi ini menunjukkan persepsi yang kuat bahwa praktik P2GP diyakini dapat membantu wanita menjadi lebih sehat, bermoral, mampu menjaga keperawanan dan menghormati keluarga. Lebih jauh, konstruksi budaya di masyarakat, yang kemudian menjadi keyakinan petugas kesehatan, mengemukakan bahwa P2GP dianggap dapat mengantarkan perempuan menjadi perempuan yang shalehah, taat kepada keluarga/suami dan Agama Islam. Dengan masuknya alasan P2GP dalam ranah tradisi dan Agama Islam ini secara kuat, makin menegaskan bahwa praktik ini menuntut adanya ketaatan secara kolektif dari masyarakat. Sehingga jika tidak melakukannya, maka sanksi sosial dan sanksi dosa akan menyertai bagi mereka yang melanggarnya. Dukun dianggap sebagai penjaga moral untuk menjaga kesakralan tradisi ini. Sementara itu, bidan/perawat menjadi solusi ketika dukun

berasosiasi dengan konstruksi sosial tentang perempuan baik yang setia, patuh pada suami juga muncul pada jawaban-jawaban responden. Selain itu, responden bidan/perawat dan dukun ternyata juga menyatakan bahwa P2GP merupakan sebuah upacara sakral untuk inisiasi menjadi perempuan dewasa (2,8 persen dan 1,7 persen). Kepercayaan bahwa P2GP merupakan pengendalian seksualitas perempuan juga muncul dalam jawaban responden.

Mereka menyatakan bahwa P2GP dapat mencegah perempuan gonta-ganti pasangan.

Pendapat yang menyatakan bahwa P2GP dapat mengurangi gairah seksual istri sehingga mereka tidak menjadi perempuan liar dinyatakan oleh cukup banyak responden bidan/perawat yaitu sebesar 10,3 persen sementara dukun sebesar 3,7 persen.



Survei terhadap ibu dari anak yang melakukan P2GP dalam studi ini menunjukkan terdapat 97,2 persen adanya perlakuan pada praktik P2GP.

Ketika ditanyakan lebih dalam, apakah praktik sunat dengan melakukan tindakan seperti tipe 1, 2 dan 3 golongan yang

dibuat oleh WHO seperti memotong/mengubah bentuk alat kelamin merupakan praktik P2GP yang membahayakan, 80,8 persen dari responden dukun yang menganggapnya membahayakan.

Sementara sebanyak 90 persen responden bidan/perawat menyatakan hal tersebut berbahaya. Dari pemahaman dan kesadaran akan bahaya P2GP cukup baik dimiliki oleh bidan/perawat. Kesadaran yang baik ini merupakan harapan yang besar bagi penghentian praktik P2GP di Indonesia. Kondisi sebaliknya ditunjukkan oleh pemahaman dan kesadaran dari dukun tradisional. Respon dukun tradisional seperti tergambar pada Gambar 6.9 mencerminkan kurangnya pemahaman dan pengetahuan yang benar akan dampak dan larangan P2GP di Indonesia.

Rendahnya pemahaman dan pengetahuan ini, membawa akibat pada keberlangsungan praktik sunat yang dilakukan oleh responden. Data menunjukkan bahwa sebagian besar dukun tradisional menganjurkan dilakukannya P2GP kepada masyarakat sekitar. Dilain sisi sebagian besar dukun tradisional (96,2 persen) berpendapat bahwa P2GP sebaiknya diteruskan. Sementara itu, meskipun tidak semua, terdapat 38,3 persen bidan/perawat yang masih meyakini bahwa P2GP masih perlu diteruskan. Hal ini menguatkan bukti bahwa

dukun dan sebagiandaribidan /perawatmerupakan “agensosialisasi” bagikeberlanjutanP2GP di lingkunganmereka.

Sayangnyanilai-nilai yang disosialisasikan oleh dukun inikemudianditerima oleh masyarakatdenganmudah. Menurutteorireproduksi kulturalhalini dapatdijelaskan. Dukun sebagaitokoh masyarakat yang dipercaya oleh masyarakatmenjadi acuan untuk mempelajarinorma-normaterkaitkebiasaanP2GP. Karena ketokohnya di bidangpraktiksunatperempuan, masyarakatatmenganggapapa yang disampaikan dukun iniadalahsebuahkebenarantanperlu dipertanyakan. Bahkan, hasilobservasimenunjukkan di beberapalokasidalamstudi initerdapathegemonikultural (Stinchcombe, 1968) tentangP2GP. Hegemonikulturalterjadiketika pada akhirnya normaP2GP yang dipegang oleh orang yang berkuasasecarakultural, dalamhaliniadalah dukun, pada akhirnya juga diyakini oleh masyarakatkebanyakansecaramutlak. Persepsi inikemudiandiyakinikebenarannya dan direproduksi secaraterusmenerus, turunturundarigenerasikegenerasisehinggamengakibatkanlanggengnyapraktik P2GPhinggasekarang.

Tabel 6.5 Alasan Praktik P2GP Perlu Diteruskan Menurut Tenaga Kesehatan

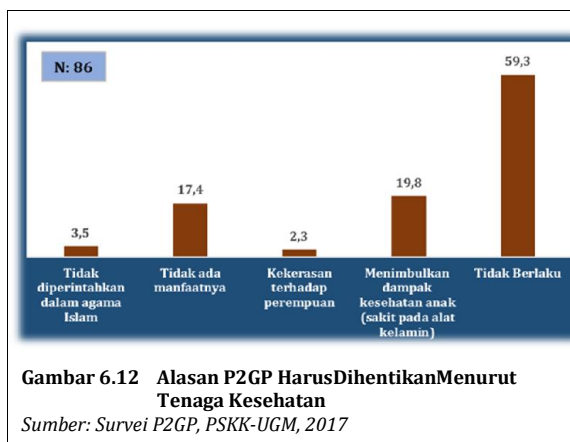
Alasan P2GP Diteruskan	Bidan/perawat		Dukun Bayi		Total	Persen
	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen		
Perintah agama Islam	16	26,7	19	73,1	35	40,7
Tradisi Masyarakat	4	6,7	5	19,2	8	10,5
Kesehatan	5	8,3	3	11,5	8	9,3
Mengendalikan a nafsuyahwatperempuan	2	3,3	0	0,0	2	2,3
Tidak membahayakan	3	5,0	0	0,0	3	3,5
Tidak berlaku*	37	61,7	1	3,9	38	44,2
Total	60	69,8	26	30,2	86	100,0

Sumber: Survei P2GP, PSKK UGM, 2017

Keterangan: Alasan P2GP diteruskan hanya ditampilkan persentase yang menjawab Ya (bentuk pertanyaan adalah multiple response)

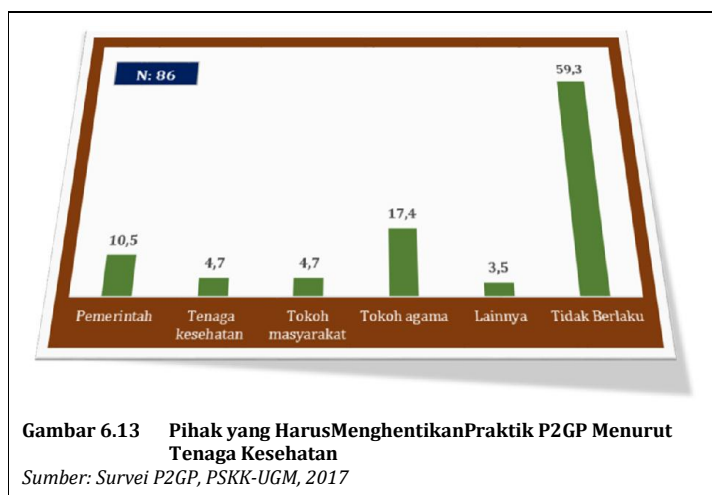
* Tidak berlaku dalam hal ini adalah responden yang menjawab sunat harus dihentikan

Sementara itu, dari total responden mereka yang memilik kesadaran bahwa P2GP tidak akan memberikan manfaat apapun (17,4 persen), menimbulkan rasa sakit pada area kewanitaan anak (19,8 persen), tidak diperintahkan oleh agama Islam (3,5 persen), dan 2,3 persen menyatakan merupakan tindakan kekerasan terhadap perempuan.



Adapun menurut responden yang berpendapat bahwa P2GP harus dihentikan, mengharapkan bahwa mereka tidak menghentikan P2GP tersebut sendiri. Sebagian besar menganggap bahwa tokoh agama (17,4 persen) sebagai agen yang kuat dapat mendorong upaya penghentian P2GP. Tokoh agama dianggap sebagai aktor penting karena faktor pendorong utama P2GP adalah karena alasan perintah agama Islam. Tokoh Agama atau kyai dianggap sebagai orang yang memiliki kekuasaan dan kekuatan untuk memproduksi wacana dan argumentasi bahwa P2GP bukan merupakan perintah

agama Islam. Peran dominan kyai didalam menginterpretasikan hadits sangat mempengaruhi cara bidan atau dukun tradisional memraktikkan P2GP. Kyai



dianggap sebagai salah satu elit masyarakat yang dapat menangani ritual keagamaan, dimana P2GP erat melekat. Selain itu, sosok kyai dianggap terdidik karena tingginya pengetahuan agama Islam (Rakhman, 2009). Hal inilah yang diharapkan dapat menggiring opini



masyarakat sehingga dapat menghentikan P2GP ini.

Selain itu, pemerintah juga dianggap dapat mengeluarkan kebijakan dan upaya melalui jalur-jalur peraturan dan program yang dapat membantu petugas kesehatan dan menjangkau dukun tradisional untuk memberikan pemahaman dan pengetahuan tentang bahaya P2GP. Upaya larangan tentang P2GP yang tegas dapat dikeluarkan oleh pemerintah sebagai upaya penghentian P2GP. Adapun sebagian responden menganggap bahwa tenaga kesehatan (4,7 persen) sendiri dan tokoh masyarakat (4,7 persen) lah yang dapat menghentikan P2GP.

Bab 7

Pengambilan Keputusan dalam Rumah Tangga

P2GP di beberapa daerah dianggap sebagai “urusan perempuan”. Oleh karena itu pengambilan keputusan tentang P2GP dilakukan sepenuhnya oleh ibu. Kecenderungan ini didukung oleh hasil penelitian ini. Responden istri cenderung mengambil keputusan secara mandiri dalam hal-hal yang berkaitan dengan “urusan perempuan”, seperti misalnya pengeluaran konsumsi, pendidikan anak, kesehatan anak, kesehatan diri sendiri dan sunat perempuan. Penelitian Zamroni di Madura (2011) menemukan bahwa pengambilan keputusan yang berkaitan dengan P2GP dilakukan oleh orang tua, tanpa menyatakan orang tua yang mana yang memainkan peranan yang lebih dominan dalam pengambilan keputusan.

Lebih jauh lagi hasil penelitian Zamroini (2011) menunjukkan bahwa pengambilan keputusan tentang P2GP diambil secara sepihak. Hal ini dikarenakan P2GP dilakukan ketika anak berusia antara 3 sampai 40 hari. Sementara itu anak laki-laki biasanya disunat ketika mereka berumur antara 5 sampai 12 tahun atau sebelum mereka mencapai aqil baligh. Hampir semua orang tua menanyakan kepada anak mereka apakah mereka sudah berani disunat. Apabila mereka sudah berani menjalani sunat, biasanya anak laki-laki akan disunat dan orang tua akan menggelar perhelatan untuk merayakannya sesuai dengan tradisi setempat. Dari sisi agensi, tampak bahwa anak laki-laki Madura yang akan disunat mempunyai kemampuan untuk menyatakan pendapat mereka tentang waktu pelaksanaan sunat. Sementara itu pengambilan keputusan P2GP sama sekali tidak memberi ruang bagi agensi anak perempuan karena P2GP di Madura dilakukan ketika anak masih bayi. Hal yang serupa bisa diketemukan di banyak tempat di Indonesia. Penelitian Rokhmah dan Hani (2015) di desa Bodia Takalar, kabupaten Takalar, Sulawesi Selatan menunjukkan bahwa pelaksanaan P2GP ditentukan oleh keputusan orang tua, keluarga dan tokoh agama. Orang tua yang belum melakukan P2GP pada anak perempuannya mereka akan menghadapi tekanan sosial, karena

mereka akan disindir oleh anggota keluarga besar dan anggota masyarakat lainnya. Hal ini karena masyarakat berpandangan bahwa seorang anak, baik laki-laki maupun perempuan, belum dianggap sebagai Muslim apabila dia belum disunat.

Penelitian Hikmalisa (2016) di Desa Kuntu, Kabupaten Kampar, provinsi Riau menunjukkan bahwa P2GP telah menjadi bagian norma yang berakar kuat dalam masyarakat. Oleh karena itu masyarakat pada umumnya, dan perempuan pada khususnya, menghadapi tekanan yang sangat keras untuk melakukan P2GP. Dengan kata lain, status P2GP sebagai sesuatu yang wajib dilakukan telah menjadi representasi hegemoni kultural. Para perempuan yang menolak untuk melakukan P2GP pada anak perempuannya mereka dipandang aneh dan menyalahi adat.

Peran perempuan, terutama ibu, dalam pengambilan keputusan yang berkaitan dengan P2GP juga dijumpai di negara lain. Penelitian Bjälkander et. al. (2012) di Sierra Leone menunjukkan bahwa perempuan merupakan aktor dominan yang mendukung kelestarian praktik P2GP. Perempuan – ibu, nenek, bibi – memainkan peranan sangat penting dalam pengambilan keputusan yang berkaitan dengan P2GP. Hanya sepertiga responden laki-laki (ayah) yang terlibat dalam pengambilan keputusan untuk melakukan P2GP pada anak mereka. Dominasi peran perempuan dalam pengambilan keputusan yang berkaitan dengan P2GP juga ditemukan dalam penelitian di Gambia, Afrika Barat (National Women's Bureau, 2002).

Melihat hasil penelitian ini, dan hasil penelitian lainnya yang dikutip di atas, maka perlu dilihat faktor-faktor apa yang membuat para ibu merasa bahwa mereka harus melakukan P2GP pada anak-anak perempuan mereka. Tanpa memahami faktor apa yang mendorong perempuan untuk mendukung praktik P2GP, maka upaya untuk menghilangkan praktik P2GP akan sangat sulit untuk dilakukan. Kelleher (2014) menyatakan bahwa perempuan, terutama perempuan tua, seringkali menjadi aktor penting bagi pelestarian praktik P2GP karena mereka mempelajari norma-norma gender dalam konteks sistem patriarkhal yang seringkali mendukung norma-norma yang berdampak buruk bagi perempuan.

Hasil Survei P2GP 2017 menunjukkan bahwa pengambilan keputusan dalam rumah tangga yang berkaitan dengan urusan perempuan lebih banyak ibu yang mengambil peranan. Sebagai contoh, pengambilan keputusan untuk melakukan P2GP pada anak perempuan lebih banyak diputuskan sendiri oleh ibu yang mencapai 63,3 persen. Pihak lain yang juga mempunyai peran memutuskan P2GP pada anak perempuan adalah nenek yaitu sebanyak 12,9 persen. Sementara keputusan untuk melakukan P2GP yang dilakukan oleh pasangan suami istri hanya mencapai 12,6 persen. Pengambilan keputusan dalam urusan keseharian rumah tangga juga paling banyak diputuskan oleh istri, misalnya pengeluaran konsumsi rumah tangg sehari-hari yang diputuskan oleh sebanyak 80,6 persen istri. Pengambilan keputusan lainnya yang juga banyak diputuskan oleh istri adalah mengenai pendidikan anak (45 persen), kesehatan anak (58,6 persen), kesehatan ibu sendiri (67,4 persen), dan istri bersosialisasi dengan masyarakat (60,1 persen). Pengambilan keputusan dalam rumah tangga yang dominan diputuskan oleh suami adalah pembelian peralatan rumah tangg ayang mahal yaitu sebanyak 44,7 persen. Berikutnya adalah memberikan uang kepada orang tua kandung/istri sebanyak 36,4 persen.

Tabel 7.1 Pendapat Istri tentang Pengambil Keputusan Paling Dominan dalam Keluarga

Pengambil Keputusan	Pengeluaran Konsumsi		Pembelian Peralatan rumah Tangga yang Mahal		Pendidikan anak		Kesehatan anak		Kesehatan Ibu (diri sendiri)		Memberikan Uang kepada Orang tua kandung/istri		Istri Bersosialisasi dengan Masyarakat		Melakukan P2GP pada Anak Perempuan	
	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen	Jumlah	Persen
Diri sendiri	3.427	80,6	1.493	35,1	1.911	45,0	2.490	58,6	2.865	67,4	1.426	33,6	2.554	60,1	2.690	63,3
Pasangan	515	12,1	1.901	44,7	1.047	24,6	670	15,8	1.029	24,2	1.547	36,4	1.383	32,5	333	7,8
Orang tua laki-laki	19	0,5	55	1,3	11	0,3	9	0,2	9	0,2	2	0,1	5	0,1	21	0,5
Orang tua perempuan	105	2,5	68	1,6	17	0,4	23	0,5	23	0,5	1	0,0	7	0,2	549	12,9
Mertua laki-laki	3	0,1	9	0,2	0	0,0	1	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,0	10	0,2
Mertua perempuan	17	0,4	11	0,3	3	0,1	1	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,0	72	1,7
Anak kandung	0	0,0	8	0,2	38	0,9	0	0,0	0	0,0	2	0,1	1	0,0	1	0,0
Saudara kandung	1	0,0	4	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,1
Kakek/Nenek	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	0,1
Suami dan Istri	159	3,7	696	16,4	1.215	28,6	1.055	24,8	321	7,6	1.093	25,7	290	6,8	534	12,6
Bidan	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	20	0,5
Dukun bayi/sunat	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	0,1
Lainnya	3	0,1	5	0,1	8	0,2	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,1
TidakBerlaku	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	179	4,2	8	0,2	0	0,0
Total	4.250	100,0	4.250	100,0	4.250	100,0	4.250	100,0	4.250	100,0	4.250	100,0	4.250	100,0	4.250	100,0

Sumber: SMSP, PSKK-UGM, 2017

Bab 8

Kesimpulan dan Rekomendasi

8.1. Kesimpulan

Diskusi tentang P2GP seringkali dikaitkan dengan ajaran agama Islam. Penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden istri percaya bahwa P2GP merupakan perintah agama. Hampir seratus persen responden penelitian ini dalam penelitian ini beragama Islam. Selain ajaran agama Islam, faktor pendorong praktik P2GP meliputi tradisi masyarakat dan tradisi keluarga. P2GP merupakan sebuah tradisi yang mengakar kuat dalam masyarakat. Tradisi ini ditegakkan antara lain dengan tekanan sosial yang berupa sindiran dari anggota keluarga dan anggota masyarakat terhadap keluarga yang belum melakukan P2GP pada anak perempuan mereka. P2GP merupakan tradisi yang tidak pernah dipertanyakan. Reproduksi kultural P2GP terlihat dari kecenderungan ibu yang pernah mengalami P2GP untuk melakukan P2GP juga pada anaknya. Penelitian ini menunjukkan bahwa tradisi P2GP perempuan diturunkan dari nenek, kepada anak perempuan, kemudian kepada cucu perempuan. Penelitian ini menemukan bahwa 96,9 persen anggota rumah tangga perempuan mengalami P2GP. Sumber informasi tentang P2GP didominasi oleh orang tua dan keluarga, disusul dengan dukun bai, tenaga medis/paramedis, kemudian tokoh masyarakat dan tokoh agama. Penduduk yang merupakan pendatang di daerah mereka (6,7 persen) cenderung membawa kebiasaan P2GP dari daerah asal mereka. Sebagian besar responden (93,3 persen) merupakan penduduk asli.

P2GP sangat berkaitan dengan tradisi, oleh karena itu sebagian besar P2GP dilakukan oleh dukun bayi (45 persen), disusul dengan bidan/perawat/mantri (38 persen), dukun sunat perempuan (10 persen), dan dokter (1 persen). Dengan kata lain, di mata banyak perempuan, P2GP bukanlah tindakan medis yang bisa diambil

alih oleh bidan/perawat/mantri. Sebagian migran memutuskan untuk pulang kampung dan melakukan P2GP di kampung halaman mereka apabila mereka tidak bisa menemukan dukun bayi atau dukun praktik P2GP yang bisa menyunat anak mereka. Satu hal yang perlu dicatat di sini adalah tingginya persentase sunat perempuan yang dilakukan oleh tenaga medis (38 persen), sementara pemerintah melalui peraturan Menteri Kesehatan yang diterbitkan pada tahun 2014 telah melarang tenaga medis untuk melakukan praktik P2GP. Sebagian besar tenaga medis (65 persen) tahu tentang adanya peraturan Menteri Kesehatan tahun 2014 ini, akan tetapi masih ada tenaga medis yang melakukan praktik P2GP. Temuan ini menunjukkan bahwa larangan pemerintah bagi tenaga medis untuk tidak melakukan praktik P2GP tidak efektif.

Apabila dibandingkan dengan dukun bayi, pandangan tenaga medis terhadap P2GP sangat berbeda. Seratus persen dukun bayi berpendapat bahwa seorang perempuan perlu dilakukan P2GP, sementara hanya 36 persen bidan/perawat mempunyai pandangan yang sama. Dengan kata lain, dukun bayi mempunyai pandangan yang positif tentang P2GP. Dukun bayi tidak melihat adanya bahaya dari praktik P2GP. Mereka melihat bahwa akibat paling buruk dari P2GP hanya terbatas pada menurunnya gairan seksual laki-laki, serta bentuk vagina menjadi tidak menarik. Sementara itu bidan dan perawat tahu bahwa P2GP mempunyai potensi untuk menyebabkan pendarahan. Orang tua yang memilih bidan untuk melakukan P2GP pada anak mereka menyatakan bahwa alat yang mereka gunakan lebih bersih atau steril. Alasan lain yang mereka kemukakan untuk menjelaskan mengapa mereka memilih bidan adalah karena P2GP tersebut merupakan bagian dari paket persalinan.

Seperti apakah jenis P2GP yang dilakukan terhadap perempuan? Penelitian ini memakai tipologi P2GP yang ditetapkan oleh WHO (2012), yaitu.

Tipe 1: *Clitoridectomy*, yaitu pemotongan sebagian atau keseluruhan klitoris dan/atau kulit yang menutupi klitoris (kulup).

1 a. Pemotongan kulit yang menutupi klitoris (kulup)

1 b. Pemotongan klitoris dan kulit yang menutupi klitoris

Tipe 2: Eksisi, yaitu pemotongan klitoris disertai pemotongan sebagian atau seluruh bibir kecil alat kelamin perempuan (labia minora), dengan atau tanpa pemotongan sebagian atau seluruh bibir besar alat kelamin perempuan (labia mayora).

2a. Pemotongan labia minora saja

2b. Pemotongan sebagian atau keseluruhan klitoris dan labia minora

2c. Pemotongan sebagian atau keseluruhan klitoris, labia minora dan labia mayora

Tipe 3: Infibulasi, yaitu pemotongan sebagian atau seluruh alat kelamin luar disertai penjahitan/penyempitan lubang vagina, dengan atau tanpa pemotongan klitoris.

3 a. pemotongan dan penjahitan/penyempitan labia minora

3 b. pemotongan dan penjahitan/penyempitan labia mayora

Tipe 4: segala macam prosedur lain yang dilakukan pada kelamin perempuan untuk tujuan non-medis, termasuk penusukan, perlubangan, pengirisan, dan penggoresan terhadap klitoris.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tipe 4 merupakan tipe yang paling banyak dilakukan, baik oleh dukun maupun oleh tenaga kesehatan (33,2 persen), diikuti dengan tipe 1 a (31,8 persen). Jenis P2GP yang ditemukan di lapangan tapi tidak ada dalam tipologi WHO (2012) adalah memotong sebagian klitoris dan preputiumnya (*prepuce*) sebanyak 28,1 persen, menggores atau mengorek bagian uretra (*urethral opening*) sebesar 5,7 persen, dan simbolis tanpa perlukaan (1,2 persen). Temuan ini cukup mengkhawatirkan karena selama ini ada beberapa pihak yang beranggapan bahwa P2GP yang dilakukan di Indonesia sebagian besar dapat dikategorikan sebagai P2GP yang hanya bersifat simbolis tanpa perlukaan. Hasil penelitian ini menunjukkan hal yang sebaliknya, yaitu P2GP yang bersifat simbolis tanpa perlukaan ternyata sangat jarang dilakukan dibandingkan dengan P2GP yang mencakup perlukaan, baik perlukaan kecil maupun besar. Hal lain yang perlu dipikirkan adalah tidak ada kurikulum bagi tenaga medis yang khusus

membahas tentang P2GP. Sebagian besar tenaga medis belajar tentang P2GP dari senior mereka atau dari kolega yang terlebih dahulu mempraktikkan P2GP.

Beberapa penelitian yang dilakukan di negara lain menunjukkan bahwa praktik P2GP didukung oleh perempuan, yaitu ibu atau nenek anak perempuan yang mengalami P2GP. Sebaliknya, ayah cenderung menolak P2GP. Dengan demikian, laki-laki dipandang sebagai aktor yang bisa menjadi agen penting dalam upaya penghapusan P2GP. Penelitian ini menunjukkan bahwa baik ayah (98,1 persen) maupun ibu (98,1 persen) mendukung P2GP. Lebih jauh lagi ayah (97,8 persen) dan ibu (97,8 persen) berpendapat bahwa praktik P2GP sebaiknya diteruskan.

Secara keseluruhan P2GP merupakan bagian tradisi yang di beberapa daerah, berkelindan dengan interpretasi tokoh agama dan anggota masyarakat tentang ajaran Islam. Dari perspektif reproduksi kultural, tradisi dan agama merupakan manifestasi dari tekanan sosial yang sangat kuat, yang pada gilirannya akan mendorong anggota masyarakat untuk melakukan P2GP. Selama ini pemahaman masyarakat tentang interpretasi agama yang berkaitan dengan P2GP masih belum berubah, maka praktik P2GP akan sulit untuk dihilangkan.

8.2 Rekomendasi

8.2.1 Kepada Kementerian/Lembaga terkait (antara lain Kementerian Kesehatan, Kementerian Agama, Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak).

Hendaknya istilah sunat perempuan diganti dengan P2GP. Istilah sunat perempuan seringkali menimbulkan kesan seolah-olah sunat perempuan diwajibkan oleh agama. Selain itu istilah sunat perempuan cenderung mengecilkan keparahan beberapa jenis P2GP

8.2.2. Kepada UNFPA

Data dari penelitian kuantitatif menunjukkan beberapa hal yang menarik. Akan tetapi penelitian ini memunculkan beberapa pertanyaan baru. Misalnya, apakah

yang diperoleh dari laki-laki, dalam hal ini ayah, dari pelestarian praktik P2GP? Apa yang menyebabkan reproduksi kultural praktik P2GP di kalangan perempuan? Oleh sebab itu, perlu dilakukan studi yang lebih mendalam tentang P2GP dalam kaitannya dengan faktor-faktor yang mendukung keberhasilan sunat perempuan.

8.2.3. Kepada Kementerian Agama

Oleh karena tidak semua ulama berpendapat bahwa P2GP perlu dilakukan terhadap perempuan, maka perlu ada diskusi di kalangan ulama yang setuju maupun tidak setuju terhadap P2GP. Perlu persetujuan di kalangan ulama tentang status P2GP, apakah itu wajib, sunah, atau makrumah. Perlu komunikasi, informasi dan edukasi untuk khatib, atau tokoh agamitentang P2GP. Selama anggota masyarakat masih berpendapat bahwa P2GP itu masih dianggap sebagai kewajiban agama, masyarakat akan terus mempraktikkannya. Kementerian Agama perlu merangkul Kongres Ulama Perempuan Indonesia untuk melakukan komunikasi, informasi dan edukasi di kalangan perempuan, mengingat pentingnya peran perempuan dalam pengambilan keputusan pelaksanaan P2GP di lingkungan rumah tangga.

8.2.4. Kepada Kementerian Kesehatan

Riskesdas 2013 merupakan awal tumbuhnya perhatian terhadap P2GP. P2GP adalah masalah yang sangat kompleks yang melibatkan beberapa variabel di luar masalah kesehatan, yaitu variabel sosial dan kultural. Untuk memahami P2GP secara lebih mendalam diperlukan data yang lebih lengkap tentang P2GP (antara lain jenis P2GP, alasan keluarga melakukan P2GP, pelaku P2GP, alasan pemberi layanan melakukan P2GP). Dalam upaya untuk memperoleh data yang lebih lengkap tentang P2GP dengan cakupan nasional diharapkan Kementerian Kesehatan mengadopsi beberapa pertanyaan dari studi ini untuk dimasukkan ke dalam Riskesdas yang akan datang.

8.2.5. Pemerintah Daerah

Pemerintah Daerah disarankan untuk melakukan koordinasi antar Organisasi Perangkat Daerah (OPD) untuk pencegahan praktik P2GP sesuai dengan tupoksinya. Dinas Keagamaan perlu melakukan pertemuan dengan tokoh masyarakat dan tokoh agama untuk mencari pendekatan yang lebih ramah terhadap perempuan dalam kaitannya dengan P2GP. Sekalipun Kementerian Kesehatan sudah melakukan sosialisasi tentang Peraturan Kementerian Kesehatan tahun 2014 yang melarang medikalisasi P2GP, akan tetapi informasi tentang pelarangan P2GP belum sampai ke tingkat bawah. Di sinilah pentingnya peranan Ikatan Bidan Indonesia (IBI) untuk melakukan sosialisasi tentang peraturan ini di akar rumput.

Daftar Pustaka

- Adeniran, A.S. et. al. 2016. "Attitudes to Female Genital Mutilation/Cutting among Male Adolescents in Ilorin, Nigeria". *SAMJ Research* 106 (8): 822-823
- Adrina, etal. 1998. *Hak-Hak Reproduksi Perempuan yang Terpasung*. Jakarta: Pustaka
- Ali, Abdel Aziem. A.2012. "KnowledgeandAttitudesofFemale Genital MutilationamongMidwives in Eastern Sudan". *ReproductiveHealth*, 2012, 9:23<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.791.2886&rep=rep1&type=pdf>
- Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 NomOr 672. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1636/Menkes/Per/XI/2010 tentang Sunat Perempuan
- Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 185. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2014 tentang Pencabutan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1636/Menkes/Per/XI/2010 tentang Sunat Perempuan
- Bjälkander, Owolabi et.al. 2012. "Female Genital Mitulation in Sierra Leone: Who Are the Decision Maker?" *African Journal Reproductive Health* 16 (4): 119-131
- BPS. 2010."Migrasi Risen". Dalam <https://sirusa.bps.go.id/index.php?r=indikator/view&id=93>diunduh 15 Agustus 2017
- Budiharsana, Meiwita et.al. 2003. *FemaleCircumcision in Indonesia: Extent, ImplicationsandPossibleInterventiontoUpholdWomen'sHealthRights*. Jakarta: PopulationCounciland USAID.
- Carr, Dara. 1997. *Female Genital Cutting: Findings from the Demographic and Health Surveys Program*. Macro International, Maryland (USA), September 1997, p. 27.
- Clarence-Smith, William G. 2008. "Islam and Female Genital Cutting in Southeast Asia: The Weight of the Past".*Finnish Journal of Ethnicity and Migration* 3 (2): 14-22

- Diabate, Idrissa. 2015. *Female Genital Mutilation and Migration in Mali. Do Migrants Transfer Social Norms?*
- Doucet, Marie-Hélène , Christina Pallitto and Danielle Groleau. 2017. "Understanding the Motivations of Healthcare Providers in Performing Female Genital Mutilation: an Integrative Review of the Literature". *Reproductive Health (2017) 14:46*
- Emi, Dr. 2013. "Jangan Melakukan Khitan Perempuan". *Perempuan Bergerak*, Vol 3:15
- Endraswara, Suwardi. 2003. *Budi Pekerti dalam Budaya Jawa*. Yogyakarta: Hanindita Graha Widya
- Feillard, A. and L. Marcoes. 1998. "FemaleCircumcision in Indonesia: To"Islamize" in CeremonyorSecrecy." In *L'horizonnousandantarier, Volume I,Archipel 56: 337-367. Paris: Institut National deslanguesetCivilisationsOrientales.*
- Gani, A.A. 2007. "Khitan Perempuan. Jurnal Ilmu Hukum Lialisasi". [http:// www. Jurnal pdii.lip.go.id](http://www.jurnal.pdii.lip.go.id) (Diakses tanggal 2 Agustus 2017)
- General Assembly of Human Rights Council, the United Nations. 2015.*Good Practices and Major Challenges in Preventing and Eliminating Female Genital Mutilation*
- Gruenbaum, E., 2005. "Socio-Cultural Dynamics ofFemale Genital Cutting: ResearchFindings, Gaps, andDirections". *ThemedSymposium: Female Genital Cutting.Vol 7(5) : 429-441*
- Gruenbaum, Ellen. 2001. *The Female Circumcision Controversy: An Anthropological Perspective*. University of Pennsylvania Press, Philadelphia, 2001, p. 102.
- Habsjah, Atashendartini. 2013. "Sejauhmana Praktik Khitan Perempuan Masih Berlangsung". *Articleon Perempuan Bergerak Nwesletter, Edisi III Juli-September 2013*. Jakarta: Yayasan Kalyanamitra.
- Hamilton, Alexander dan Kandala, Ngianga-Bakwin. 2016. "Geography and correlates of attitude toward Female Genital Mutilation (FGM) in Sudan: What can we learn from successive Sudan opinion poll data?" dalam*Jurnal Spatial and Spatio-temporal Epidemiology 16 (2016): 59-76.*
- Harapan, Program Kajian Wanita Universitas Indonesia dan the Ford Foundation.
- Hikmalisa. 2016. "Peran Keluarga Dalam Tradisi Sunat Perempuan di desa Kuntu Kabupaten Kampar Provinsi Riau (Analisis gender sebagai ketimpangan HAM dalam praktik sunat perempuan)". *Al Mussawa 15(1)*

- ICC Service. 2015. "Female Genital Mutilation: Religious, Cultural and Legal Myths. http://www.iccservices.org.uk/news_and_events/updates/female_genital_mutilation.htm, Jan 15th, 2017
- Ida, Rahmah. 2005. *Sunat, Belenggu Adat Perempuan Madura*. Yogyakarta: Center for Population and Policy Studies dan the Ford Foundation.
- Islamiyatur Rokhmah, Ummu Hani. 2015. "Sunat Perempuan Dalam Perspektif Budaya, Agama Dan Kesehatan (Studi Kasus Di Masyarakat Desa Baddui Kecamatan Galesong Kabupaten Takalar Sulawesi Selatan)" *Jurnal Kebidanan dan Keperawatan*. Vol. 11, No. 2, Desember 2015: 103-111
- Jalali, R., P. 2007. "Analysis of the Cultural Origins of Violence Against Women, Emphasizing on Circumcision of Women in Bender Kong". *Postgraduate, Islamic Azad University*
- Jones, Susan D, John Ehiri, Ebere Anyanwu. 2004. "Female genital mutilation in developing countries: an agenda for public health response" dalam *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 116 (2004) 144-151.
- Junaidi, 2004. Prospek Mobilitas Penduduk di Era Otonomi Daerah. *Jurnal Manajemen dan Pembangunan* Vol.3 No. 2
- Kelleher, Fatimah, 2014. "FGM and Child Marriage: Grandmothers Are Part of the Problem and the Solution". <https://www.theguardian.com/global-development-professionals-network/2014/jul/17/mothers-grandmothers-fgm-child-marriage> diunduh tanggal 3 Agustus, 2017
- Lundberg, Pranee C, et.al., 2006. *Experiences from Pregnancy and Childbirth Related to Female Genital Mutilation among Eritrean Immigrant Women in Sweden*.
- Marnel, E. L., 2014. *Reasons behind Female Genital Cutting - a Literature Review*". *Carolinska Institutet*. Sweden
- Merli, Claudia. 2012. "Negotiating Female Genital Cutting (Sunat) in Southern Thailand" dalam *Self-Determination and Women's Rights in Muslim Societies*. Raghavan, C. & Levine, J. Brandeis University Press, pp. 169-187.
- Mesple-Somps, Sandrine. 2016. "Migration and Female Genital Mutilation: Can Migrants Help Change the Social Norm?" *IZA World of Labor* 282
- Milasari, D., dkk. 2008. "Pengetahuan Sikap, dan Perilaku Ibu Terhadap Sunat pada Anak Perempuan". *Sari Pediatri*, Vol 10 (4) : 242-245
- Mohamed, Farah Bille. 2016. "Assessing the knowledge and attitude among Somali men in Kenya towards Female Genital Mutilation". *Thesis Masters yang tidak dipublikasikan*. University of Washington

- Monostory, Kitty. 2015. An analysis of women's empowerment through microfinance in Flores, Indonesia. *Thesis Masters yang tidak dipublikasikan. University of Adger*
- Moore, Ruth L. P. 1981. "Women and Warriors: Defending Islam in the Southern Philippines". *Disertasi Ph.D. yang tidak diterbitkan. University of California San Diego.*
- Mozafarian, R. 2011. "A survey on social-cultural factors related to Female Genital Mutilation: A Case Study of Age 15-49 in Qeshm Island". *Master, Shiraz University*
- Mulia, Musdah. 2014. Sunat Perempuan dalam Perspektif Islam. <http://www.jurnalperempuan.org/blog/sunat-perempuan-dalam-perspektif-islam> (diakses tanggal 4 Agustus 2017)
- Musyarofah, Ristiani, Ruli Nurdiana Sari and Dian Pemilawati. 2003. *Khitan Perempuan antara Tradisi dan Ajaran Agama*. Yogyakarta: Center for Population and Policy Studies dan the Ford Foundation.
- National Women's Bureau Office of the Vice President. 2002. *Female Genital Mutilation In The Gambia A Desk Review*.
- Newland, Lynda. 2006. "Female Circumcision: Muslim Identities and Zero Tolerance Policies in Rural West Java". *Women's Studies International Forum* 29: 394-404
- Nour, Nawal M. 2008. "Female Genital Cutting: A persisting practice" dalam *Jurnal Reviews in Obstetrics and Gynecology*, 1(3), 135-139.
- Onwordi, Alice. 2011. "The Cutting Season: Female Genital Mutilation and the UK". <https://newhumanist.org.uk/articles/2673/the-cutting-season-female-genital-mutilation-and-the-uk> diunduh tanggal 1 Agustus, 2017
- Orchid. 2014. "Change in Indonesia?" [<https://orchidproject.org/change-in-indonesia>] diunduh 15 Juli 2017
- P. S. Yoder, S. Wang and E. Johansen. 2013. "Estimates of Female Genital Mutilation/Cutting in 27 African Countries and Yemen." *Studies in Family Planning* 44(2): 189-204.
- Patel, Reyhana & Roy, Khalid. 2016. *Female Genital Cutting in Indonesia: A Field Study*. Islamic Relief, Canada, 2016
- Patterson, Orlando. 2010. "The Mechanism of Cultural Reproduction, Explaining the Puzzle of Persistence" dalam John R. Hall, Laura Grindstaff dan Ming-Cheng Lo (editor) *Handbook of Cultural Sociology*. London/New York: Routledge, 139-151

- Pengurus Besar Nahdlatul Ulama, 2010. "Hasil-hasil Muktamar 32 Nahdlatul Ulama". <http://www.nu.or.id/post/read/42174/hukum-khitan-perempuan> (diunduh 14 Agustus 2017)
- PerempuanBergerak. 2013. "Khitan Perempuan: Praktik Purba yang Harus Dihapuskan". *Perempuan Bergerak, Vol 3: 11, Fokus*
- Putranti, Basilica D. 2008. "To Islamize, Becoming a Real Woman, or Commercialized Practices? Questioning Female Genital Cutting in Indonesia." *Finnish Journal of Ethnicity and Migration 3 (2): 23-31*
- Putranti, Basilica Dyah, Faturachman, Muhadjir Darwin, and Sri Purwatiningsih. 2003. *Male and Female Genital Cutting among Javanese and Madurese*. Yogyakarta, Indonesia: Gadjah Mada University, Center for Population and Policy Studies
- Rahman, Anita et al. 1999. "Sirkumsisi Perempuan di Indonesia: Pengetahuan dan Sikap Para Tokoh Agama Studi Kasus di Kecamatan Cijeruk-Jawa Barat dan Kecamatan Kemayoran-DKI Jakarta." *Research report presented at National Seminar on "Pengembangan Kajian Perempuan di Indonesia: Fakta, Empiris, Konsep dan Pendekatan, Jakarta, 2-3 August*.
- Rakhman, Arif, Kurnia. 2009. "Sunat Perempuan di Indonesia: Sebuah Aplikasi Konsep Hemineutika Fazlur Rahman". *Al Ahwal, vol 2, No 1, 2009, didownload pada tanggal 5 Agustus 2017, <http://ejournal.uin-suka.ac.id/syariah/Ahwal/article/view/02104/1012>*
- Serour, G.I, 2013. "Medicalization of Female Genital Mutilation/Cutting". No. 19, page 145-149. *African Journal of Urology*
- Siegel, Jacob S and David A Swanson. 2004. *The Methods and Materials of Demography, 2nd Edition*. London: Elsevier Academic Press.
- Snouck Hurgronje, C. 1906. *The Achehnese*. Leiden: E. J. Brill.
- Stinchcombe, Arthur. 1968. *Constructing Social Theories*. Chicago: University of Chicago Press
- Sumarni, dkk. 2005. *Sunat Perempuan di Bawah Bayang-bayang Tradisi*. Yogyakarta: Kerjasama Ford Foundation dengan PSKK UGM
- Suryandaru, Yayan Sakti, Liestianingsih D and Sri Indah. 2004. "Sunat Anak Perempuan pada Masyarakat Urban Madura". *Jurnal Penelitian dan Dinamika Sosial 5 (1):43-53*.
- Uddin, Jurnal et al. 2010. *Khitan Perempuan: Dari Sudut Pandang Sosial, Budaya, Kesehatan dan Agama*. Jakarta: YARSI University Press

- Umar, Nasaruddin. 1999. *Argumen Kesetaraan Jender: Perspektif AlQur'an*. Jakarta: Paramadina
- UNFPA. 2015. "Demographic Perspectives on Female Genital Mutilation". <http://www.unfpa.org/publications/demographic-perspectives-female-Genital-mutilation> (diunduh 28 Februari 2017)
- UNICEF. 2005. *Female Genital Cutting/Mutilation- A Statistical Exploration*
- United Nations. 1995. "International Conference on Population and Development, Cairo 5e13 September, 1994". *Programme of action*. New York: United Nations, Dept. of Economic and Social Information and Policy Analysis; 1995.
- Varol, N., et al., 2015. "The Role of Men in Abandonment of Female Genital Mutilation: a Systematic Review". Research Article. BMC Public Health, vol. 15:1034. Australia
- WHO. 1996. *Female Genital Mutilation: Information Kit*. Geneva: Women's Health
- WHO. 1997. *Female Genital Mutilation: An Overview*. Geneva
- World Health Organization (WHO). 2008. *Eliminating Female Genital Mutilation: An Interagency Statement OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO*. Geneva: World Health Organization
- World Health Organization. 2012. *Understanding and addressing violence against women: Female Genital Mutilation*.
- World Vision. 2011. *Protecting the Girl Child from Female Genital Mutilation*. World Vision International.
- Zakiah. 2012. "Praktik Sunat Perempuan di Wilayah Kerja Puskesmas Bandar Baru Kec. Bandar Baru Kabupaten Pidie Jaya Provinsi Aceh. Skripsi pada FKM Universitas Indonesia. Jakarta. Tidak diterbitkan
- Zamroni, Imam. 2011. "Sunat Perempuan Madura (Belunggu Adat, Normativitas Agama, dan Hak Asasi Manusia". *Karsa, Vol 19 (2) : 219-237*