

# PEMOTONGAN DAN PERLUKAAN GENITALIA PEREMPUAN (P2GP): DALAM PERSIMPANGAN ANTARA TRADISI DAN MODERNITAS

---

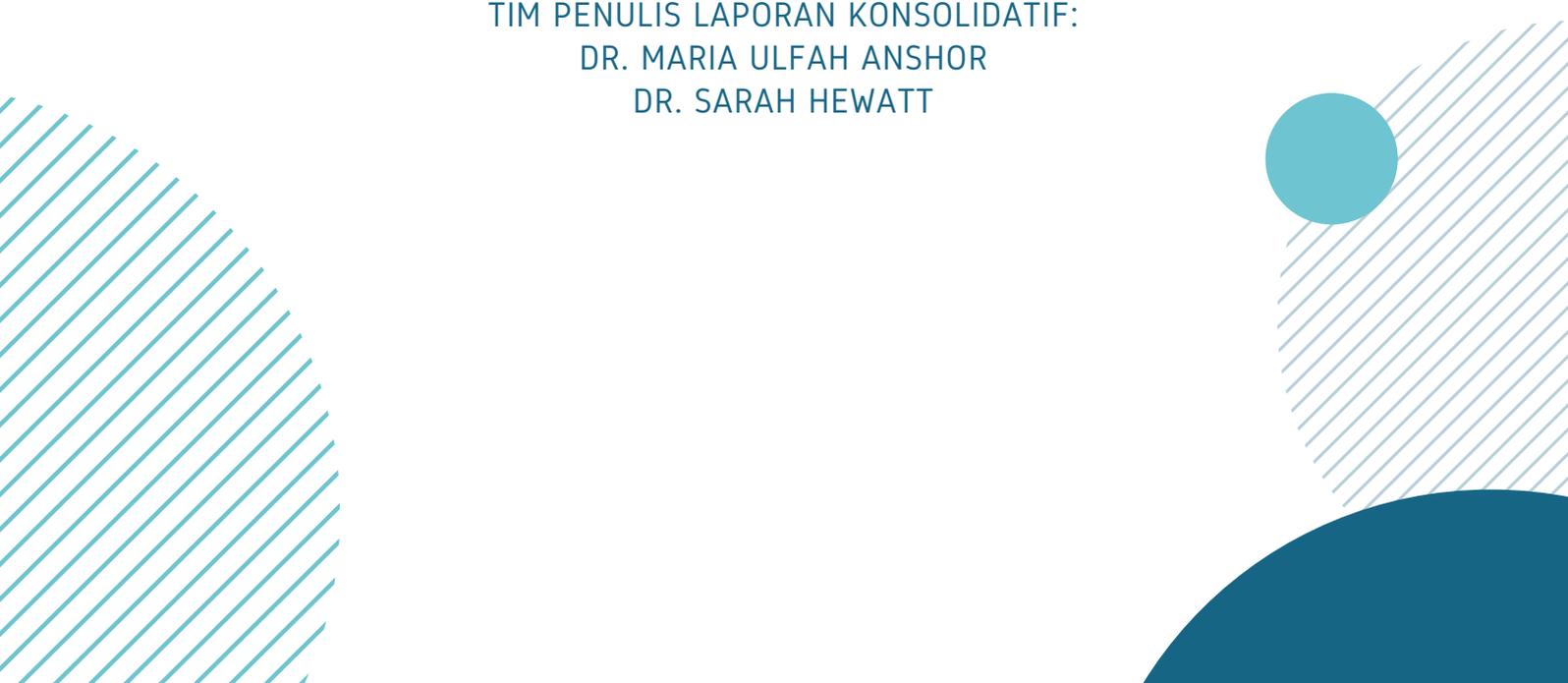
PENELITIAN METODE GABUNGAN MENGENAI MEDIKALISASI P2GP DI 17 KABUPATEN DI 10 PROVINSI DI INDONESIA

PENELITIAN KUALITATIF OLEH KOMISI NASIONAL ANTI KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN (KOMNAS PEREMPUAN)

DENGAN

PENELITIAN KUANTITATIF OLEH PUSAT STUDI KEPENDUDUKAN DAN KEBIJAKAN (PSKK) UNIVERSITAS GADJAH MADA

TIM PENULIS LAPORAN KONSOLIDATIF:  
DR. MARIA ULFAH ANSHOR  
DR. SARAH HEWATT



## **Pemotongan dan Perluasan Genitalia Perempuan (P2GP): Dalam Persimpangan Antara Tradisi dan Modernitas**

Penelitian Metode Gabungan Mengenai Medikalisasi P2GP di 17 Kabupaten di 10 Provinsi di Indonesia  
© Komisi Nasional Anti Kekerasan Terhadap Perempuan (Komnas Perempuan), 2017

### **Editor dan Penyelaras Akhir**

Risya A Kori  
Norcahyo Budi Waskito

### **Tim Penulis Laporan Konsolidatif**

Dr. Maria Ulfah Anshor  
Dr. Sarah Hewatt

### **Tim Peneliti**

Tim Peneliti Komisi Nasional Anti Kekerasan Terhadap Perempuan (Komnas Perempuan)  
Tim Peneliti Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan Universitas Gajah Mada (PSKK UGM)

### **Tata Letak**

Lucky Arifianto S Putra

Desain Cover : Lucky Arifianto S Putra

Laporan konsolidatif ini ditulis dalam bahasa Indonesia dan Inggris. **Komnas Perempuan** adalah pemegang tunggal hak cipta atas dokumen ini dan seluruh isi dari Laporan konsolidatif ini menjadi tanggung jawab Komnas Perempuan. Laporan konsolidatif ini dibuat atas kerjasama Komnas Perempuan, PSKK UGM, *United Nations Population Fund* (UNFPA) dan Departemen Luar Negeri dan Perdagangan Australia (DFAT). Meskipun demikian, silakan menggandakan sebagian atau seluruh isi dokumen untuk kepentingan pendidikan publik atau advokasi kebijakan untuk memajukan pemenuhan hak perempuan korban kekerasan dan demi terlembagakannya pengetahuan dari perempuan.

NATIONAL COMMISSION ON  
VIOLENCE AGAINST WOMEN **KOMNAS PEREMPUAN**  
KOMISI NASIONAL ANTI KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN

### **Komisi Nasional Anti Kekerasan Terhadap Perempuan**

Jl. Latuharhati No.4B, Jakarta 10310

Tel. +62 21 390 3963

Fax. +62 21 390 3911

[mail@komnasperempuan.or.id](mailto:mail@komnasperempuan.or.id)

<http://www.komnasperempuan.or.id>

# RINGKASAN EKSEKUTIF

Pemotongan/Perlukaan Genitalia Perempuan, selanjutnya diperkenalkan dengan istilah P2GP, mengacu pada prosedur pemotongan alat kelamin perempuan baik sebagian atau keseluruhan atau dalam bentuk apapun yang melukai alat kelamin perempuan, tanpa alasan non-medis (WHO, 2010). Sebuah Penelitian nasional menemukan adanya pelanggaran hak untuk hidup bebas dari kekerasan mempengaruhi 51% anak perempuan di bawah usia sebelas tahun (Riskesdas, 2013). Memotong atau merusak jaringan genital yang sehat terbukti tidak ada manfaatnya dari sisi kesehatan, tetapi sebaliknya, P2GP merupakan prosedur yang menyakitkan dan menimbulkan traumatis yang mengganggu fungsi alami tubuh. P2GP memberi konsekuensi kesehatan dalam jangka pendek, menengah dan jangka panjang seperti infeksi, perdarahan, depresi, komplikasi persalinan dan ketidaksuburan (WHO, 2008).

Laporan ini menyajikan hasil analisis data dari penelitian yang menggunakan metode gabungan kuantitatif dan kualitatif yang dilakukan pada tahun 2017 oleh UNFPA dengan dukungan dana dari Departemen Luar Negeri dan Perdagangan Australia (DFAT). Penelitian ini dilakukan untuk mengkaji perilaku orangtua dan penyedia layanan P2GP di sepuluh provinsi di Indonesia (17 kabupaten). Penelitian ini melibatkan dua lembaga yaitu Komisi Nasional Anti Kekerasan Terhadap Perempuan (Komnas Perempuan) untuk melakukan penelitian kualitatif dan Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan Universitas Gadjah Mada (PSKK UGM) untuk melakukan penelitian kuantitatif.

Penelitian ini menggunakan data dari penelitian nasional "Riset Kesehatan Dasar" (Riskesdas 2013) untuk lebih memahami pandangan dan pengalaman P2GP dari persepektif klien, penyedia layanan, dan pemangku jabatan lainnya, termasuk petugas kesehatan, administrator kesehatan, tokoh masyarakat dan agama.

---

<sup>1</sup> Pasal dua menyatakan, "Dewan Penasihat Kesehatan dan Pengajaran Islam diamanatkan untuk menerbitkan pedoman P2GP yang menjamin keselamatan dan kesehatan anak perempuan dan mencegah mutilasi alat kelamin perempuan".

Tujuan penelitian ini adalah untuk menciptakan kajian berbasis bukti untuk penyusunan advokasi kebijakan dengan pemangku kepentingan utama pemerintah. Penelitian sebelumnya dan bukti anekdot menunjukkan bukti akan adanya pergeseran praktik P2GP yang semula dilakukan oleh penyedia layanan tradisional beralih ke bidan yang terlatih secara medis. Medikalisasi P2GP tersebut menjadi tren di berbagai belahan dunia, yang mengarah pada prosedur praktik yang lebih tidak aman dan malah mendorong praktik tersebut. Dengan mengkaji kecenderungan praktik medikalisasi dari pandangan penyedia layanan dan orang tua, Penelitian ini menghasilkan data yang relevan untuk memberikan saran dan rekomendasi bagi kebijakan.

Dibandingkan negara-negara Afrika yang sudah melakukan penghentian P2GP sejak tahun 1980an, Indonesia dinilai terlambat karena Kementerian Kesehatan baru secara formal menangani masalah ini pada tahun 2006. Pemerintah telah mengakui bahwa P2GP sebagai sebuah kekerasan gender dan pelanggaran hak kesehatan reproduksi, yang dapat menghambat pertumbuhan dan kesejahteraan sosial bangsa. Namun upaya untuk menghentikan praktik tersebut terhambat oleh kebijakan yang tidak konsisten dan terbatasnya program yang mendukung perubahan perilaku. Singkatnya, penelitian ini telah berhasil mencapai tujuan untuk menciptakan data yang berkualitas tinggi dengan melibatkan pemangku kepentingan dalam mengarahkan kerangka kebijakan dan peraturan pemerintah untuk menghentikan praktik P2GP.

### **Kajian P2GP**

**Penting ditegaskan disini bahwa penelitian ini bukan Penelitian prevalensi dan tidak mewakili Indonesia secara keseluruhan.** Sebaliknya, data penelitian tersebut menggunakan data dari penelitian nasional yang dikenal dengan 'Penelitian Kesehatan Dasar' (Riskesdas tahun 2013) untuk lebih meneliti secara seksama tentang keyakinan dan perilaku yang secara langsung atau tidak langsung mempraktikkan P2GP di sepuluh provinsi (17 kabupaten/kota) yang diidentifikasi memiliki prevalensi P2GP tertinggi atau peraturan daerah yang mendukung P2GP dalam sistem retribusi pelayanan kesehatan. Para peneliti tertarik dengan adanya pergeseran kecenderungan/trend medikalisasi yang semula dilakukan oleh dukun bayi atau dukun sunat tradisional bergeser ke penyedia layanan kesehatan (terutama bidan).

Ruang lingkup penelitian dan domain yang diteliti sangat baik. Secara keseluruhan, Penelitian kuantitatif menggunakan kuesioner survei untuk mengeksplorasi pandangan dari 4.250 rumah tangga (4.250 ibu dan 2.782 ayah) dan 86 operator P2GP (60 bidan, 26 orang dukun bayi). Sementara Penelitian kualitatif melakukan wawancara mendalam dengan 237 informan (230 perempuan dan 7 laki-laki) termasuk ibu, ayah, nenek, bidan, dukun beranak/ dukun sunat, pemimpin agama dan masyarakat, petugas Dinas Kesehatan, staf biro hukum kabupaten dan guru.

Melalui survei yang dikembangkan oleh para ahli dalam proses konsultasi, wawancara mengeksplorasi sejumlah pertanyaan sebagai berikut:

- Pekerja pelayanan kesehatan seperti apakah yang melayani praktik P2GP?
- Apa saja tipe P2GP yang sering diimplementasikan dan bagaimana kesesuaiannya terhadap skema tipe P2GP dari WHO?
- Mengapa orang tua memilih P2GP, apa yang mempengaruhi pilihan mereka dan apa yang mempengaruhi para pelayan kesehatan untuk melakukan praktek tersebut?
- Apa motif yang melatarbelakangi keputusan untuk menyunat anak perempuan, apakah orang tua pernah mempertanyakan nilai yang terkandung dari tradisi tersebut?
- Apakah pelayan kesehatan juga memiliki pandangan yang sama sebagaimana orang tua bahwa praktek P2GP merupakan tradisi penting yang bermanfaat bagi anak perempuan?
- Apakah pekerja kesehatan peka terhadap hak asasi manusia dan dimensi legislatif dari praktik P2GP?
- Apakah P2GP dinilai sebagai praktik religius atau praktik tradisional?

### **Temuan utama penelitian**

Penelitian ini menemukan bahwa praktik P2GP dilakukan beragam, mulai dari membersihkan atau mensucikan daerah alat kelamin secara simbolik hingga menusuk, menggores, mengiris atau memotong bagian dari klitoris dan/atau bagian atas klitoris. Berbeda dengan pandangan umum yang menyatakan bahwa praktik P2GP di Indonesia kebanyakan merupakan praktek simbolik saja, fakta yang ditemukan mengenai praktik P2GP hampir semua kasus P2GP yang terjadi menimbulkan trauma dan perlukaan pada bagian klitoris, preputium, dan bagian lain dari vulva. Ritual pembersihan dan bentuk simbolik lainnya juga ditemukan, namun dalam jumlah yang sangat sedikit, sekitar 1,2% kasus dan setidaknya sekitar 60% praktik P2GP mencakup pemotongan atau penggoresan bagian organ genitalia seperti yang dilaporkan oleh responden orang tua. Kasus selebihnya tidak diklasifikasikan oleh PSSK UGM sebagai tipe yang sesuai dengan klasifikasi WHO, 28% orang tua melaporkan jenis yang memotong bagian klitoris dan preputium dan 6% mengatakan bahwa P2GP dilakukan dengan penggoresan atau penggesekan bagian uretra (PSSK UGM, 2017). Hanya sebagian kecil dukun (7.7%) melakukan P2GP secara simbolik dan tidak membahayakan dengan cara pembersihan ritual dengan menggunakan kunyit. Namun, tidak ditemukan adanya bidan yang melakukan P2GP secara simbolik. Sebanyak 23.3% sampai 43.3% bidan dan 11.5% sampai 34.6% dukun melakukan P2GP tipe 4

Penelitian ini juga menegaskan bahwa praktik P2GP menimbulkan rasa sakit dan sangat membahayakan dikarenakan praktik tersebut berisiko mengakibatkan perdarahan dan infeksi. Data juga menunjukkan bahwa praktik P2GP dilakukan pada anak perempuan dengan umur yang sangat muda. Hampir setengah dari keseluruhan kasus P2GP dilakukan pada anak perempuan sebelum menginjak umur 4 bulan dan praktik P2GP ini juga dilakukan pada 24% anak perempuan sebelum mereka berusia 3 tahun. Temuan kualitatif menyebutkan bahwa sebagian besar praktik P2GP dilakukan ketika anak masih kecil, sehingga anak sebagian besar anak perempuan tersebut tidak ingat atau tidak dapat

menceritakan tentang kesakitan fisik yang dialaminya terkait dengan pengalaman P2GP. Dalam hal praktik P2GP terhadap bayi dan balita, prosedur tersebut termasuk ke dalam pelayanan “paket melahirkan”.

Dalam masyarakat yang mempraktikkan P2GP, P2GP sendiri dianggap sebagai norma social yang mendukung keyakinan bahwa proses ini menjadikan perempuan sempurna keislamannya (*Komnas Perempuan*, 2017; Udin, 2015; Budiharsana et al, 2003). Pemahaman agama terhadap praktik P2GP berkelindan antara budaya dan agama, ada pula yang mempercayai bahwa praktik P2GP yang dilakukan turun termurun ini mampu mengendalikan hasrat seksual, meningkatkan kesehatan reproduksi dan meningkatkan keharmonisan perkawinan (PSKK UGM, 2017; *Komnas Perempuan*, 2017; Udin, 2015, 2010).

Praktik P2GP telah menjadi tradisi yang dipercaya sebagai aturan agama, sehingga perlawanan bidan dan orang tua terhadap praktik tersebut tertutup oleh kekuatan tradisi dan keagamaan. Meskipun sebagian besar orangtua meyakini bahwa praktik P2GP ada manfaatnya, 66% bidan tidak menganggap P2GP sebagai praktik yang diperlukan dan 55% dari bidan mengetahui bahwa praktik tersebut dilarang oleh Kementerian Kesehatan (PSKK UGM, 2017). Hasil statistik ini diharapkan mampu mendorong kesadaran dan kemampuan berkomunikasi para bidan untuk dapat menolak permintaan dari orang tua di masa akan datang. Hal ini sangat penting mengingat adanya fakta lapangan bahwa jumlah dukun beranak telah menurun dikarenakan faktor umur, kebanyakan mereka sudah tua dan generasi muda enggan meneruskan profesi tersebut.

## Rekomendasi Kunci

Tujuh strategi berikut direkomendasikan untuk dilakukan di masa depan untuk memantau dan memberantas P2GP di Indonesia:

1. Mengembangkan data untuk memetakan prevalensi P2GP di Indonesia; bagi indikator Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB), termasuk pada tingkat daerah. P2GP semestinya diintegrasikan ke dalam meta-data demografis yang ada untuk kepentingan monitoring dan evaluasi serta memastikan komitmen jangka panjang pemerintah Indonesia.
2. Membuat dan mengembangkan proyek percontohan multi sektoral di daerah yang prevalensinya tinggi, dengan kemungkinan untuk mengembangkan prototip yang dapat ditingkatkan Pendekatan terfokus dan multi-sektoral yang bekerja secara komprehensif dan intensif dengan melibatkan Kementerian/ Lembaga terkait, sektor bisnis/ dunia usaha, Lembaga Swadaya Masyarakat (*Civil Society Organization*) termasuk Organisasi kemasyarakatan, lembaga keagamaan/ tokoh agama dan tokoh adat untuk menghapuskan praktik P2GP.
3. Mengedukasi dokter, bidan dan penyedia layanan kesehatan tentang komplikasi P2GP; Beberapa aktivitas direkomendasikan untuk menysasar sisi penyedia layanan P2GP seperti dialog inisiasi dengan Kementerian Kesehatan dan Kementerian Pendidikan Tinggi dan Riset Teknologi untuk mengarusutamakan pencegahan praktik P2GP ke dalam layanan dan pendidikan kesehatan reproduksi serta lokakarya pengembangan

profesi bagi para bidan yang bekerja di puskesmas, rumah sakit dan pusat layanan kesehatan lainnya.

4. Reformasi kebijakan, memperkuat kerangka kerja kebijakan; Kebijakan terkait P2GP perlu dikembangkan secara konsisten dan komprehensif dengan merevisi undang-undang yang ada dan langkah-langkah lain, mengintegrasikan kebijakan tentang P2GP ke dalam RUU Penghapusan Kekerasan Seksual. dan Kebutuhan untuk merevisi kebijakan yang
5. Melibatkan perempuan, laki-laki dan pemuda untuk mendukung penghentian praktik P2GP melalui LSM lokal dan sekolah; Di atas segalanya, penting untuk menargetkan perempuan- sebagai klien layanan P2GP - dan pemuda - sebagai klien masa depan. Program yang berfokus pada masyarakat dapat dicapai dengan bekerja sama dengan pemerintah dan LSM yang menangani isu-isu dengan pemuda, kekerasan gender, dan kesehatan reproduksi.
6. Bekerja dengan tokoh agama; Bekerja dengan organisasi keagamaan dan tokoh agama terkemuka diperlukan untuk menyebarkan ajaran Islam yang sebenarnya mengenai P2GP, para tokoh agama memiliki potensi untuk mempengaruhi keyakinan masyarakat yang mempraktekan P2GP
7. Melakukan riset lanjutan yang melihat dampak lebih luas dari P2GP termasuk sector kesehatan, dampak ekonomi dan pada wilayah mayoritas Islam yang tidak pernah mempraktikkan atau tidak melakukan sama sekali atau tidak mendukung praktik P2GP.

## Daftar Isi

Ringkasan Eksekutif	3
Daftar Tabel	10
Daftar Gambar	11
Daftar Singkatan	12
<b>Bab 1: Pendahuluan dan Metodologi</b>	<b>13</b>
Simbolik atau pemotongan sebenarnya?	14
Penelitian P2GP	15
Tujuan Penelitian	15
Metodologi	16
Keterbatasan penelitian	22
<b>Bab 2: P2GP di Indonesia: Tinjauan Literatur</b>	<b>24</b>
Istilah P2GP	24
Sejarah Singkat P2GP	25
P2GP Kini	26
Medikalisasi dan Bahayanya	27
Perspektif Hak Asasi Manusia	30
<b>Bab 3: Data Responden dan Gambaran Umum P2GP</b>	<b>32</b>
Karakteristik Sampel Rumah Tangga	32
Keragaman Budaya dalam Praktik P2GP	34
Usia pada Saat Dilakukan P2GP	36
Penyedia Layanan dan Tempat Dilakukan P2GP	37
Biaya P2GP	38
<b>Bab 4: Sikap, Nilai dan Perilaku Orang Tua</b>	<b>41</b>
Jenis-jenis P2GP Menurut Orang Tua	41
Motif	42
Pengaruh	44
Transmisi antar Generasi	44
Pengambilan keputusan	45
Persetujuan	46
Mempertanyakan P2GP dan Ketidaksetujuan	47
Dampak Kesehatan dan Psikologis	49
<b>Bab 5: Sikap, Nilai dan Perilaku Penyedia Layanan Kesehatan</b>	<b>50</b>
Jenis Pemotongan: Perspektif Penyedia Layanan Kesehatan	50

	Alat dan Perawatan Topical	51
	Pentingnya P2GP	52
	Dampak Kesehatan	54
	Pengetahuan tentang Prosedur P2GP	55
	Dinamika P2GP	57
<b>BAB 6:</b>	<b>Analisis Data</b>	<b>59</b>
<b>Bab 7:</b>	<b>Rekomendasi untuk Menurunkan Prevalensi P2GP</b>	<b>66</b>
Lampiran 1:	Diagram <i>Multistage Cluster Sampling</i> untuk Penelitian Kuantitatif (Survei) berdasarkan prevelensi P2GP tertinggi (7 propinsi: Gorontalo, Bangka Belitung, Banten, Riau, South Kalimantan, Jawa Barat, Sulawesi Barat)	70
Lampiran 2:	Diagram <i>Multistage Cluster Sampling</i> untuk Penelitian Kuantitatif (Survei) berdasarkan Propinsi dengan Daerah yang Memiliki Regulasi Lokal tentang P2GP (Kalimantan Timur, Jambi, dan Nusa Tenggara Barat)	71
Lampiran 3:	Anggota Tim Konsultatif	72
Lampiran 4:	Daftar Pustaka	74
Lampiran 5:	Jaminan Kualitas Penelitian	77

## Daftar Tabel

Tabel 1	: Prevalensi P2GP Lintas Daerah (Riskesdas 2013)	17
Tabel 2	: Responden per Rumah Tangga (PSKK UGM, 2017)	19
Table 3	: Tipe P2GP (WHO, 2010)	25
Tabel 4	: Tingkat Pendidikan Responden Rumah Tangga (Perempuan/Istri) (PSKK UGM, 2017)	32
Tabel 5	: Komposisi Suku Responden (PSKK UGM, 2017)	33
Tabel 6	: Konteks Upacara P2GP di 9 Daerah Penelitian (Komnas Perempuan, 2017)	35
Tabel 7	: Rata-Rata Umur Anak Perempuan Disunat (PSKK UGM, 2017)	36
Tabel 8	: Preferensi Penyedia Layanan, Berdasarkan Wilayah (PSKK UGM, 2017)	38
Tabel 9	: Tempat Praktik P2GP antara Desa dan Kota (PSKK UGM, 2017)	38
Tabel 10	: Biaya P2GP (PSKK UGM, 2017)	39
Tabel 11	: Tipe P2GP, dan Penyedia Layanan (PSKK UGM, 2017)	42
Tabel 12	: Motif Melakukan P2GP pada Anak Perempuan (PSKK UGM, 2017)	43
Tabel 13	: Pihak yang Mempengaruhi Pemahaman dan Sikap tentang P2GP (PSKK UGM, 2017)	44
Tabel 14	: Ibu dan Nenek yang Mengalami P2GP (PSKK UGM, 2017)	44
Tabel 15	: Perspektif Siapa yang Mmutuskan Kapan Anak Perempuan akan Disunat (PSKK UGM, 2017)	45
Tabel 16	: Alasan Memilih Layanan untuk P2GP (PSKK UGM, 2017)	46
Tabel 17	: Permintaan persetujuan oleh Penyedia Layanan (PSKK UGM, 2017)	47
Tabel 18	: Persepsi Mengenai Anak Perempuan Perlu Menjalani P2GP atau Tidak (PSKK UGM, 2017)	47
Tabel 19	: Pendapat Mengenai P2GP Perlu Diteruskan atau Tidak (PSKK UGM, 2017)	48
Tabel 20	: Alasan Menolak Praktik P2GP (PSKK UGM, 2017)	48
Tabel 21	: Persepsi tentang Dampak Kesehatan 2GP (PSKK UGM, 2017)	49
Tabel 22	: Persepsi tentang Dampak Psikologis P2GP (PSKK UGM, 2017)	49
Tabel 23	: Ingatan Orang Tua tentang Jenis Alat yang Digunakan dalam Praktik P2GP (PSKK UGM, 2017)	51
Tabel 24	: Ingatan Tenaga Kesehatan tentang Obat-Obatan dan Ramuan yang Digunakan dalam Praktik P2GP (PSKK UGM, 2017)	52

## Daftar Gambar

Gambar 1	: Distribusi Penyedia Layanan Kesehatan yang Melakukan P2GP Sejak 2001-2013 (Riskesmas 2013)	28
Gambar 2	: Keanggotaan Organisasi Keagamaan (PSKK UGM, 2017)	34
Gambar 3	: Keyakinan Penyedia Layanan tentang Siapa yang Menetapkan Biaya P2GP (PSKK UGM, 2017)	40
Gambar 4	: Tipe P2GP Menurut Penyedia Layanan (PSKK UGM, 2017)	50
Gambar 5	: Pendapat Tenaga Kesehatan tentang Apa Perlu dilakukan P2GP (PSKK UGM, 2017)	53
Gambar 6	: Pendapat Tenaga Kesehatan tentang Apakah P2GP Bermanfaat (PSKK UGM, 2017)	53
Gambar 7	: Pendapat Tenaga Kesehatan tentang Alasan Mengapa P2GP Dianggap Bermanfaat? (PSKK UGM, 2017)	54
Gambar 8	: Pendapat Tenaga Kesehatan tentang Dampak Kesehatan dari P2GP (PSKK UGM, 2017)	55
Gambar 9	: Sumber pengetahuan Tenaga Kesehatan Mengenai Praktik P2GP (PSKK UGM, 2017)	56
Gambar 10	: Pengetahuan Penyedia Layanan tentang Peraturan Terkini Mengenai Larangan P2GP (PSKK UGM, 2017)	56
Gambar 11	: Persepsi Tenaga Kesehatan terkait Perubahan Permintaan P2GP Sejak Peraturan Kesehatan Tahun 2010 (PSKK UGM, 2017)	57
Gambar 12	: Pendapat Tenaga Kesehatan Mengenai Apakah P2GP Harus Diteruskan atau Dihentikan (PSKK UGM, 2017)	57
Gambar 13	: Pendapat Tenaga Kesehatan tentang Mengapa P2GP Harus Dihapuskan (PSKK UGM, 2017)	58
Gambar 14	: Pendapat Tenaga Kesehatan tentang Siapa yang Bertanggung Jawab Mencegah P2GP (PSKK UGM, 2017)	58

## Daftar Singkatan

Bappenas	:	Badan Perencanaan Pembangunan Nasional
CEDAW	:	the Convention of the Elimination of All Forms of Discrimination against Woman
FGM/C	:	Female genital mutilation/cutting
IBI	:	Ikatan Bidan Indonesia
ICPD	:	International Conference for Population and Development
KPP PA	:	Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak
MUI	:	Majlis Ulama Indonesia
KP	:	Komnas Perempuan
NU	:	Nahdlatul Ulama
Permenkes	:	Peraturan Menteri Kesehatan
P2GP	:	Pemotongan/Perlukaan Genitalia Perempuan- FGM/C
PSKK UGM	:	Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan Universitas Gadjah Mada
Riskesdas	:	Riset Kesehatan Dasar
RPJM	:	Rencana Pembangunan Jangka Panjang Menengah
SDG	:	Sustainable Development Goals/ Tujuan Pembangunan Berkelanjutan
SRHR	:	Sexuality and Reproductive Health and Rights

# BAB I: PENDAHULUAN DAN METODOLOGI

P2GP merupakan suatu praktik tradisi yang terkonsentrasi di 29 negara di Afrika dan Timur Tengah, namun ditemukan juga di beberapa negara Asia termasuk India, Pakistan dan Indonesia. Di seluruh dunia, dua ratus juta perempuan dan anak perempuan diperkirakan telah menjalani prosedur P2GP, sebelum tahun 2020 (UNICEF, 2016). Sebagai suatu tindakan medis tanpa adanya manfaat kesehatan, P2GP oleh masyarakat internasional dianggap sebagai ancaman terhadap kesehatan reproduksi, sebagai bentuk kekerasan berbasis gender dan pelanggaran terhadap hak asasi manusia lainnya (Johansen et al, 2008).

Dalam kerangka kerja Rencana Aksi Nasional untuk Penghapusan Kekerasan terhadap Perempuan, pada tahun 2006 Pemerintah Indonesia melalui Kementerian Kesehatan mengeluarkan surat edaran yang melarang petugas kesehatan melakukan praktik P2GP. Kondisi tersebut serta perkembangan selanjutnya, dapat diringkas sebagai berikut:

- Tahun 2006: Kementerian Kesehatan mengeluarkan Surat Edaran nomor: HK .00.07.1.3.1047a tentang Larangan Medikalisasi Sunat Perempuan bagi Petugas Kesehatan. Surat edaran tersebut dicabut pada tahun 2008 setelah mendapat penolakan melalui Fatwa Majelis Ulama Indonesia (MUI) yang mengeluarkan fatwa (no. 9A) untuk menolak surat edaran tersebut.
- Tahun 2010: Kementerian Kesehatan mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 1636/ MENKES/ PER/XI/2010 tentang Sunat Perempuan. Kebijakan tersebut secara eksplisit ini tidak memberikan otorisasi kepada penyedia layanan kesehatan untuk melakukan P2GP. Kebijakan tersebut memastikan P2GP diimplementasikan secara aman dan higienis. Kebijakan ini telah mengakomodir fatwa dari MUI.
- Tahun 2014: Kementerian Kesehatan mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 6 tahun 2014 berdasarkan tidak adanya manfaat kesehatan dan risiko medikalisasi yang berbahaya (Berita Negara Republik Indonesia, 2014 No. 185). Bagi banyak orang, peraturan Kementerian Kesehatan tahun 2014 tersebut tidak memberikan sikap yang jelas mengenai apakah Indonesia melarang atau mengizinkan

medikalisasi P2GP<sup>1</sup> dan dipandang oleh kebanyakan orang untuk melegitimasi medikalisasi (Marcoes & Rohmaniya 2015).

Berbagai upaya untuk melarang P2GP pada tahun 2016 mendapatkan dukungan dari kalangan LSM yang bekerja dalam isu kesehatan perempuan dan Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KPPPA). Namun, hal tersebut tidak didukung oleh Kementerian Agama dan MUI. Lembaga non-pemerintah nasional berfungsi sebagai payung bagi para ilmuwan agama, organisasi dan pemimpin yang menyatakan sebuah fatwa dikeluarkan berdasarkan argumen bahwasanya P2GP adalah *fitrah* (kebijakan sejak lahir), *syiar Islam* dan *makrumah* (sebuah perbuatan mulia)<sup>2</sup>. Singkatnya, fatwa tersebut bukan pro P2GP, namun bertentangan dengan larangan pemerintah terhadap P2GP sebagai tindakan yang melawan hukum Islam.

### Simbolik atau pemotongan nyata?

Berbeda dengan Afrika dan Timur Tengah, dimana P2GP mulai ditangani pada tahun 1980an dan 1990an, Indonesia mulai mengerjakan isu terkait P2GP pada akhir tahun 2000an. Felliard and Marcoes (1998) menyatakan bahwa alasan mengapa isu P2GP mendapat perhatian lebih kecil di Indonesia dibandingkan dengan Afrika adalah karena adanya kepercayaan yang populer di masyarakat bahwa sebagian besar P2GP bersifat simbolik atau hanya tusukan kecil atau sayatan pada klitoris atau bagian lain dari vulva. Kepercayaan yang masih umum di Indonesia saat ini ditantang oleh Penelitian empiris yang menemukan sebagian besar P2GP di Indonesia adalah P2GP WHO tipe tipe 1 dan 4 (Budiharsana et al, 2003; Uddin 2010; Badan Litbang Kesehatan, 2013; Habsjah, 2013). Uddin (2010) memperkirakan bahwa: di seluruh Indonesia, 44% praktik P2GP dilakukan terbatas rumah sakit dan klinik dan mereka melihat praktik P2GP tipe 1, sementara sisanya 56% melakukan P2GP tipe 4 (Mohon lihat Tabel 3 Jenis-jenis FGM / C berdasarkan klasifikasi WHO).

Ini adalah kasus infibulasi, bentuk P2GP yang sangat kejam yang ditemukan di beberapa bagian Afrika, dan bukan norma di Indonesia. Ianya tidak mengikuti bahwa P2GP di Indonesia bukan suatu tidak kekerasan dan tidak layak untuk mendapatkan perhatian. Jutaan perempuan di Indonesia telah menderita, atau berisiko mengalami cliterodectomy atau jenis kerusakan subkutan yang sangat menyakitkan pada selaput genital mereka. Dari perspektif hak asasi manusia, kekerasan yang dilakukan terhadap satu perempuan pun sudah terlalu banyak.

---

<sup>1</sup> Pasal dua menyatakan, "Dewan Penasihat Kesehatan dan Pengajaran Islam diamanatkan untuk menerbitkan pedoman P2GP yang menjamin keselamatan dan kesehatan anak perempuan dan mencegah mutilasi alat kelamin perempuan".

<sup>2</sup> Komisi Fatwa Majelis Ulama Indonesia. 2009. Putusan Fatwa Dewan Nasional No 9A 2008 tentang Hukum Larangan Penyunatan Wanita. Jakarta: Majelis Ulama Indonesia

## Penelitian P2GP

Penelitian ini diorganisir oleh UNFPA dengan dukungan dana dari DFAT Australia, Penelitian ini dirancang berdasarkan penelitian sebelumnya yang telah mengeksplorasi ekspresi budaya masyarakat terhadap P2GP dan tipe-tipe P2GP yang diterapkan di masyarakat. Penelitian ini menggali perilaku sosio-kultural dan alasan permintaan pelaksanaan P2GP di kalangan tenaga kesehatan dan orangtua. Beberapa pertanyaan yang dikembangkan dalam kajian ini, diantaranya:

- Siapa klien P2GP? Apa karakteristik latar belakang mereka? Kemana mereka pergi untuk mendapatkan pelayanan P2GP? Mengapa klien datang ke penyedia layanan kesehatan?
- Siapakah operator P2GP? Dimana para penyedia layanan kesehatan melakukan P2GP? Bagaimana setiap jenis penyedia layanan kesehatan melakukan P2GP? Bagaimana prosedur teknik yang dilakukan oleh berbagai penyedia layanan? Bagaimana mereka belajar melakukan praktik P2GP, apakah pedomannya tersedia? Apakah tipe P2GP yang dilakukan oleh berbagai pelayanan kesehatan?
- Bagaimana pengetahuan dan sikap dari penyedia layanan kesehatan (dokter, bidan dan perawat) terkait P2GP? Bagaimana kesadaran mereka mengenai peraturan P2GP? Apakah mereka mengetahui dampak kesehatan dan psikologis dari P2GP?
- Apa alasan/ motivasi untuk melakukan P2GP? Struktur biaya apa yang diberikan kepada penyedia layanan kesehatan, berapa biaya P2GP dan insentif untuk penyedia layanan? Apakah penyedia layanan menagihkan biaya untuk skema publik? Apakah ada tekanan sosial terhadap penyedia layanan kesehatan/pengguna dari masyarakat untuk melakukan P2GP?
- Apa alasan dan motivasi masyarakat untuk mendapatkan layanan P2GP dari penyedia layanan kesehatan? Apa pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kebijakan dan peraturan terkait P2GP dari aspek hak asasi manusia? Apa persepsi budaya dan agama tentang P2GP?

## Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mendukung Pemerintah Indonesia untuk menyusun suatu perubahan kebijakan yang relevan untuk mendukung pengurangan dan penghapusan P2GP. Untuk mencapai target ini, penelitian ditujukan untuk lebih fokus terhadap temuan “Riset Kesehatan Nasional (Riskesdas, 2013) untuk lebih memahami pandangan dan pengalaman P2GP dari persepektif klien, penyedia layanan, dan pemangku jabatan lainnya, termasuk petugas kesehatan, administrator kesehatan, tokoh masyarakat dan agama.

Penting kiranya untuk berfokus pada pihak yang menyediakan maupun membutuhkan layanan praktik P2GP dikarenakan untuk salah satu jalan keluar untuk mendorong penghapusan praktik P2GP perlu menyasar kedua belah pihak yang berkaitan dengan siklus reproduksi praktik tersebut. Selain sebagai bahan untuk melakukan advokasi dan dialog

kebijakan, penelitian ini juga berfungsi untuk mempertajam pertanyaan yang digunakan untuk memonitor prevalensi P2GP secara demografis, melakukan penelitian di masa depan dan mengembangkan program-program penyadaran masyarakat. Upaya menyoar pada ketersediaan dan kebutuhan P2GP memerlukan pendekatan baik dari atas ke bawah maupun sebaliknya serta pendekatan yang spesifik sesuai dengan wilayah kajian. Secara umum, penelitian ini bukan penelitian prevalensi sehingga belum dapat dijadikan bukti untuk menjadi model nasional penanganan P2GP di Indonesia secara keseluruhan.

Tujuan penelitian adalah sebagai berikut:

1. Mendeskripsikan distribusi kasus P2GP menurut jenis penyedia layanan kesehatan dan tempat seperti rumah sakit, klinik dan fasilitas layanan kesehatan masyarakat lainnya.
2. Menjelaskan berbagai karakteristik penyedia layanan kesehatan (dokter, perawat, bidan) yang melakukan praktik P2GP.
3. Mengidentifikasi beragam praktik P2GP (tipe P2GP) menurut jenis operator dan prosedur medis serta konsekuensinya pada aspek kesehatan.
4. Mengkaji sikap dan persepsi penyedia layanan terhadap praktik P2GP.
5. Memahami konteks, alasan/ motivasi (seperti: insentif keuangan, tekanan sosial, keyakinan budaya atau agama dll.) bagi penyedia layanan kesehatan dalam memutuskan apakah akan melakukan P2GP atau tidak.
6. Mengidentifikasi dan menelusuri pengetahuan, sikap, dan praktik medikalisasi P2GP dalam masyarakat termasuk peraturan kebijakan dan aspek hak asasi manusia.
7. Memberikan dukungan kepada Pemerintah Indonesia untuk mengimplementasikan kebijakan-kebijakan untuk mempromosikan penghapusan P2GP melalui peraturan/perundang-undangan yang sesuai, berdasarkan bukti empiris ini.

## Metodologi

Penelitian deskriptif ini dirancang dengan pendekatan gabungan yaitu menggunakan pendekatan kualitatif dan kuantitatif. Sebagai penelitian dengan metode gabungan, kedua tim bekerjasama untuk menyelaraskan pengumpulan dan analisis data sekuensial. Penelitian ini menggunakan pertanyaan semi struktur, wawancara mendalam, dan diskusi kelompok. Penelitian kuantitatif oleh PSKK UGM menggunakan proses *multi-stage area sampling* dengan pemilihan lokasi secara *purposive*, *PPS* dan *teknik snowball* Data dihasilkan melalui kuesioner survey dan wawancara yang melibatkan 4.250 rumah tangga (4.250 ibu dan 2.782 ayah) dan 86 penyedia layanan praktik P2GP.

Sementara pendekatan kualitatif oleh Komnas Perempuan dengan mengandalkan pada observasi dan wawancara (wawancara mendalam dan narasi perempuan) dengan 237 informan, Diskusi kelompok dilakukan dengan 277 peserta, kebanyakan peserta dipilih dengan sample yang dihasilkan dari penelitian kuantitatif. Selain mewawancarai orang tua dan penyedia layanan Komnas Perempuan juga melakukan wawancara untuk memahami padangan guru, petugas kesehatan, dan tokoh masyarakat dan agama.

Kedua tim peneliti melakukan hal-hal sebagai berikut:

- Melakukan tinjauan literatur tentang P2GP di Indonesia terkait demografi, budaya dan dinamika kebijakan
- Mendisain dan melakukan penelitian tentang sikap, pilihan, motif dan preferensi prosedur P2GP di sepuluh provinsi
- Menganalisis data dengan menggunakan kerangka kerja hak asasi manusia dan kebijakan.

Tumpang tindih antara sampel komunitas dan kategori meta tematik membentuk sebuah triangulasi yang dikenal sebagai desain konvergen. Desain konvergen memudahkan untuk mendapatkan perbandingan dan kontras data yang dikumpulkan pada waktu yang kurang lebih sama dan menggunakan konstruksi paralel. Hal ini mendorong analisis setiap kumpulan data secara terpisah, diikuti dengan perbandingan data untuk konsistensi, ketidaksesuaian dan perbedaan.

Dibandingkan dengan pendekatan metode tunggal, penggabungan dua set data lebih menguras tenaga, baik dari segi pelaksanaan penelitian maupun pengkoordinasian tim penelitian. Namun manfaat dari metode campuran adalah memudahkan validasi data dari satu data ke data yang lain, memudahkan transformasi data untuk perbandingan, memudahkan proses pengamatan berbagai tipe pertanyaan (Creswell & Plano Clark, 2007: 118). Selain menghasilkan data yang dapat divalidasi secara internal melalui triangulasi, melibatkan kedua pendekatan kualitatif dan kuantitatif mendorong keterlibatan interdisipliner dan beberapa pemangku kepentingan yang lebih besar.

#### Pemilihan Lokasi Penelitian

Tim PSSK UGM menggunakan teknik sampling *multistage* – sebuah proses dimana sampel dengan nilai representatif yang baik secara beruntun disempurnakan. Dalam hal ini, tim penelitian menyeleksi provinsi, kabupaten, kecamatan, desa, dan rumah tangga melalui proses-proses sebagai berikut:

**Tabel 1 : Prevalensi P2GP Lintas Wilayah (Riskesdas, 2013)**

No	Provinsi	Pertimbangan	No	Kabupaten/ Kota	Pertimbangan	
		Prevelensi P2GP Tinggi di Tingkat Provinsi			Prevelensi P2GP Tinggi di Tingkat Kabupaten/ Kota	Peraturan Daerah
1.	Gorontalo	83,7	1.	Kab. Bone Bolango	93,1	
			2.	Kab. Gorontalo Utara	86,9	
2.	Bangka Belitung	83,2	3.	Kab. Belitung Timur	93,1	
			4.	Kab. Bangka Selatan	90,6	

No	Provinsi	Pertimbangan		Pertimbangan		
		Prevelensi P2GP Tinggi di Tingkat Provinsi	No	Kabupaten/ Kota	Prevelensi P2GP Tinggi di Tingkat Kabupaten/ Kota	Peraturan Daerah
3.	Banten	79,2	5.	Kab. Pandeglang	90,7	
			6.	Kab. Lebak	87,6	
4.	Riau	74,4	7.	Kota Dumai	85,8	
			8.	Kab. Kepulauan Meranti	83,5	
5.	Kalimantan Selatan	78,7	9.	Kab. Barito Kuala	85,7	
			10.	Kab. Banjar	84,6	
6.	Jawa Barat	73,4	11.	Kab. Bogor	93,6	
			12.	Kota Bogor	92,8	
7.	Sulawesi Barat	72,1	13.	Kab. Majene	92,5	
			14.	Kab. Polewali Mandar	90,7	
8.	Kalimantan Timur	60,4	15.	Kota Samarinda	80,5	Peraturan daerah tentang P2GP tersedia
9.	Jambi	69,7	16.	Kota Jambi	74,6	Peraturan daerah tentang P2GP tersedia
10.	Nusa Tenggara Barat	68,7	17.	Kab. Lombok Barat	58,1	Peraturan daerah tentang P2GP tersedia

Langkah pertama memilih sepuluh provinsi dengan 17 kabupaten/kota terpilih:

- (i) Tujuh provinsi (dengan empat belas kecamatan terpilih) dipilih berdasarkan temuan dari Badan Litbang Kesehatan, 2013 mengenai daerah dengan tingkat prevelensi P2GP tertinggi di Indonesia (Gorontalo, Bangka Belitung, Banten, Riau, Kalimantan Selatan, Jawa Barat, Sulawesi Barat);
- (ii) Tiga provinsi (dengan 3 kecamatan) dipilih karena adanya kerangka kerja legislatif yang mendukung medikalisasi P2GP (Kalimantan Timur, Jambi, dan Nusa Tenggara Barat). Secara khusus, ketiga kecamatan ini mengeluarkan Peraturan Daerah yang memasukkan P2GP sebagai bagian dari layanan kesehatan sehingga pemungutan biaya P2GP dibayarkan ke pemerintah kabupaten sebagai sumber Penghasilan Anggaran Daerah (PAD)

Setelah pemilihan lokasi untuk penelitian, PSKK-UGM menetapkan kecamatan dan desa dengan menggunakan probabilitas sebanding dengan ukuran – *Probability Proportional to Size* (PPS). Sample PPS diambil dari populasi unit yang terbatas dan probabilitas pemilihan unit tertentu disesuaikan untuk memperhitungkan proporsi relatif dan ukurannya. Ini adalah manfaat dari PPS, yang dapat menciptakan ukuran sampling yang memaksimalkan proporsi ukuran sebenarnya dari sampel dalam keseluruhan populasi.

Untuk menentukan ukuran dalam setiap unit, peneliti PSKK UGM mengandalkan data populasi tentang kecamatan dan desa (dengan informasi rinci tentang jumlah anak perempuan 0-14 tahun) dari kantor Badan Pusat Statistik (BPS) tingkat kabupaten/kota.

Kerangka sampling ini dipilih untuk lima kecamatan dan kemudian lima desa / kelurahan), seperti yang diilustrasikan pada Annex 1 dan 2.

Untuk memilih rumah tangga, tim peneliti kuantitatif mengandalkan sumber daya lokal seperti kepala desa, tokoh agama, bidan, dan dukun untuk mengumpulkan informasi guna menghasilkan daftar rumah tangga. Kriteria utama untuk memilih rumah tangga adalah rumah tangga yang memiliki setidaknya satu anak perempuan yang berusia antara 0-11 yang pernah mengalami P2GP. Setelah daftar dibuat, tim peneliti kualitatif secara acak memilih sepuluh rumah tangga dari lima desa di seluruh populasi perkotaan dan pedesaan untuk disurvei. Secara keseluruhan, mereka mewawancarai 50 rumah tangga dari masing-masing kabupaten/kota untuk disurvei dan diwawancarai

Penelitian kualitatif menggunakan sampel yang dihasilkan oleh tim PSKK UGM untuk tingkat desa. Peneliti kemudian menempatkan subjek wawancara dari mulut ke mulut. Teknik ini dikenal sebagai teknik sampel *snowball*, Teknik ini merupakan pendekatan yang sensitif untuk memperoleh akses terhadap informan dikarenakan pemilihan sampel didasarkan pada rekomendasi personal; dari orang yang telah diwawancarai sebelumnya dan dikenal oleh para peneliti. Mengingat P2GP merupakan topik sensitif, *snowball sampling* memaksimalkan hubungan berdasarkan kepercayaan dan rasa saling hormat antara pewawancara dan orang yang diwawancarai.

**Tabel 2: Responden per Rumah Tangga (PSKK UGM, 2017)**

Wilayah Penelitian (PSKK UGM) Provinsi	Responden Rumah Tangga		
	Istri	Suami	Anggota Rumah Tangga Perempuan yang Mengalami P2GP
Bangka Belitung	500	387	594
Banten	500	353	604
Gorontalo	500	366	621
Jambi	250	76	316
Jawa Barat	500	170	628
Kalimantan Selatan	500	366	586
Kalimantan Timur	250	131	301
Nusa Tenggara Barat	250	183	304
Riau	500	391	623
Sulawesi Barat	500	359	674
<b>Total</b>	<b>4.250</b>	<b>2.782</b>	<b>5.251</b>

### Sampel Wawancara

Penelitian kualitatif mewawancarai 230 perempuan dan 7 laki-laki, termasuk:

- 70 ibu. Hanya 2.8% wilayah perkotaan dan 0.05% perempuan di pedesaan TIDAK memilih praktik P2GP kepada anak perempuan
- 44 bidan
- 41 dukun (tenaga layanan tradisional)
- 40 tokoh agama dan tokoh masyarakat
- 11 pendidik (guru dan kepala sekolah)
- 24 petugas dinas kesehatan kabupaten

Tim peneliti kualitatif juga melakukan diskusi kelompok dengan melibatkan 277 bidan dan penyedia layanan kesehatan lainnya.

### Pengumpulan data

Tim peneliti melakukan *desk study* (kajian literatur) untuk meninjau kebijakan, peraturan perundangan, dimensi normatif terkait praktik P2GP di Indonesia dan dalam konteks global. PSKK UGM dan Komnas Perempuan meninjau secara keseluruhan sejarah P2GP di Indonesia dan luar negeri, kerangka kerja kebijakan nasional, pemahaman tradisional dan agama, gerakan sosial nasional yang menolak P2GP dan sejarah kebijakan di negara lainnya yang relevan dengan kasus di Indonesia. Mereka meninjau secara keseluruhan dokumen dan literatur dari Pemerintah, Lembaga PBB, institusi penelitian, LSM, CSO, dan jurnal akademik. Tinjauan literatur ini mengawal formulasi pertanyaan dalam survey, diskusi kelompok dan wawancara terbuka.

### Instrumen

Tim peneliti dari PSSK UGM dan *Komnas Perempuan* mengembangkan instrumen penelitian dengan bersama dengan kelompok konsultatif yang terdiri dari pemerintahan (Bappenas, Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, Kementerian Kesehatan, Badan Pusat Statistik (BPS), UNFPA, akademisi, tenaga ahli (penggiat hak perempuan, penggiat hak anak, psikolog, tokoh agama, religious leaders, ahli SRHR). Instrumen ini diformulasikan dari literatur; melalui beberapa serial lokakarya dengan tim konsultatif dan dalam kegiatan yang terkait dengan "*training of training*" (TOT); dan uji coba lapangan. Secara keseluruhan, menyempurnakan alat untuk wawancara dan survei yang difokuskan pada cara-cara yang lebih sensitif (peka) dalam menyusun pertanyaan untuk mendapatkan tanggapan yang jujur tentang topik yang sensitif.

Kuantitatif: Tim peneliti PSSK UGM menggunakan 3 kuesioner survey yaitu satu untuk istri, satu untuk suami, dan satu lagi untuk tenaga penyedia layanan kesehatan.

Kualitatif: Tim peneliti Komnas Perempuan menggunakan beberapa metode khusus, yaitu:

- Wawancara – peneliti menyampaikan pertanyaan terbuka untuk menggali informasi mendalam mengenai pengalaman dan apa yang dirasakan tentang P2GP. Wawancara dilakukan terhadap responden kunci (tokoh masyarakat formal dan informal; penyedia

layanan kesehatan dan penerima manfaat (termasuk ibu dan anggota keluarga). Wawancara ini dirancang untuk peka terhadap cara dan kenyamanan orang yang diwawancarai dengan mendiskusikan topik yang sensitif.

- *Diskusi kelompok/ Group Discussions* (DK) – dilakukan sebanyak 17 DK dalam penelitian ini, masing-masing melibatkan 15-20 partisipan yang sesuai dengan identitas profesionalnya. Dua dari diskusi kelompok ini dilakukan di setiap kecamatan dalam tujuh provinsi. Kelompok diskusi lainnya melakukan diskusi di tiga provinsi lainnya. Moderator telah dilatih untuk menggunakan pertanyaan semi terstruktur sehingga perbincangan dan diskusi dapat diarahkan sesuai dengan keinginan pewawancara.
- *Perempuan bertutur tentang pengalamannya* (Oral Herstory Methods) – metode feminis digunakan saat ada kesempatan untuk berbicara dengan seorang perempuan yang vocal tentang P2GP. Dengan menceritakan kisahnya, yang biasanya melibatkan pertanyaan, keraguan, dan bahkan perjuangan hati nurani, metode naratif perempuan menelusuri proses pengambilan keputusan. Metode narasi biografi yang diperluas ini membuka ruang untuk berbagi pengalaman yang tidak konvensional dan sangat menarik untuk dicatat sebagai resistensi mikro terhadap status quo.

#### Analisis data

Tim penelitian kuantitatif di tujuh propinsi (Riau, Sulawesi Barat, Gorontalo, Banten, Jawa Barat, Kalimantan Selatan dan Bangka Belitung), terdiri dari satu supervisor lapangan, empat enumerator, dan satu editor data. Sementara di tiga provinsi lain (Jambi, Kalimantan Timur dan Nusa Tenggara Barat), tim terdiri dari satu supervisor lapangan, dua enumerator, dan satu editor data.

Supervisor membuat sampel rumah tangga, mendapatkan izin dari otorisasi lokal untuk melakukan penelitian, mengkoordinasikan dan mengelola progres wawancara dan memeriksa kualitas setidaknya sepuluh persen dari data kuesioner. Editor data bertugas untuk meninjau data yang dikumpulkan oleh wawancara untuk memastikan akurasi, konsistensi dan kelengkapan. Dalam proses melakukan koreksi dan mengkonfirmasi kualitas data, mereka kadang meminta wawancara untuk mewawancarai ulang atau mengunjungi kembali rumah tangga tertentu.

Setelah memeriksa kualitas, editor data memasukkan hasil data ke dalam program perangkat lunak. Pengelola data di PIP (Pusat Informasi Penelitian) lalu memasukkan data ini untuk pemeriksaan ulang dan penyuntingan lain dengan menggunakan CS-Pro, paket pengolahan data statistik. Programmer direkrut untuk mengelola dan mengatur putaran akhir entri data dan menghasilkan analisis statistik deskriptif. Melalui computer, program digunakan untuk entri data, pembersihan data dan analisis data, sedangkan analisis akhir dilakukan secara manual.

Tim riset kualitatif mentranskripsikan wawancara dan mengelompokkan konten melalui kategori priori matriks yang dikembangkan dalam tinjauan literatur. Kategori-kategori ini

meliputi pengetahuan dan sikap: praktik P2GP, pemahaman tentang kebijakan dan upaya P2GP yang dilakukan oleh responden dalam menghapus praktik P2GP. Secara khusus, mereka menggunakan konsep feminis, sosio-kultural dan hak asasi manusia dalam analisis materi wawancara. Dalam tahap akhir analisis, baik dalam penelitian kualitatif maupun kuantitatif, keduanya mengembangkan kesimpulan dan rekomendasi untuk advokasi di masa depan untuk menghapus praktik P2GP.

#### Jaminan Kualitas Penelitian

Pengukuran jaminan kualitas telah dilakukan (Lampiran 5) dan diamati sepanjang tahap penelitian

#### Pertimbangan Etik:

Komite Etika PSKK UGM memberikan izin etika untuk penelitian dan wawancara dilatih dalam etika penelitian dan teknik khusus untuk menyelidiki isu sensitif. Sebelum diwawancarai, para responden diberitahu tentang kerahasiaan jawaban dan kemampuan mereka untuk menghentikan wawancara setiap saat.

### **Keterbatasan penelitian**

- Penelitian memiliki Sampling Error (SE) 5 % dengan tingkat Confidence Interval 95%.
- Sensitivitas fokus penelitian berdampak pada terbongkarnya rahasia responden.
- Seleksi sampel didasarkan pada jumlah kasus P2GP dari Riskesdas 2013. Dengan memilih kabupaten ini, variabel budaya dan agama, yang mana diketahui memiliki hubungan yang kuat dengan praktik P2GP, tidak dipertimbangkan. Batasan sampling kuantitatif ini diatasi dengan memasukkan pertanyaan untuk mengeksplorasi variabel-variabel ini dalam komponen kualitatif penelitian.
- Selang memori - karena beberapa orang (ibu/ nenek) merefleksikan pengalaman bertahun-tahun lalu (lebih dari 5 tahun) - dan tekanan sosial juga mempengaruhi kebenaran data.
- Hambatan bahasa, kebanyakan dukun beranak tidak berbicara dalam bahasa Indonesia. Oleh karena itu, tim penelitian mengandalkan penerjemah lokal.
- Kesulitan untuk menemukan dukun beranak, karena dukun beranak biasanya berada di lokasi terpencil. Ketika tim datang, biasanya dukun beranak sedang tidak berada di rumah atau di tempat dimana mereka biasanya bekerja karena mereka pergi ke rumah-rumah untuk memberikan pelayanan terkait kesehatan reproduksi
- *Bias a priori*, format kuisisioner tidak mengikutsertakan kemungkinan intuitif mengenai pengalaman-pengalaman responden yang mungkin tidak terceritakan dan tidak terjangkau parameter pertanyaan dalam wawancara. Keterbatasan ini diatasi dengan pendekatan metode campuran yang secara khusus merupakan metode dari Komnas Perempuan. Metode ini membuat pertanyaan menjadi berakhir terbuka (*open-ended*). Terlepas dari manfaat mengandalkan metode campuran, pendekatan kualitatif juga menghasilkan data dan menganalisisnya dalam matriks yang telah ditentukan sebelumnya yang dikembangkan di fase *desk review*. Hal ini berisiko memberikan

hasil yang sama, yaitu pengeditan data agar sesuai dalam skema yang ditentukan sebelumnya.

- Komposisi kelompok wawancara - mengingat nilai budaya dari keselarasan antara pasangan suami istri, tingginya permintaan antara suami dan istri sangat memungkinkan karena diwawancarai pada waktu bersamaan. Penelitian masa depan harus berinovasi dalam rangka untuk mengumpulkan pandangan laki-laki, yang mana tidak mewawancarai laki-laki dalam pasangan perkawinan.

Beberapa patokan untuk mengontrol dan mengatasi tantangan diatas antara lain:

- Enumerator yang dipekerjakan adalah perempuan lokal dengan pelatihan yang baik mengenai cara-cara membangun kepercayaan dan membangun kerangka pertanyaan untuk melakukan penelitian yang memuat isu sensitif.
- Untuk mencegah penyimpangan dan distorsi, penelitian ini menguji tanggapan ekstrim berdasarkan kasus per kasus untuk mengevaluasi apakah akan memisahkannya dari analisis agregat atau memasukkannya. Jika dipisahkan, maka pertanyaan yang muncul adalah tentang penggunaan data ini dan bagaimana seharusnya disajikan.

Pengorganisasian laporan

Dalam menganalisa penelitian, penulis dikejutkan dengan kualitas data yang tinggi dan bagaimana kualitatif melengkapi kuantitatif. Secara khusus, pengalaman peserta meningkatkan dan memperdalam pola dan tren yang muncul dari data kuantitatif. Temuan penelitian disajikan dalam bab tiga, empat dan lima. Bab tiga memberikan informasi tentang karakteristik demografi rumah tangga terpilih serta beberapa fitur umum praktik P2GP, termasuk konteks seremonial, biaya, tipe P2GP dan usia anak perempuan pada saat disunat. Bab empat memberikan temuan P2GP dari sudut pandang orang tua dan bab lima memberikan informasi tentang data dari perspektif penyedia layanan kesehatan. Bab enam berisi analisa dari temuan kunci dan bab tujuh berisikan rekomendasi untuk kerjasama multi-sektor di tingkat nasional dan sub-nasional untuk menghapus praktik P2GP di Indonesia. Namun, pertama-tama, yakni di bab dua, memberikan informasi konteks sosial budaya untuk memahami tema dan pertanyaan dari penelitian ini.

# BAB II: P2GP DI INDONESIA: TINJAUAN LITERATUR

Bab ini memberikan latar belakang penelitian dalam proses medikalisasi dan faktor-faktor lainnya yang mempengaruhi penyediaan dan permintaan P2GP. Secara khusus, bab ini menyajikan informasi tentang istilah P2GP, sejarah, hubungan sosial budaya yang mempengaruhi praktik P2GP dan lanskap medikalisasi. Bagian terakhir dari bab ini menyajikan kerangka kerja hak asasi manusia yang nantinya memandu analisis dan rekomendasi untuk kerja advokasi multi-sektoral.

## Istilah P2GP

Di Indonesia, banyak istilah daerah yang digunakan untuk menyebutkan istilah FGM/C atau P2GP. Dalam bahasa Indonesia sendiri, bahasa persatuan Indonesia praktik P2GP disebut sunat perempuan atau khitan perempuan (*female circumcision*). Penelitian ini menggunakan definisi dan klasifikasi WHO 2018 (mohon lihat table tiga) yang mana P2GP didefinisikan sebagai “seluruh bentuk pemotongan alat kelamin perempuan baik sebagian atau keseluruhan atau dalam bentuk apapun yang melukai alat kelamin perempuan, dengan alasan di luar (kepentingan) pengobatan.

Selama serangkaian lokakarya dengan pemangku kepentingan kunci di Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, konsensus dicapai bahwa, di Indonesia, FGM/C harus disebut sebagai P2GP (Pemotongan / Perlukaan Genitalia Perempuan) untuk memotong / melukai alat kelamin perempuan). Dalam pemahaman internasional, memotong jaringan kelamin wanita bagian luar digambarkan dalam berbagai istilah: “penyunatan pada wanita”, “mutilasi alat kelamin perempuan”, “pemotongan genital perempuan” dan “mutilasi / pemotongan alat kelamin perempuan”. Laporan ini mengadopsi terminologi resmi UNFPA ini, yang mengacu pada pemotongan sebagai “pemotongan/perluasan genital perempuan” (P2GP).

**Table 3: Tipe P2GP (WHO, 2010)**

Tipe P2GP	
<b>Tipe I</b>	<p>Pemotongan klitoris sebagian atau keseluruhan dan/atau kulup (klitoridektomi). Ketika penting untuk membedakan variasi utama dari mutilasi Tipe I, perbedaan yang diusulkan adalah sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tipe Ia.</b> pemotongan kap klitoris atau hanya prepuce;</li> <li>• <b>Tipe Ib.</b> pemotongan klitoris dengan prepuce.</li> </ul>
<b>Tipe II</b>	<p>Partial or total removal of the clitoris and the labia minora, with or without excision of the labia majora (excision). When it is important to distinguish between the major variations that have been documented, the following subdivisions are proposed:</p> <p>Pemotongan klitoris dan bibir kecil alat kelamin (labia minora) sebagian atau keseluruhan, dengan atau tanpa pemotongan bibir besar alat kelamin perempuan (labia mayora). Ketika penting untuk membedakan variasi utama, perbedaan yang diusulkan adalah sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tipe IIa.</b> pemotongan labia minora saja;</li> <li>• <b>Tipe IIb.</b> pemotongan klitoris dan labia minora sebagian atau keseluruhan :</li> <li>• <b>Tipe IIc.</b> pemotongan klitoris, labia minora, dan labia mayora sebagian atau keseluruhan</li> </ul>
<b>Tipe III</b>	<p>Penyempitan orifisium vagina dengan pembuatan penutup dengan memotong dan mengaplikasikan labia minora dan/atau labia mayora, dengan atau tanpa eksisi klitoris (infibulasi). Ketika penting untuk membedakan variasi infubilasi, perbedaan yang diusulkan adalah sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tipe IIIa.</b> pemotongan dan labia minora;</li> <li>• <b>Tipe IIIb.</b> pemotongan dan labia mayora.</li> </ul>
<b>Tipe IV</b>	<p>Semua prosedur berbahaya lainnya yang dilakukan pada alat kelamin perempuan untuk tujuan non-medis, misalnya: menusuk, melubangi, mengiris, menggores dan melakukan kauterisasi.</p>

## Sejarah Singkat P2GP

Sejumlah komunitas di berbagai daerah di Indonesia telah mempraktikkan P2GP selama berabad-abad. Tipe dan alat yang digunakan serta makna dari ekspresi masyarakat terhadap praktik P2GP di berbagai daerah sangat beragam sebagaimana keragaman suku-suku dan pulau di Indonesia. Tidak ada fakta yang bisa dirujuk sejak kapan atau dimana praktik P2GP di Indonesia pertama kali dilakukan, namun, rekam jejak tertua praktik P2GP tersebut dapat ditemukan dalam tulisan Nicolas Gervaise, seorang berkebangsaan Perancis yang mengajar dua putri Makassar di abad ke 17 (dalam Feillard dan Marcoes,1998). Di dalam bukunya, setelah penjabaran panjang mengenai sunat laki-laki, Gervaise menulis bahwa masyarakat di Makassar adalah satu-satunya komunitas di dunia yang melakukan sunat terhadap perempuan. Gervaise berspekulasi bahwa tradisi tersebut terjadi karena keyakinan masyarakat Makassar terhadap agama islam dan karena P2GP dipercaya dapat membebaskan anak perempuan dari bahaya (Ibid).

Namun, Gervaise tidak mempertimbangkan seberapa besar praktik P2GP tersebut dapat menyebar di kalangan umat Muslim di Indonesia. Gervaise berpendapat bahwa praktik P2GP yang terkait dengan Islam konsisten dengan kesalahpahaman yang ada bahwa P2GP

dianggap sebagai tuntutan hukum Islam, seperti tuntutan Nabi Muhammad SAW. Meskipun secara eksklusif ditemukan di umat muslim, pemotongan genital perempuan tidaklah ditentukan dalam agama. Kurangnya sanksi Islami terungkap dengan beragamnya prevalensi praktik P2GP di kalangan umat Muslim, baik di Indonesia maupun di tingkat internasional (UNFPA, 2015).

Pendapat lainnya menyatakan praktik P2GP sudah dilakukan jauh sebelum Islam datang (Feillard & Marcoes, 1998). Menurut Kaptein (1995), sebagaimana argumennya terhadap sunat laki-laki, memotong organ genital perempuan telah ada sejak jaman sebelum Islam dan secara progresif praktik tersebut berevolusi menjadi sunat. Evolusi praktik sunat ini terjadi karena pada akhir abad ke 19, mufti Mekkah mengeluarkan fatwa yang melarang praktik lama pemotongan organ genital perempuan (ibid).

Bukti-bukti sejarah mengenai P2GP tersebut membuat arti dan nilai P2GP dalam kebudayaan masyarakat menjadi mencolok, bahwa P2GP adalah keterikatan masyarakat lokal terhadap arti dan nilai sunat yang dipengaruhi dengan budaya daerah setempat. Oleh karena itu, penyebab terjadinya P2GP lebih valid bila dikatakan berasal dari norma sosial dibandingkan dari ajaran tradisional ataupun ajaran agama. Bagaimanapun juga, P2GP adalah praktik yang masih berlaku dalam masyarakat dan pelaksanaannya dimotivasi oleh hasrat untuk menghindari sanksi dan agar anak dan keluarga diterima di masyarakat.

## **P2GP Kini**

Di Indonesia, tidak ada populasi data yang cukup untuk menentukan apakah P2GP kini meningkat atau menurun namun yang pasti, praktik tersebut merupakan tradisi yang diterima oleh masyarakat. Prevalensi sebanyak 51% (Riskesdas, 2013) praktik P2GP dilakukan dengan persebaran tidak merata dan terkonsentrasi di beberapa etnik tertentu. Prevalensi tertinggi di Gorontalo sebanyak 84%, dan prevalensi terendah di NTT sebanyak 3% (ibid). Pergeseran sejarah dapat diuji dengan menyatukan dan membandingkan literatur atau penelitian modern dengan laporan-laporan atau data etnografik kolonial. Dengan menggunakan karya sejarawan Belanda B.J.O. Schrieke (1922, dikutip dari Feillard & Marcoes, 1998) sebagai dasar panduan literatur tua, kelangsungan praktik P2GP dapat dipetakan. Karya Schrieke's (ibid) merupakan laporan yang paling komprehensif mengenai sunat di masa kini yang bersumber pada 56 laporan lapangan yang dibuat khusus lintas batas pulau untuk menggambarkan informasi yang lebih detail mengenai praktik sunat.

Hal yang sangat mencolok dari laporan lapangan tersebut adalah bahwa spektrum kontemporer dari mode operasi P2GP masyarakat masa kini tidaklah jauh berbeda dengan yang digambarkan dalam etnografi sejarawan Belanda. Baik di masa kini ataupun dulu, praktik sunat selalu didampingi dengan upacara adat kecil-kecilan ataupun upacara besar (Schrieke, 1922 dikutip dari Feillard & Marcoes, 1998; Budiharsana et al, 2003). Derajat trauma pada jaringan genital sangat beragam sebagaimana yang dilakukan sekarang, dari mencuci organ genital atau sebaliknya secara simbolik mensucikan genital dengan

menggosok, menggaruk, menindik, mengiris tipis, atau memotong klitoris atau tudung klitoris (preputium) juga ditemukan dalam budaya baru. Dalam literatur kolonial, P2GP digambarkan sebagai pemotongan kecil bagian atas klitoris (ukuran jarang disebutkan) (Schrieke, 1922, dikutip dari Feillard & Marcoes, 1998). Penggambaran ini menjadi acuan untuk menjalankan praktik P2GP masa kini (Feillard & Marcoes, 1998; Budiharsana et al, 2003).

Berdasarkan sejarah, aspek lain dari P2GP juga terbukti menguatkan praktik tersebut. Contohnya, P2GP di masyarakat diterima sebagai urusan khusus wanita<sup>3</sup>. Anak perempuan disodorkan untuk disunat pada umur yang sangat kecil, lebih kecil dari kebiasaan umur sunat laki-laki. Walaupun tenaga kesehatan terlatih merupakan pelaku baru dalam praktek P2GP, sampai saat ini praktek P2GP sebagian besar dilakukan oleh dukun beranak (Schrieke, 1922 dikutip dari Feillard & Marcoes 1998; Budiharsana dkk., 2003). Di masa lampau, penjepit, jarum, pisau, silet, dan koin digunakan untuk melaksanakan prosedur P2GP. Di masa kini, alat-alat tersebut bukan lagi dibuat dengan tangan (*handmade*) dari bambu atau bahan natural, tetapi praktik P2GP masa kini lebih sering dilakukan dengan menggunakan alat-alat berbahan metal, seperti gunting bedah.

Penggunaan gunting bedah dalam praktik P2GP mengindikasikan adanya pergeseran praktek ini yang dilakukan di rumah sakit, puskesmas dan praktek swasta. Dukun dan bidan masih masih populer di kalangan komunitas, dengan pengecualian di Gorontalo yang menggunakan dukun. Dengan beralihnya praktek ini ke medikalisasi, pergeseran yang luar biasa juga terjadi pada usia dilakukannya P2GP. Berdasarkan data Riskesdas (2013), 97% dari 51% praktik P2GP dilakukan pada usia dibawah 5 tahun, dimana 83 % diantaranya dilakukan saat masih bayi (dibawah usia 11 bulan). Data ini sangat berlawanan dengan laporan kolonial yang menuliskan bahwa praktik P2GP umumnya dilakukan pada anak perempuan ketika usia mereka sudah agak dewasa sampai dengan 15 tahun (Schrieke, 1922, dikutip dari Feillard & Marcoes, 1998).

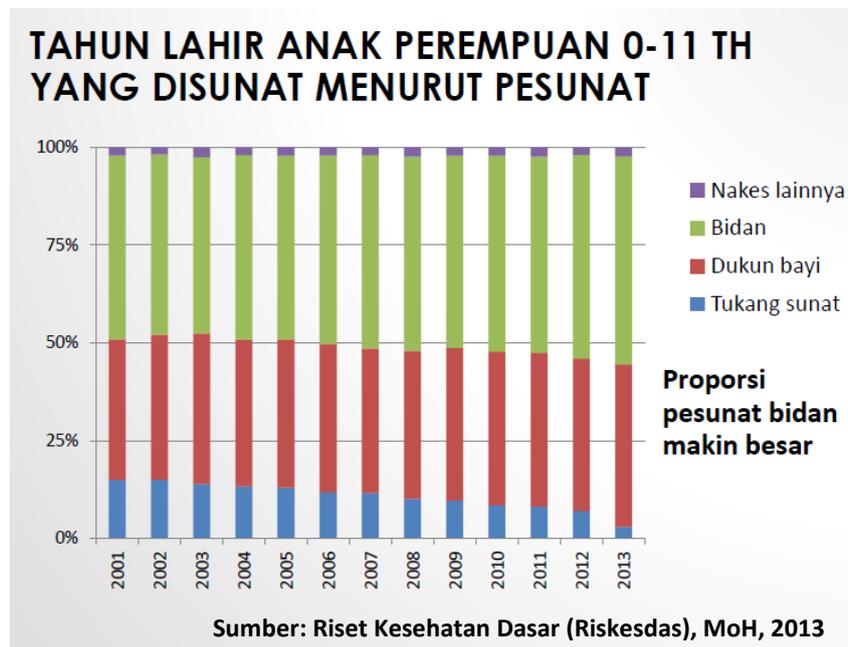
## Medikalisasi dan Bahayanya

Penelitian yang dilakukan oleh Population Council di 8 propinsi di Indonesia, melaporkan bahwa dari 2.215 kasus P2GP, 68% nya dilakukan oleh dukun beranak dan 32% nya dilakukan oleh tenaga kesehatan (Budiharsana dkk. 2003). Temuan ini menunjukkan bahwa medikalisasi P2GP merupakan tren yang sedang berkembang di Indonesia. Hal tersebut juga didukung oleh data Riskesdas (2013) yang menggambarkan pilihan responden kepada dukun dan bidan dalam pelaksanaan P2GP selama 13 tahun (lihat tabel 4).

---

<sup>3</sup> Pengecualian di Ngawi (Madiun, Jawa Timur). Di Ngawi, ayah dan kakek boleh ikut menyaksikan P2GP.

Gambar 1: Distribusi Penyedia Layanan Kesehatan yang Melakukan P2GP Sejak 2001-2013 (Riskesdas, 2013)



Medikalisasi dapat dilacak hingga ke tahun 1990, ketika pemerintah mendukung bidan untuk menggantikan dukun beranak sebagai penyedia layanan kunci dalam layanan kesehatan reproduksi (Putranti, 2008). Rumah sakit dan masyarakat mulai menawarkan P2GP ke dalam bentuk paket persalinan: paket yang menawarkan berbagai jenis perawatan dan dukungan persalinan meliputi pemeriksaan kehamilan, dukungan dan perawatan persalinan, tindik telinga, vaksinasi, dan sunat. Dengan adanya perubahan konteks budaya dari praktek P2GP, medikalisasi menjadikan P2GP sebagai praktek komersial yang dikaitkan dengan pengobatan modern (Putranti, 2008).

Beberapa pihak berargumentasi bahwa medikalisasi P2GP merupakan proses yang lebih aman dengan dua keuntungan, seperti lebih steril, dan lebih nyaman karena menggunakan obat-obatan penghilang rasa sakit selama proses sunat (Shell-Duncan, 2001). Walaupun medikalisasi sunat nampak seperti strategi pengurangan dampak bahaya praktek P2GP, akan tetapi tidak ada fakta yang menyatakan adanya pengurangan komplikasi obstetrik atau komplikasi jangka panjang dari praktik P2GP yang dilakukan dengan melibatkan alat modern dan tenaga kesehatan (Berg et al, 2010). Sejak 1982, WHO telah mendeklarasi bahwa praktek P2GP “yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di layanan kesehatan maupun rumah sakit” merupakan pelanggaran hak azazi manusia. Sejak itu, pernyataan ini banyak disuarakan oleh otoritas medis, badan dan organisasi-organisasi kesehatan untuk menghentikan P2GP <sup>4</sup> (Shell-Duncan, 2001: hal. 1014).

<sup>4</sup> Sebagai contoh, International Federation of Gynecology and Obstetrics (Federasi Ahli Kandungan dan Kebidanan Internasional) pada tahun 1994 mengeluarkan sebuah resolusi yang mendesak para dokter untuk melakukan praktik P2GP. Desakan ini juga diikuti oleh berbagai organisasi lainnya termasuk the American Medical Association (Asosiasi Dokter Amerika), the UN International Children’s Emergency Fund

Ada berbagai alasan atas pelarangan P2GP di atas. Menurut sudut pandang profesi kesehatan, memotong jaringan genitalia yang sehat melanggar prinsip “do no harm”. Prinsip pemotongan/pengguntingan pada jaringan genitalia yang sehat merupakan perbuatan yang melanggar prinsip “tidak melakukan kerusakan” / “do no harm”, yang menjadi dasar kode etik medis. Pelaksanaan P2GP dalam konteks klinis juga termasuk penyalahgunaan status biomedis yang melegitimasi kekerasan gender (Shell Duncan, 2001). Dari sudut pandang medis, P2GP menyebabkan perubahan permanen yang tidak bisa direparasi pada organ eksternal genitalia perempuan. Klitoris - organ yang umumnya dilukai selama proses P2GP di Indonesia adalah organ yang secara anatomis setara dengan bagian-bagian penis pria dan dengan asal embriologis yang sama (Berg dkk., 2010).

Sebagai organ vaskuler dari genitalia perempuan, klitoris dan preputium yang melakukan fungsi fisiologis dalam siklus respon seksual dan kesuburan (Berg et al, 2010).<sup>5</sup> Pemotongan jaringan memiliki banyak sekali sel-sel syaraf ini dapat mengakibatkan konsekuensi kesehatan jangka pendek, medium, dan jangka panjang. Dalam tinjauan sistematis terhadap 17 penelitian utama mengenai topik P2GP, ditemukan adanya hubungan yang jelas antara P2GP tipe 1 dan komplikasi kesehatan termasuk rasa sakit, perdarahan, kesulitan buang air kecil, kesulitan buang air besar, dan infeksi (Berg et al. (2010, p. 20). Praktik P2GP tipe 1 menurut klasifikasi WHO ini adalah yang paling banyak ditemukan di Indonesia (Budiharsana et al, 2003; Uddin et.al 2010; Riskesdas 2013; Habsjah 2013), masalah ini dapat diekstrapolasikan sebagai risiko untuk korban FGM / C di Indonesia.

Beberapa peneliti mengklaim P2GP sebagai “trauma psikologis berdasarkan DSM – IV dan berisiko mengakibatkan gangguan stress pasca-trauma” (Behrendt & Moritz, 2005: 1001). Ketika banyak laporan terkait rasa sakit yang diderita perempuan serta gangguan emosional akibat prosedur P2GP, tidak ada variabel yang sesuai untuk meneliti dan menghitung kasus ini (Berg et al. 2010). Penelitian kualitatif mengenai dampak psikososial, menunjukkan bahwa perempuan yang mengalami P2GP memiliki masalah hilangnya rasa percaya dalam hubungan antara ibu dan anak perempuannya (Al-krenawi dkk., 1999); kecemasan kronis dan depresi (Toubia, 1994); rasa lelah berkepanjangan, memori yang buruk, dan stress (Vloeberghs et al, 2010).

---

(UNICEF), the World Medical Association (Asosiasi Dokter Dunia) serta Kementerian Kesehatan dari berbagai Negara Afrika (Shell-Duncan 2001)

<sup>5</sup> Berbeda dengan sunat pada laki-laki, dimana kulit kup dipotong pada kulit ujung dari penis tanpa merusak organ penis tersebut, tingkat pemotongan dan kerusakan dalam P2GP secara anatomis terjadi lebih luas (besar). P2GP berdampak pada “fungsi seksual dengan terjadinya sebagian atau keseluruhan organ genital atau saraf disekitarnya selain juga merusak sistem saraf” (2010, p. 19). Pemotongan bagian dari genitalia, disertai dengan kerusakan pada sistem sarag dan terjadinya luka parut serta pelekatan pada bagian yang dipotong, mengurangi kapasitas perempuan berkaitan dengan integritasnya secara fisik dan seksual (Berg et al, 2010).

Ada hal lain, yang jarang diteliti menyatakan, alasan medikalisasi P2GP bukanlah solusi dari pengurangan bahaya P2GP. Penelitian dari Population Council (Budiharsana dkk, 2003) menemukan, melakukan perlukaan lebih dalam dan memotong lebih banyak daging genitalia perempuan dibandingkan dukun. Ini terkait dengan penggunaan gunting bedah dalam praktik P2GP dibandingkan silet, peniti, atau pisau lipat yang digunakan oleh dukun. Penelitian oleh Population Council ini mendukung adanya pendapat bahwa prosedur P2GP secara klinis justru lebih invasif jika dilakukan di fasilitas kesehatan (Putrianti 2008; Ragab, 2017, Pierre Foldes and Frederique Marz, 2015). Topik ini akan dibahas lebih lanjut di bab analisis.

## Perspektif Hak Asasi Manusia

Pada tahun 2008, *World Health Assembly* (WHA 61,16) mengeluarkan resolusi untuk mengeliminasi praktik P2GP, dengan menekankan adanya kebutuhan terhadap aksi bersama untuk membahas isu tersebut dari semua sektor, termasuk kesehatan, pendidikan, keuangan, keadilan, dan persoalan perempuan (WHO, 2008). Karena menimbulkan rasa sakit yang tidak perlu pada anak perempuan, Perserikatan Bangsa-Bangsa beranggapan bahwa P2GP telah mengakar dalam diskriminasi yang berbasis gender dan membahayakan stereotipe gender terkait peran perempuan dan anak perempuan di masyarakat (*General Assembly of Human Rights Council*, 2015). Klaim ini didasarkan pada fakta empiris bahwa “banyak faktor kontekstual yang berasal dari ketidaksetaraan gender telah didokumentasikan untuk melanggengkan P2GP” (Khosla et al, 2017)<sup>6</sup>. Sebagai tambahan, motivasi dilakukannya P2GP “termasuk kekhawatiran tentang pernikahan anak perempuan dan penerimaan sosial, dan ketakutan akan hilangnya perlindungan oleh perempuan lain dan masyarakat pada umumnya jika seorang gadis tidak menjalani P2GP” (ibid) terkait dengan praktek-praktek berbahaya lainnya, seperti perkawinan anak dan perkawinan paksa, perkosaan dalam perkawinan dan kekerasan dalam relasi pasangan (General Assembly of Human Rights Council, 2015).

Sidang Umum Perserikatan Bangsa-Bangsa telah mengeluarkan dua resolusi mengenai P2GP (resolusi 67/146 dan resolusi 69/150). Pada tahun 2014, P2GP diidentifikasi sebagai isu prioritas dalam laporan semi final pada Pembukaan Kelompok Kerja Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (*Open Working Group of Sustainable Development Goals*). Secara khusus, praktik ini dikategorikan sebagai praktik berbahaya dan menjadi target dalam Tujuan Nasional 2016-2030. Praktik P2GP sebenarnya melanggar banyak konvensi dan resolusi yang telah di ratifikasi oleh Pemerintah Indonesia. Sebagaimana anggota PBB lainnya, Pemerintah Indonesia telah berkomitmen untuk melaksanakan Konvensi CEDAW (*Convention of the Elimination of All Forms of Discrimination against Woman*) yang merupakan konvensi penghapusan segala bentuk diskriminasi terhadap perempuan,

---

<sup>6</sup> Khosla et al (2017, p. 60) mengutip beberapa penelitian yang mengidentifikasi faktor-faktor kontekstual yang “memiliki ketimpangan/ketidaksetaraan gender yang tinggi dimana anak perempuan dituntut untuk perawan sebelum ia menikah...kesucian dan monogami perempuan dalam perkawinan...kemampuan seksual perempuan terhadap pasangannya dan juga kemampuan menghasilkan keturunan laki-laki yang meneruskan garis keturunan suami”.



Konvensi melawan segala bentuk penyiksaan dan perlakuan atau hukuman yang kejam, tidak manusiawi dan merendahkan (tercantum dalam Program Aksi ICPD nomer 4.22 tahun 1994). Pemerintah Indonesia juga telah berkomitmen untuk melaksanakan *Convention on the Rights of the Child* (pasal 24.3). Konvensi tersebut menyatakan bahwa “Negara harus mengambil langkah efektif dan sesuai untuk tujuan menghilangkan seluruh praktik tradisional yang membahayakan kesehatan perempuan dan anak-anak”.

# BAB III: DATA RESPONDEN DAN GAMBARAN UMUM P2GP

## Karakteristik Sampel Rumah Tangga

Penelitian ini melibatkan wawancara dengan ibu dan ayah dari 4.250 rumah tangga di 17 kabupaten di Indonesia. Responden berasal dari 20 grup etnis yang bertempat tinggal di desa dan kota. Sebagian besar rumah tangga tersebut memiliki tingkat pendidikan yang rendah, 44% populasi hanya memiliki tingkat pendidikan dibawah Sekolah Dasar, 15% nya merupakan lulusan Sekolah Menengah Atas.

Tabel 4: Tingkat Pendidikan Responden Rumah Tangga (Perempuan/Istri) (PSKK UGM, 2017)

Tingkat Pendidikan	Kota		Desa		Kota + Desa	
	Jumlah (N)	Persen (%)	Jumlah (N)	Persen (%)	Jumlah (N)	Persen (%)
Tidak sekolah	9	0.7	71	2.4	80	1.9
Tidak/belum lulus SD	34	2.6	225	7.7	259	6.1
Sekolah Dasar (SD/MI)	315	24.1	1,208	41.1	1523	35.8
Sekolah Menengah Pertama (SMP/MTs)	244	18.6	691	23.5	935	22.0
Sekolah Menengah Atas (SMA/MA)	495	37.8	576	19.6	1071	25.2
Diploma (D1/D2/D3)	42	3.2	47	1.6	89	2.1
Sarjana (D4/S1)	68	5.2	123	4.2	191	4.5
Master/Doktor(S2/S3)	2	0.2	0	0.0	2	0.0
<b>Total</b>	<b>1,309</b>	<b>100.0</b>	<b>2,941</b>	<b>100.0</b>	<b>4250</b>	<b>100.0</b>

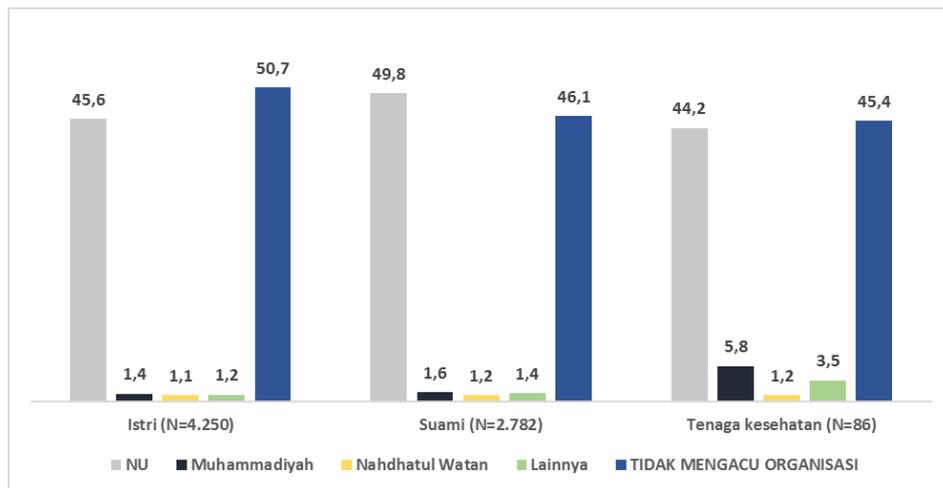
*Etnisitas* - 24,4% dari sampel teridentifikasi berasal dari etnis Melayu, 18,6% berasal dari etnis Sunda. Lainnya berasal dari etnis Banjar (11,6%); Gorontalo (11,6%); Jawa (9,3%) dan Mandar (9,3%). Secara lengkap sebagaimana tabel berikut:

**Tabel 3 Komposisi Suku Responden (PSSK UGM, 2017)**

Suku	Istri		Suami		Tenaga Kesehatan	
	N	%	N	%	N	%
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
<b>Total</b>	<b>4.250</b>	<b>100,0</b>	<b>2.782</b>	<b>100,0</b>	<b>86</b>	<b>100,0</b>

*Afiliasi Agama* - Seluruh partisipan dalam penelitian adalah Muslim. Kurang lebih setengahnya tidak berafiliasi dengan organisasi keagamaan apapun, setengahnya berafiliasi dengan Nahdlatul Ulama (NU). Hanya 2,8-9% pasangan mengklaim sebagai bagian dari organisasi agama (Muhammadiyah, Nahdathul Wathon). Afiliasi organisasi keagamaan para penyedia layanan kesehatan yang dipilih oleh respondent tidak banyak terikat dengan afiliasi responden. Sebanyak 80% penyedia layanan kesehatan yang menjadi responden untuk praktik P2GP berasosiasi dengan NU dan 11% nya dengan MUI. Secara rinci sebagaimana tabel berikut:

Gambar 2: Keanggotaan Organisasi Keagamaan (PSSK UGM, 2017)



## Keragaman Budaya dalam Praktik P2GP

Istilah bahasa - P2GP berkaitan dengan keanekaragaman bahasa di wilayah kepulauan Indonesia. Laporan kualitatif menyebutkan adanya penggunaan beberapa istilah di daerah penelitian:

- Gorontalo: *liho lolimo/molu bingo*.
- Kalimantan Selatan: *basunatl besunat*.
- Sulawesi Barat: *Masunna*
- Banten : *nyepitan or capitan*
- Lombok : *murni*
- Bangka Belitung: *selam/diselam*

*Konteks Seremonial dan Mitos* – Praktik P2GP merupakan praktek dengan berbagai variasi ritual dan simbolik. Di Jambi dan Jawa Barat, P2GP dilakukan secara diam-diam dan dianggap tabu. Prosedurnya tidak dibicarakan secara umum. Di tempat ini, P2GP tidak memiliki dimensi ritual hanya disertai syukuran kecil. Di Gorontalo, perayaan yang besar dilakukan bersamaan dengan ritual P2GP. Salah satu keluarga mengatakan mereka harus mengeluarkan biaya besar. Perayaan yang sederhana pun biayanya dapat mencapai 10 juta rupiah, sebagaimana yang ditemui di Banten.

Diantara masyarakat yang mempraktikkan P2GP, praktik ini secara simbolik digunakan untuk pembacaan ramalan nasib, ramalan keuntungan dan kesialan. Sebagai contoh, di kabupaten Pandeglang (Provinsi Banten) banyaknya darah yang keluar saat disunat menandakan bahwa anak memiliki bakat yang bagus dalam bidang ilmu pengetahuan dan perdagangan saat anak tersebut dewasa. Di Kabupaten Bone Bolango (Provinsi Gorontalo) perdarahan berat saat sunat menandakan setan jahat, dan anak perempuan akan tumbuh dengan dorongan seksual tinggi. Di Bone Bolango, anak perempuan diramalkan mendapat keberuntungan ketika ada cahaya yang terlihat saat darah memancar keluar dari daerah

luka sunat. Jika daerah luka sunat (klitoris) bersinar saat dipotong, berarti anak tersebut akan mendapatkan keuntungan besar dari perdagangan. Di wilayah yang sama, daerah pemotongan sunat diberi perasan lemon untuk membangun ikatan dengan keberuntungan. Ini menunjukkan bahwa pemotongan dari sebagian genitalia perempuan merupakan ketaatan terhadap ritual tertentu. Sebagai contoh, di Jawa Barat bagian klitoris yang dipotong disatukan dengan potongan kunyit, lalu dibungkus dengan baju katun, kemudian dikubur dibawah pohon kelor (*moringa oleifera*). P2GP memiliki arti penting secara budaya dan praktek ini bervariasi dari berbagai konteks, akan tetapi secara umum terkait dengan pemahaman bahwa praktek P2GP akan menjadikan anak perempuan sebagai perempuan yang “baik”.

Tabel di bawah ini menggambarkan beberapa contoh ritual P2GP yang dielaborasi di beberapa daerah penelitian:

**Tabel 6: Konteks Upacara P2GP di 9 Daerah Penelitian (Komnas Perempuan, 2017)**

Wilayah	Perayaan/ Upacara
Gorontalo	Bayi dimandikan dengan air suci ( <i>air wudlu</i> ), dukun dan bayi dibungkus kain putih dan P2GP dilakukandi bawah atau tertutup kain putih tersebut. Setelah darah mengalir, bayi dimandikan dengan air lemon, disemprot minyak wangi, dan dipakaikan baju tradisional. Kemudian, upacara injak piring dilakukan diiringi sholawat oleh semua anggota keluarga.
Sulawesi Barat	Dukun membacakan shalawat (doa nabi) dan doa-doa ainnya sebelum bayi dimandikan dengan air wudhu. Anak didudukkan di atas bantal yang dialasi daun pisang. Ibu, bayi dan dukun membacakan shalawat (doa nabi) bersama. masuk dalam mukenah. Dukun melakukan P2GP dengan membacakan basmalah (doa untuk membuka / memberkati suatu kegiatan). Area genitalia anak digosok dengan kapas dan kapas kemudian disimpan di pilar rumah atau sokoguru (pilar rumah) sebagai jimat (jimat). Proses yang baik dirasakan jika darah keluar sebagai bukti dari darah Islam. Setelah proses P2GP, dimandikan dengan air bunga.
Kalimantan Selatan	Dilakukan bersama dengan ritual menusuk dan akekah (menyembelih seekor domba, sebuah tradisi Islam biasanya 40 hari setelah kelahiran). Sebelum upacara, Dukun akan membaca al-fatihah (ayat pertama dalam Quran)
Kalimantan Timur	Keluarga membawa hadiah yang merupakan ritual yang dikenal sebagai pinduduk sebelum upacara P2GP terdiri dari: uang, beras, pisang dan gula. Kemudian dibacakan 4 kali syahadat (doa yang memberi kesaksian tentang iman tunggal pada Allah) sebelum proses P2GP dan shalawat (doa nabi) setelah P2GP.
Riau	Keluarga menyediakan tepung segar yang dibuat dari daun pandan dan beberapa daun yang dibungkus dengan nasi, di atas nasi yang sudah dimasak, bubuk dan nasi kuning. Bubuk dan tepung ditaburkan di atas tubuh bayi. Proses P2GP dilakukan disertai dengan doa dan zikir (doa yang berulang kali diucapkan yang memuliakan Allah). Doa dibacalan di awal

Wilayah	Perayaan/ Upacara
	proses P2GP dan shalawat (doa nabi) di akhir proses.
Lombok	Keluarga menyiapkan <i>andang-andang</i> , ramuan yang terdiri dari: beras, daun sirih, dll sebelum proses P2GP.
Jambi	Tidak ada upacara khusus. P2GP dianggap tabu untuk dibicarakan secara terbuka.
Jawa Barat	Tidak ada upacara khusus. P2GP dianggap tabu untuk dibicarakan secara terbuka.
Banten	P2GP dilakukan di atas nampan anyaman bambu yang dikenal sebagai gelodog (tempat menyimpan beras) di daerah Pandeglang selatan. Beberapa komunitas melakukan P2GP di atas kain putih. Doa dibacakan setelah P2GP dilakukan, karena berdoa diyakini agar anak menghormati orang tua dan tanah leluhurnya. Beberapa orang menginjak kelapa di sekitar bayi secara bersamaan untuk berdoa, ritual ini diyakini agar bayi menjadi bayi yang tenang.

## Usia Pada Saat Dilakukan P2GP

Setengah dari praktik P2GP terjadi saat bayi perempuan berusia antara 1-4 bulan. Sekitar 25% disunat antara 1-3 tahun dan 8% P2GP terjadi dalam sepuluh hari pertama kehidupan. Praktek P2GP berkurang ketika anak perempuan tumbuh dewasa, usia P2GP tertua dilaporkan sampai dengan 9 tahun.

Tabel 7: Rata-Rata Umur Anak Perempuan Disunat (PSKK UGM, 2017)

Rata-rata Umur Anak	Perkotaan		Perdesaan		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Hari</b>						
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
<b>Bulan</b>						
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
<b>Tahun</b>						
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
<b>Total</b>	<b>1.648</b>	<b>100,0</b>	<b>3.603</b>	<b>100,0</b>	<b>5.251</b>	<b>100,0</b>

Menurut penelitian kualitatif, rata-rata umur P2GP di wilayah penelitian adalah sebagai berikut:

- Bangka Belitung: 7 - 44 hari
- Kalimantan Selatan: 8 - 3 tahun
- Kalimantan Timur: 5 bulan - 1 tahun
- Sulawesi Barat: 0 - 3 tahun
- Gorontalo: 1 - 2 tahun
- Lombok: 0 - 7 hari
- Banten (Jawa Barat): 40 hari - 3 tahun
- Jawa Barat: 40 hari - 1 tahun
- Jambi: 5 hari - 1 tahun

Beberapa responden dalam penelitian kualitatif mencatat bahwa dibandingkan sebelumnya, anak perempuan sekarang disunat pada usia yang lebih muda. Pergeseran usia tersebut terjadi dengan berbagai dugaan. Beberapa orang mengatakan bahwa orang tua lebih suka anak perempuan mereka melakukan P2GP pada usia lebih muda karena bayi tidak terlalu merasa sakit dibanding pada usia yang lebih tua, yang akan mengakibatkan trauma dari P2GP. Alasan lain dari peralihan usia karena P2GP sekarang ditawarkan segera setelah kelahiran, sebagai layanan dalam paket kelahiran dan prosedur ini bertepatan dengan *Marhabah* dan *Akekah*, upacara keagamaan yang merupakan siklus hidup yang penting untuk anak laki-laki dan perempuan<sup>7</sup>.

## Penyedia Layanan dan Tempat Dilakukan P2GP

*Layanan – pilihan penyedia layanan* – Secara umum penelitian menemukan pilihan terhadap dukun (61,4%) dibandingkan Tenaga Kesehatan (38,5%). Ketika dihitung berdasarkan lokasi, 66% responden di perkotaan lebih memilih bidan dan 74% dari responden di pedesaan lebih memilih dukun. Penelitian kualitatif menunjukkan, di Gorontalo, komunitas hanya membolehkan dukun untuk melakukan P2GP dan lebih dilihat sebagai tradisi sedangkan bidan dilarang untuk melakukan praktek ini. Disebutkan juga adanya “krisis karena dukun sudah lanjut usia dan tidak digantikan oleh generasi yang lebih muda.

---

<sup>7</sup> Akekah merujuk pada tradisi Islam, dimana dilakukan penyembelihan (kurban) seekor kambing/ domba, biasanya dilakukan 40 hari setelah bayi dilahirkan. Marhabah merupakan ritual perayaan, yang dilakukan segera setelah bayi lahir untuk memberkati kelahiran bayi tersebut dan masa depannya di dunia. Di daerah Jawa Barat, tradisi ini bisa disertai dengan pemberian nama bagi si anak dan pemotongan rambut anak untuk pertama kalinya. Potongan rambut tersebut kemudian ditimbang dengan emas, yang kemudian berat emasnya dihitung ke dalam rupiah dan jumlah uang inilah yang kemudian dijadikan sedekah. Pihak keluarga memotong kambing/ domba dan sebelum mensedekahkan, jumlah uang tersebut (dalam bentuk uang kertas), dilipat dan dijadikan hiasan dalam kapal, bendera dsb.

Tabel 8: Preferensi Penyedia Layanan P2GP, Berdasarkan Wilayah (PSSK UGM, 2017)

Petugas yang Melakukan Sunat	Kota		Desa		Kota+Desa	
	N	%	N	%	N	%
Tenaga medis	1.087	66,4	930	25,8	2.017	38,5
Tradisional	546	33,4	2.671	74,1	3.217	61,4
Tidak Tahu	4	0,2	2	0,1	6	0,1
<b>Total</b>	<b>1.648</b>	<b>100,0</b>	<b>3.603</b>	<b>100,0</b>	<b>5.251</b>	<b>100,0</b>

*Tempat dilakukan P2GP* - 53% P2GP dilakukan di rumah anak perempuan dan 3% kasus terjadi di rumah kerabat. 27% kasus terjadi di praktek dokter atau klinik dan 11% P2GP terjadi di tempat tenaga kesehatan bekerja. Hanya 5% P2GP yang terjadi di Puskesmas dan 2% kasus dilaporkan terjadi di rumah sakit.

Responden dalam penelitian kualitatif mengatakan bahwa dukun lebih sering melakukan P2GP di rumah klien sementara bidan melakukannya bukan di rumah sakit atau puskesmas tetapi di klinik bersalin yang beroperasi di rumah mereka sendiri.

Tabel 9: Tempat Praktik P2GP antara Desa dan Kota (PSKK UGM, 2017)

Fasilitas Praktik Sunat	Kota		Desa		Kota+Desa	
	N	%	N	%	N	%
Rumah sakit	40	2,4	43	1,2	83	1,6
Puskesmas	170	10,3	100	2,8	270	5,1
Tempat praktek dokter/paramedis	789	47,9	625	17,4	1.414	26,9
Tempat Praktik tradisional (dukun/dukun bayi)	109	6,6	445	12,4	554	10,6
Rumah sendiri	501	30,4	2.279	63,3	2.780	52,9
Rumah Famili	35	2,1	104	2,9	139	2,7
Lainnya	3	0,2	4	0,1	7	0,1
Tidak Tahu	1	0,1	3	0,1	4	0,1
<b>Total</b>	<b>1.648</b>	<b>100,0</b>	<b>3.603</b>	<b>100,0</b>	<b>5.251</b>	<b>100,0</b>

## Biaya P2GP

Dengan standar lokal, P2GP bukan termasuk layanan yang mahal, namun biaya untuk perayaan di beberapa tempat bisa mencapai hingga 10.000.000 rupiah (USD \$ 740). Penelitian kuantitatif menemukan bahwa 40% bidan dan 54% dukun disebutkan menerima pembayaran dari P2GP antara 50.000 - 100.000 rupiah (USD \$ 3,70-7,40). Secara keseluruhan 31% bidan, dan 19% dukun beranak, disebutkan menerima pembayaran tidak kurang dari 50.000 rupiah (USD \$ 3,70). Bidan tidak mengenakan biaya untuk membersihkan vulva (P2GP simbolis), namun 12% dukun bayi dilaporkan memperoleh

bayaran di atas 100.000 rupiah (USD \$ 7,40) sementara bidan hanya 4% yang mengenakan biaya lebih dari 100.000 rupiah.

Menurut orang tua, paket persalinan yang memasukkan layanan P2GP hanya 5% yang dilakukan oleh bidan dan 6,1% oleh dukun beranak. Ketika ditanyakan langsung dengan penyedia layanan, angkanya menjadi lebih tinggi, 10% bidan dan 11,5% dukun menyebutkan bahwa P2GP adalah layanan yang ditawarkan sebagai bagian dari paket persalinan. Namun 11% bidan melaporkan tidak mengenakan biaya untuk P2GP sementara hanya 4 % dukun yang menawarkan layanan tanpa biaya.

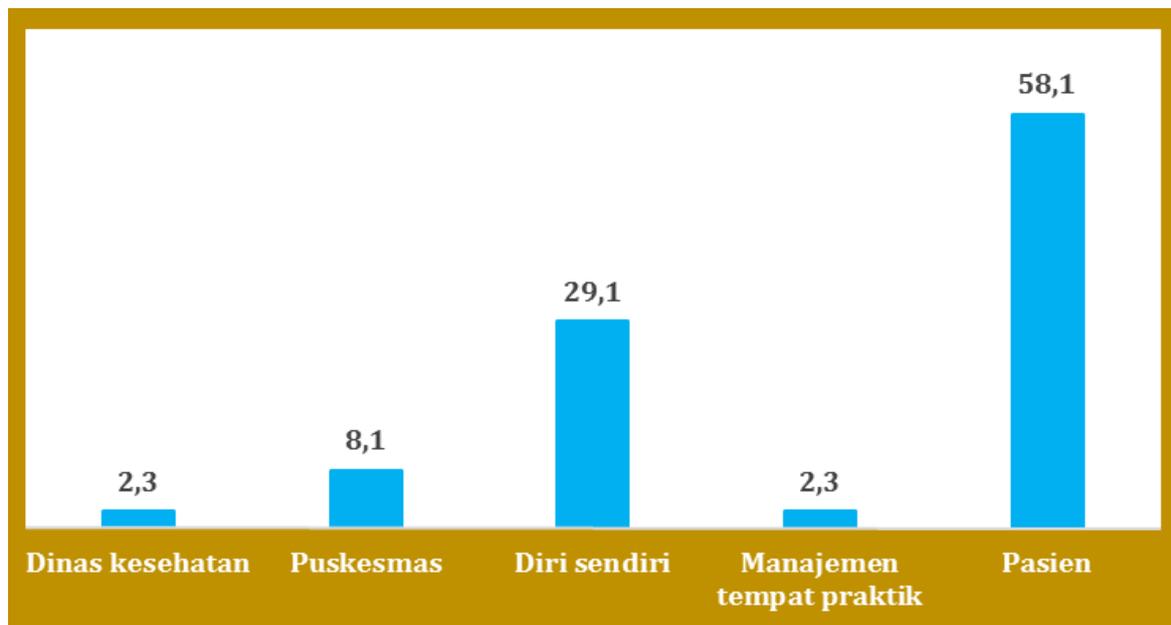
**Tabel 10: Biaya P2GP (PSKK UGM, 2017)**

Biaya Sunat (dalam Rp)	Petugas yang Melakukan Sunat							
	Tenaga Medis		Tradisional (Dukun)		Tidak Tahu		Jumlah	
	N	%	N	%	N	%	N	%
< 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
<b>Total</b>	<b>2.017</b>	<b>100,0</b>	<b>3.228</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>5.251</b>	<b>100,0</b>

*Penetapan harga* - Penelitian kualitatif menemukan bahwa biaya layanan P2GP jauh lebih fleksibel daripada yang diperkirakan. Responden mengklaim bahwa dukun tidak menetapkan harga tetapi mereka dibayar berdasarkan kemampuan klien. Temuan ini didukung oleh tanggapan penyedia layanan kesehatan dalam penelitian kuantitatif, yang menyebutkan bahwa 58% biaya ditetapkan oleh pasien dan 29% ditetapkan oleh penyedia layanan kesehatan.

Penelitian kualitatif juga menemukan bahwa imbalan kepada dukun sering kali berupa sembako, kain, ayam dan jenis bukan-uang lainnya sebagai pembayaran.

Gambar 3: Keyakinan Penyedia Layanan tentang Siapa yang Menetapkan Biaya P2GP (PSKK UGM, 2017)



# BAB IV: SIKAP, NILAI DAN PERILAKU ORANG TUA

Semua responden laki-laki dan perempuan dalam penelitian ini mengetahui tentang P2GP, namun mereka menyebutnya sebagai sunat perempuan atau khitan perempuan. Istilah ini mencerminkan keyakinan bahwa P2GP adalah praktik keagamaan yang membantu seorang gadis menjadi muslim (komunitas Muslim). P2GP sebenarnya bukan praktik peng-Islaman seseorang, namun masyarakat memaknainya berbeda seolah P2GP sebagai ritual agama padahal merupakan tradisi. Dalam reproduksi sosial P2GP ada pandangan yang berbeda mengenai perlu atau tidaknya P2GP, juga merupakan tradisi, atau lebih tepatnya keterikatan seseorang terhadap tradisi yang melahirkan perilaku adat. Baik penelitian kualitatif maupun kuantitatif menemukan hasil yang sama pada laki-laki dan perempuan, bahwa proporsi responden berbeda pendapat tentang pemahaman P2GP, di antara mereka ada yang mendukung pandangan bahwa praktik P2GP sebagai norma masyarakat.

## Jenis-jenis P2GP Menurut Orangtua

Tabel 11 memberikan data tentang jenis-jenis P2GP, dari perspektif orang tua. Hanya 1,2% orang tua yang mengatakan bahwa bidan melakukan 'P2GP secara simbolis', sementara 0,07% dukun melakukan jenis ini, yaitu P2GP tanpa pemotongan jaringan kelamin.

Dari sejumlah kasus yang dilaporkan oleh orang tua yang dianalisis sesuai dengan tipologi WHO, hasilnya menyebutkan bahwa 32% merupakan tipe 1a (pengangkatan kulit klitoris atau preputium), 33% kasus disebutkan sebagai 'tipe 4' - tipe WHO yang mencakup "prosedur berbahaya seperti menusuk, menggores, melakukan kauterisasi".

Kasus selebihnya tidak diklasifikasikan oleh PSSK UGM sebagai tipe yang sesuai dengan klasifikasi WHO, 28% orang tua melaporkan jenis yang memotong bagian klitoris dan preputium dan 6% mengatakan bahwa P2GP dilakukan dengan penggoresan atau penggesekan bagian uretra.

Perbedaan jenis pemotongan antara penyedia layanan sangat menarik. Orangtua melaporkan 45,5% bidan memotong selaput klitoris atau preputium, dibandingkan dengan

dukun sebanyak 23%. Pada saat yang sama, mereka melaporkan bahwa dukun (34%) hampir dua kali dari bidan (18%) lebih memungkinkan memotong bagian dalam dibandingkan memotong bagian luarkitoris. Dukun dilaporkan dua kali (7% dibandingkan 4%) lebih memungkinkan untuk menggores atau menggesek uretra.

Tabel 11: Tipe P2GP, dan Penyedia Layanan (PSKK UGM, 2017)

Tipe P2GP	Tenaga yang Melakukan P2GP							
	Tenaga Medis		Tradisional		Tidak Tahu		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Tipe P2GP Menurut WHO</i>								
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
<i>Tipe P2GP Temuan Survei</i>								
Memotong sebagian klitoris dan preputiumnya ( <i>prepuce</i> )	370	18,3	1.101	34,1	2	33,3	1.473	28,1
Menggores atau mengkorek bagian uretra ( <i>urethral opening</i> )	74	3,7	226	7,0	0	0,0	300	5,7
Simbolis saja tanpa perlukaan	40	2,0	22	0,7	0	0,0	62	1,2
Tidak Tahu	3	0,2	1	0,0	0	0,0	4	0,1
<b>Jumlah</b>	<b>2.017</b>	<b>100,0</b>	<b>3.228</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>5.251</b>	<b>100,0</b>

## Motif

Ketika ditanya mengapa mereka melakukan P2GP terhadap anak perempuannya, 91,6% orangtua menjawab bahwa itu adalah ajaran agama; 80,4% menjawab bahwa itu adalah tradisi atau budaya dan 72,1% mengatakan bahwa itu adalah tradisi keluarga. Alasan lain yang menjadi motif dilakukannya P2GP meliputi: kesehatan (49,8%), sanksi sosial (25,5%), meningkatkan dorongan seks bagi calon suaminya (17,5%) dan mengurangi dorongan seksual perempuan saat ia menjadi istri (16,7%).

(Catatan: diperbolehkan memilih lebih dari satu jawaban).

Beberapa perbedaan penting ditemukan di antara responden yaitu perempuan perkotaan (dari 73%) 8% diantaranya lebih cenderung menekankan pentingnya tradisi masyarakat dibandingkan dengan suami mereka (65%). Mereka juga 12% melaporkan P2GP sebagai tradisi keluarga. Perempuan pedesaan (dari 89%) 16% diantaranya melihat P2GP penting dilakukan karena merupakan tradisi masyarakat dibandingkan perempuan perkotaan (73%). 34% perempuan pedesaan, dibandingkan dengan perempuan perkotaan (18%), melihat jika tidak melakukan P2GP akan mendapat sanksi sosial. Laki-laki dan perempuan perkotaan (57%) lebih mungkin untuk membingkai nilai P2GP dengan motif kesehatan dibandingkan dengan mereka di pedesaan (50%).

Penelitian kualitatif tersebut menemukan bahwa responden percaya bahwa P2GP sangat penting sebagai proses pengislaman seorang perempuan. Disunat dikatakan menandai status sebagai Muslim, yang membedakan dengan Kristen dan Budha.

Tabel 12: Motif untuk Melakukan P2GP pada Anak Perempuan (PSKK UGM, 2017)

Alasan Sunat Masih Diberlakukan	Istri (%)			Suami (%)		
	Kota	Desa	Kota+Desa	Kota	Desa	Kota+Desa
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 gonta ganti pasangan	8,9	11,9	11,0	7,0	11,5	10,4
Tidak ada praktik P2GP	2,8	0,5	1,2	4,5	2,0	2,6
<b>Total N</b>	<b>1.309</b>	<b>2.941</b>	<b>4.250</b>	<b>718</b>	<b>2.064</b>	<b>2.782</b>

Penelitian kualitatif menguatkan temuan ini dan menjelaskan alasan mengapa P2GP dipandang bermanfaat. Selain kewajiban tradisi dan agama, responden menyebutkan bahwa P2GP menyucikan 'bagian kotor', sehingga anak perempuan cukup suci untuk menjalankan sholat (*ngaji*). Beberapa orang berpikir bahwa jika seorang anak perempuan tidak disunat, air doa tidak akan menempel dalam tubuhnya.

Selain itu, laporan kualitatif menemukan juga banyak responden percaya bahwa P2GP membuat anak perempuan lebih taat kepada orang tua, dan membantu mencegah penyakit seperti syphilis. Alasan lain yang ditawarkan mengapa P2GP dianggap menguntungkan adalah karena mempercepat pertumbuhan anak perempuan dan membuat alat kelaminnya lebih menarik.

Selain itu, penelitian kualitatif menekankan pentingnya mengurangi nafsu (hasrat seksual, nafsu) serta kecenderungan untuk menggoda (genit) dan mencari perhatian seksual. Kasus ini terutama ditemukan di Jambi dimana hampir semua orangtua mengatakan bahwa P2GP diperlukan untuk mencegah anak perempuan agar tidak genit atau berperilaku mencari perhatian (kecentilan, memiliki hasrat seksual).

Beberapa percaya bahwa P2GP membantu perempuan mencapai kenikmatan seksual yang lebih besar dalam pernikahan dan membuat hubungan seksual dengan suaminya lebih nyaman.

Pengertian bahwa P2GP adalah persyaratan agama dan tradisional yang penting tidak datang dari kesadaran berefleksi atau pengkajian dari hadits. Orang tua menyebutkan praktek ini sebagai sesuatu pemberian dan harus selalu dilakukan turun temurun. Itu dianggap hal yang baik karena diturunkan dari generasi ke generasi. Dalam pernyataan

salah satu responden menyebutkan bahwa "karena telah berlangsung dari generasi ke generasi, tidak ada yang mempertanyakannya lagi." (Laki-laki, 59 tahun, kabupaten Bogor).

## Pengaruh

Ketika ditanyakan "apa dan siapa yang mempengaruhi mereka untuk melakukan P2GP ke anak perempuannya?" Sebagian besar orangtua (81,5%) menyebutkan bahwa orangtua mereka sebagai orang yang mempengaruhi kepercayaan mereka tentang P2GP. Hal ini diikuti oleh tanggapan bahwa keluarga besar mereka merupakan sumber pengaruh (37%), diikuti oleh tokoh agama (10%), tetangga (16%), penyedia layanan kesehatan (3,5%) dan dukun (7%). Sekolah (1%) dan media (0,5%) skalanya terendah.

Tabel 13: Pihak yang Mempengaruhi Pemahaman dan Sikap tentang P2GP (PSKK UGM, 2017)

Sumber Informasi	Istri (%)			Suami (%)		
	Kota	Desa	Kota+Desa	Kota	Desa	Kota+Desa
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
<b>Total N</b>	<b>1.309</b>	<b>2.941</b>	<b>4.250</b>	<b>718</b>	<b>2.064</b>	<b>2.782</b>

## Transmisi Antar Generasi

Konsisten dengan keyakinan bahwa P2GP adalah tradisi yang dihormati, tingginya kontinuitas antar generasi ditemukan dalam praktik P2GP, sebanyak 97% perempuan yang menyunat anak perempuannya, mereka pernah disunat, dan memiliki ibu yang juga disunat sebanyak 95%.

Tabel 14: Ibu dan Nenek yang Mengalami P2GP (PSKK UGM, 2017)

Genitalia Ibu dipotong/dilukai	Genitalia Anak dipotong/dilukai	
	N	%
Dipotong/Dilukai	4.137	97,2
Tidak	57	1,3
Tidak Tahu	63	1,5
<b>Total</b>	<b>4.257</b>	<b>100,0</b>
Genitalia Nenek dipotong/dilukai	Ibu ART umur 0-11 tahun dipotong/dilukai	
	N	%

Genitalia Ibu dipotong/dilukai	Genitalia Anak dipotong/dilukai	
	N	%
Dipotong/Dilukai	380	94,8
Tidak	8	2,0
Tidak Tahu	13	3,2
<b>Total</b>	<b>401</b>	<b>100,0</b>

## Pengambil Keputusan

*Siapa yang memutuskan tentang P2GP* - Baik di perkotaan maupun di pedesaan, 69% responden rumah tangga percaya bahwa ibu yang membuat keputusan untuk menyunat anak perempuan mereka dan 16% menanggapi bahwa keputusan tersebut ada pada neneknya. Hanya 8% yang mengatakan bahwa ayah membuat keputusan ini dan 0,6%, kakek. Terkait dengan ayah sebagai pengambil keputusan, ada perbedaan 0,08% antara responden perkotaan (7,5%) dan pedesaan (8,3%) (Table 15)

Dalam penelitian kualitatif, orang yang diwawancarai tidak menyebut laki-laki sebagai pengambil keputusan, P2GP dipandang sebagai urusan perempuan dan keputusannya ada pada ibu dan/atau nenek. Penelitian tersebut menemukan bahwa ayah memberi dukungan pasif dalam bentuk memberi uang atau sumber lainnya, dan mengundang laki-laki dan tokoh agama untuk acara *marhaban*. (lihat catatan kaki 8 untuk definisi)

Bagaimana menghitung perbedaan dalam data kuantitatif yang menyebutkan bahwa laki-laki sangat sedikit dalam mengambil keputusan dibandingkan data kualitatif, dimana keputusan untuk melakukan P2GP sangat tergantung dengan ibu dan nenek? Ini dimungkinkan dengan lebih bervariasinya peran gender dalam penelitian quantitative. Hal ini juga dimungkinkan ketika responden menjawab interview dengan cara ideal-normatif. Di Indonesia, merupakan perbuatan terhormat untuk berpikiran bahwa laki-laki terlibat dalam pengambilan keputusan P2GP sama halnya dalam pengambilan keputusan dalam rumah tangga.

**Tabel 15: Perspektif Siapa yang Memutuskan Kapan Anak Perempuan akan Disunat (PSKK UGM, 2017)**

Pihak yang Menentukan Sunat	Kota		Desa		Kota+Desa	
	N	%	N	%	N	%
Diri sendiri	3	0,2	2	0,1	5	0,1
Ibu	1.114	67,6	2.518	69,9	3632	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	0,6
Petugas kesehatan	18	1,1	19	0,5	37	0,7
Ayah dan Ibu	94	5,7	158	4,4	252	4,8
Lainnya	10	0,8	16	0,5	26	0,5
Tidak tahu	4	0,2	3	0,1	7	0,1
<b>Total</b>	<b>1.648</b>	<b>100</b>	<b>3.603</b>	<b>100</b>	<b>5.251</b>	<b>100</b>

*Memilih penyedia layanan* - Orangtua memiliki alasan yang berbeda untuk memilih dukun atau bidan, dan sahnya 5,8% menyebutkan faktor biaya P2GP sebagai alasan. Alasan

paling utama untuk memilih dukun karena dukun dipandang sebagai pilihan yang tepat untuk melakukan praktik tradisi P2GP (80%). Alasan lainnya, memilih dukun dibandingkan bidan adalah karena direkomendasikan oleh keluarga (22%), dukun yang dipilih adalah teman keluarga (16,5%) dan karena dukun di daerah mereka lebih tersedia dari pada bidan (15%).

Keputusan untuk memilih bidan cenderung didasarkan pada pandangan bahwa bidan dipilih karena lebih aman (52%). Alasan lain yang dikemukakan adalah bahwa bidan sudah ada di daerah tersebut (33%) dan layanan P2GP termasuk dalam paket persalinan. Paket persalinan adalah biaya satu kali untuk berbagai layanan perawatan sebelum persalinan dan pasca persalinan termasuk praktik tradisional seperti tindik dan P2GP.

Temuan kualitatif mendukung kuantitatif namun lebih banyak dilakukan karena faktor kepercayaan. Penyedia layanan kesehatan tertentu dipilih karena mereka adalah bagian dari masyarakat sebagai orang yang dipercaya, sebagai teman dalam keluarga yang terpercaya atau dipercaya untuk melakukan tindakan yang aman.

**Tabel 16: Alasan Memilih Layanan untuk P2GP (PSKK UGM, 2017)**

Alasan Memilih	Tenaga Medis		Tradisional		Tidak Tahu		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Biaya murah	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
Akses dekat	682	33,8	495	15,3	0	0,0	1.177	22,4
Kenal dekat/masih keluarga	370	18,3	532	16,5	0	0,0	902	17,2
Lebih aman secara medis	1.050	52,1	20	0,6	0	0,0	1.070	20,4
Tidak ada tenaga kesehatan yang menyunat	101	5,0	94	2,9	0	0,0	195	3,7
Tidak tahu	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
<b>Total</b>	<b>2.017</b>	<b>100,0</b>	<b>3.228</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>5.251</b>	<b>100,0</b>

## Persetujuan

Tabel 17 berikut menunjukkan persentase ibu yang dimintakan izin dari penyedia layanan sebelum anak perempuan mereka disunat, table ini juga menunjukkan persentase anak perempuan yang dimintakan persetujuan sebelum prosedur P2GP.

Ibu mengakui bahwa 93% bidan dan 95% dukun beranak meminta izin untuk P2GP anak perempuan mereka. Hanya 3% anak perempuan yang ditanya apakah mereka setuju untuk melakukan P2GP oleh bidan dan 4% oleh dukun beranak.

Dalam penelitian kualitatif, tenaga kesehatan menyebutkan jika mereka tidak selalu menyediakan informasi dan meminta persetujuan karena layanan P2Gp diminta oleh orang tua. Informasi kesehatan terkait prosedur P2GP hanya diberikan ketika diminta oleh orang tua. Penelitian ini mencatat satu kasus dimana seorang ibu memutuskan untuk tidak menyunatkan anak perempuannya setelah menerima informasi bahwa P2GP tidak memiliki manfaat kesehatan.

Tabel 17: Permintaan Persetujuan oleh Penyedia Layanan (PSKK UGM, 2017)

Persetujuan terhadap Tindakan Sunat	Ibu dari ART yang disunat				Anak Perempuan yang disunat			
	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
<b>Total</b>	<b>2.017</b>	<b>3.228</b>	<b>6</b>	<b>5.251</b>	<b>2.017</b>	<b>3.228</b>	<b>6</b>	<b>5.251</b>
<b>%</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

## Mempertanyakan P2GP dan Ketidaksetujuan

Hampir semua (98%) orangtua percaya bahwa anak perempuan perlu menjalani P2GP sebagai sebuah tradisi yang layak untuk dilanjutkan. Alasan untuk ini sejalan dengan keyakinan bahwa P2GP memberi manfaat pada kesehatan dan seksualitas gadis serta dianggap sebagai tradisi penting yang dihormati. Dari data yang dikumpulkan hanya sebagian kecil orangtua yang mempertanyakan nilai P2GP.

*Apakah P2GP diperlukan?* - Penelitian kuantitatif menemukan bahwa 7% responden perkotaan (4% perempuan dan 3% laki-laki) tidak percaya bahwa anak perempuan perlu disunat. Hanya 2% responden pedesaan (1% laki-laki dan 1% perempuan) memiliki pendapat yang sama.

Tabel 18: Persepsi Mengenai Anak Perempuan Perlu Menjalani P2GP atau Tidak (PSKK UGM, 2017)

Perlu Tidaknya Perempuan Disunat	Istri (%)			Suami (%)		
	Kota	Desa	Kota+Desa	Kota	Desa	Kota+Desa
Perlu	96,0	99,0	98,1	96,7	98,6	98,1
Tidak Perlu	4,1	1,0	1,9	3,3	1,4	1,9
<b>Total</b>	<b>1.309</b>	<b>2.941</b>	<b>4.250</b>	<b>718</b>	<b>2.064</b>	<b>2.782</b>

*Haruskah P2GP terus dipraktikkan?* - 1,5% orangtua percaya bahwa P2GP adalah tradisi yang tidak layak dilanjutkan, dan (0,7%) menyatakan ketidakpastian mengenai apakah seharusnya atau tidak seharusnya. Pendapat ini lebih sering diungkapkan di perkotaan

(2,5%) dibandingkan dengan ibu pedesaan (0,08%), dan perkotaan (3,3%) dibandingkan dengan perempuan pedesaan (0,09%).

**Tabel 19: Pendapat Mengenai P2GP Perlu Diteruskan atau Tidak (PSKK UGM, 2017)**

Pendapat Tentang P2GP	Istri (%)			Suami (%)		
	Kota	Desa	Kota+Desa	Kota	Desa	Kota+Desa
Diteruskan	95,7	98,8	97,8	95,1	98,7	97,8
Dihentikan	2,5	0,8	1,3	3,3	0,9	1,5
Tidak Tahu	1,8	0,5	0,9	1,5	0,4	0,7
<b>Total</b>	<b>1.309</b>	<b>2.941</b>	<b>4.250</b>	<b>718</b>	<b>2.064</b>	<b>2.782</b>

*Bermanfaat atau Berbahaya?* Ketika ditanyakan mengapa mereka menganggap P2GP tidak perlu dilakukan, hanya 0,09 % orang tua mengatakan bahwa P2GP tidak memberikan manfaat (0.9%). Dengan perbedaan yang sangat kecil ini, 0,5% menjelaskan bahwa P2GP bukan perintah agama Islam dan 0,1 % mengatakan ini adalah tindakan kekerasan yang menyebabkan kesakitan pada vagina.

**Tabel 20: Alasan Menolak Praktik P2GP (PSKK UGM, 2017)**

Alasan P2GP Perlu Dihentikan	Istri (%)			Suami (%)		
	Kota	Desa	Kota+Desa	Kota	Desa	Kota+Desa
Tidak diperintahkan dalam agama Islam	0,9	0,1	0,4	1,1	0,3	0,5
Tidak ada manfaatnya	0,8	0,3	0,4	2,2	0,4	0,9
Kekerasan terhadap perempuan	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Bisa menimbulkan trauma pada anak	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
Tidak ada dasar hukumnya	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
P2GP sudah dilarang	0,3	0,1	0,2	0,0	0,1	0,0
Menimbulkan dampak kesehatan anak (sakit pada alat kelamin)	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Lainnya	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
<b>Total N</b>	<b>1.309</b>	<b>2.941</b>	<b>4.250</b>	<b>718</b>	<b>2.064</b>	<b>2.782</b>

Penelitian kualitatif mendukung sebagian dari penelitian kuantitatif dengan temuan sebagian ibu tidak setuju jika P2GP diharuskan dengan alasan tidak bermanfaat dan pemotongan genitalia akan memberikan dampak negatif pada kehidupan seksual anak perempuan dimasa depan. Sebagian menyebutkan jika P2GP sebagai Sunnah, (disarankan tapi tidak diwajibkan dalam hukum Islam). Mereka merasa kasihan terhadap anak perempuannya.

Walaupun terjadi internal konflik dan perasaan ragu, hanya sebagian kecil dari orang tua yang merasa dapat melawan tekanan dari keluarga dan juga sansk sosial dari masyarakat.

## Dampak Kesehatan dan Psikologis

Kurang lebih 3,8% responden menyatakan bahwa P2GP menyebabkan sakit akut pada anak perempuan terutama ketika mereka buang air kecil pada hari-hari setelah P2GP. 1,5% menyebutkan bahwa P2GP menyebabkan demam dan 1% menyebutkan mengalami mual dan pendarahan. Walaupun kematian tidak dilaporkan sebagai dampak kesehatan, namun di satu daerah dalam penelitian kualitatif seorang informan menyebutkan bahwa ada kasus kematian seorang anak perempuan beberapa jam setelah dilakukan P2GP dengan masalah pembekuan darah.

Table 21: Persepsi tentang Dampak Kesehatan P2GP (PSKK UGM, 2017)

Keluhan/Masalah Kesehatan	Ada Keluhan/ Masalah Kesehatan		Tidak ada Keluhan/ Masalah Kesehatan		Tidak Tahu		Total		Rata-rata Jumlah Hari Mengalami Masalah Kesehatan
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Infeksi	2	0,0	5.235	99,7	14	0,3	5251	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 kencing	199	3,8	5.038	95,9	14	0,3	5.251	100,0	2

Dampak psikologis dari P2GP kurang terlihat dibandingkan efek fisiknya. Kurang lebih 2% orang yang diwawancarai menyebutkan bahwa P2GP menimbulkan ketakutan untuk mengunjungi petugas kesehatan dan kurang dari 1% mengatakan bahwa P2GP menyebabkan mimpi buruk, takut air dan peralatan medis.

Tabel 22: Persepsi tentang Dampak Psikologis P2GP (PSKK UGM, 2017)

Dampak Psikologis	N	%
Mimpi buruk	5	0,10
Takut dengan tenaga medis/dukun	82	1,56
Takut pergi ke fasilitas kesehatan	3	0,06
Takut dengan alat-alat medis	2	0,04
Takut dengan air	1	0,02
Tidak Ada Dampak Psikologis	5.130	97,70
Tidak Tahu	28	0,53
<b>Total N</b>	<b>5.251</b>	<b>100,00</b>

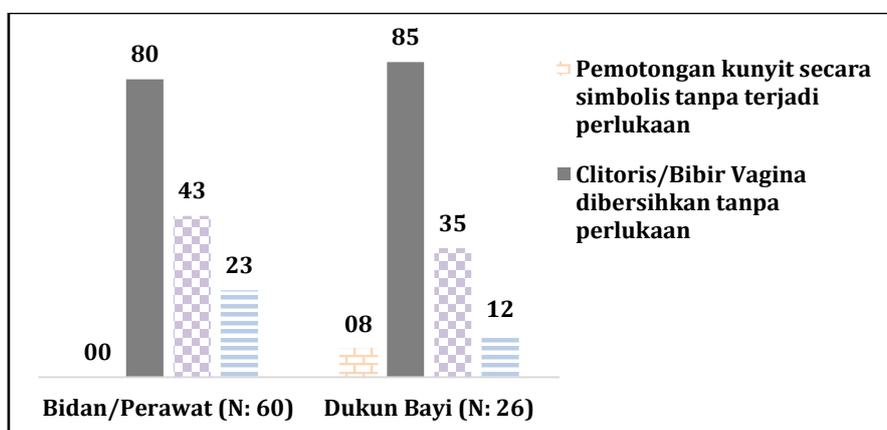
# BAB V: SIKAP, NILAI DAN PERILAKU PENYEDIA LAYANAN KESEHATAN

Dibandingkan dengan ibu dan ayah dalam masyarakat yang mempraktekan P2GP, terdapat lebih besar perbedaan respon oleh penyedia layanan. Secara umum, dukun tidak mempertanyakan lagi mengenai perlunya praktik P2GP. Namun bagi bidan meskipun mereka kebanyakan tidak setuju bahwa P2GP diperlukan, tetapi mereka merasa tidak dapat menolak permintaan klien dan karena itu, banyak di antara mereka tetap melakukan P2GP.

## Jenis Pemotongan: Perspektif Penyedia Layanan

Tanggapan penyedia layanan terhadap pertanyaan tipe P2GP dikelompokkan menjadi empat kategori: 1) Tidak melukai (menempatkan kunyit pada klitoris dan mengiris kunyit sebagai 'simbolis P2GP'). 2) Mencuci vulva tanpa melukai, menggosok klitoris sampai luka terjadi, memotong ujung klitoris. Kurang lebih 80% bidan dan 85% dukun mengatakan bahwa mereka membersihkan vulva anak perempuan, baik dengan air hangat maupun obat herbal. 3) Selain itu, 43% bidan dan 34% dukun i mengatakan bahwa mereka menggosok klitoris hingga luka, sementara 23% bidan dan 11,5% dukun ditemukan mengiris bagian atas klitoris. 4) P2GP secara simbolis, atau yang tidak menimbulkan luka, diklaim oleh 0,0% bidan dan 7,7% dukun.

Gambar 4: Tipe P2GP Menurut Penyedia Layanan (PSKK UGM, 2017)



## Alat dan Perawatan Topikal

*Alat* - Alat dan perawatan topikal dari penyedia layanan beragam. Bidan ditemukan menggunakan gunting bedah (43%) atau pisau / pemotong / pisau cukur (31%). Kurang lebih 10,5% mengatakan bahwa mereka menggunakan jarum dan 78% dukun dilaporkan oleh orangtua menggunakan pisau / pemotong / pisau cukur. Data penelitian kualitatif mendukung penggunaan alat-alat tersebut. Pada kualitatif ditemukan kesaksian beberapa bidan yang mengatakan bahwa mereka menggunakan jarum suntik karena terdaftar sebagai alat praktik terbaik sesuai peraturan Kementerian Kesehatan 2010.

Penggunaan koin persentasenya kecil (1,9%) dilakukan oleh dukun yang dielaborasi dengan data kualitatif. Terkadang koin digosokkan di atas klitoris dan / atau uretra sampai terbentuk abrasi, sehingga seringkali berdarah. Beberapa dukun digambarkan menekan koin 'kuno' (dengan lubang di tengah) di sekitar klitoris. Menggunakan koin sebagai template, bagian yang muncul dari klitoris kemudian diiris atau disayat.

**Table 23: Ingatan Orang Tua tentang Jenis Alat yang Digunakan dalam Praktik P2GP (PSKK UGM, 2017)**

Jenis Alat untuk Menyukat	Tenaga yang Melakukan P2GP							
	Tenaga Medis		Tradisional		Tidak Tahu		Total	Persen
	N	%	N	%	N	%	N	%
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
<b>Jumlah</b>	<b>2.017</b>	<b>100,0</b>	<b>3.228</b>	<b>100,0</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>	<b>5.251</b>	<b>100,0</b>

*Pengobatan Topikal* - Dukun dan bidan ditemukan menggunakan berbagai jenis obat topikal untuk mengatasi luka akibat P2GP, meskipun 32% dukun dan 15% petugas kesehatan dilaporkan tidak menggunakan obat sama sekali.

Obat Pereda nyeri ditawarkan baik oleh dukun dan bidan. Pada 76% kasus menggunakan alkohol, betadine dan antiseptik lainnya sebagai obat pilihan di antara bidan. Sebaliknya, dukun dilaporkan menggunakan jenis obat yang lebih luas termasuk 'ramuan tradisional dan obat-obatan tradisional lainnya' (24%); kunyit (19%); air campuran-bunga (23%); dan air suci (air dengan jampi jampi atau air doa) sebanyak 20%.

**Tabel 24: Ingatan Tenaga Kesehatan tentang Obat-obatan dan Ramuan yang Digunakan dalam Praktik P2GP (PSKK UGM, 2017)**

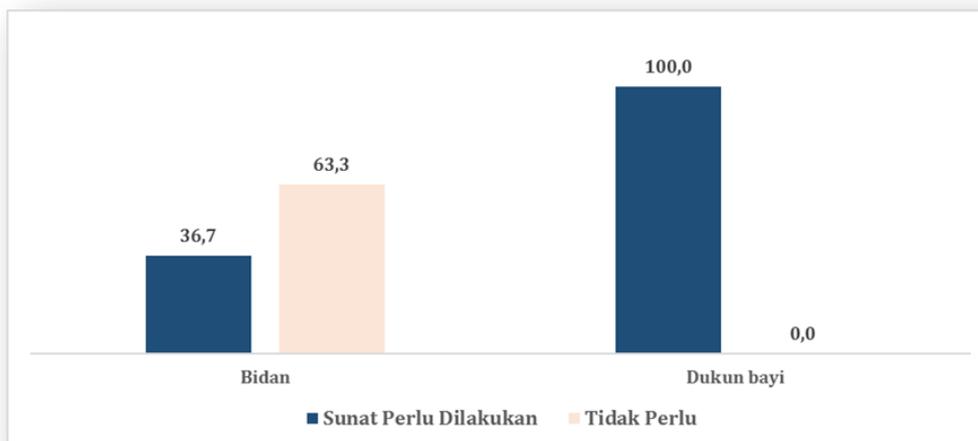
Jenis Obat/Ramuan	Tenaga yang Menyunat							
	Tenaga Medis		Tradisional		Tidak Tahu		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Kunyit	12	0,6	617	19,1	0	0	629	12,0
Air kembang	4	0,2	729	22,6	0	0	733	14,0
Air yang sudah diberi doa (jampi-jampi)	10	0,5	656	20,3	0	0	666	12,7
Rempah/ramuan tradisional lainnya	6	0,3	786	24,4	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-obatan medis lainnya	68	3,4	10	0,3	0	0	78	1,5
Minyak (minyak kelapa, minyak goreng, kayu putih)	5	0	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
Tidak Tahu/Tidak Ingat	142	7,0	99	3,	4	66,7	245	4,7
Tidak Diberikan Ramuan/Obat apapun	306	15,2	1.043	32,3	1	16,7	1.350	25,7
<b>Jumlah</b>	<b>2.017</b>	<b>38,4</b>	<b>3.228</b>	<b>61,5</b>	<b>6</b>	<b>0,1</b>	<b>5.251</b>	<b>100,0</b>

## Pentingnya P2GP

*Kebutuhan* – Penelitian oleh PSKK UGM (2017) menemukan bahwa semua percaya bahwa P2GP merupakan kebutuhan tetapi bidan hanya 36% yang percaya bahwa P2GP adalah praktik yang diperlukan.

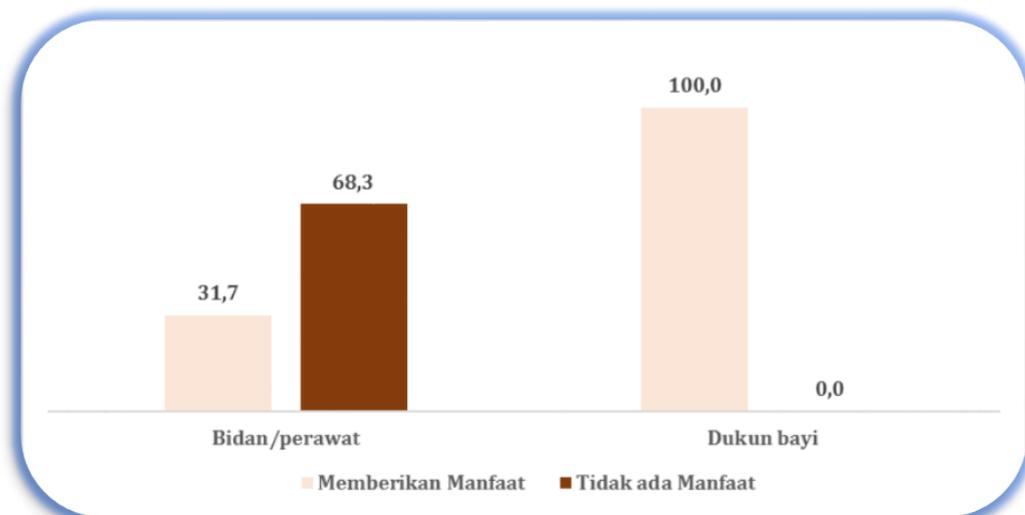
Penelitian Komnas Perempuan (2017) menyebutkan bahwa sebagian tenaga kesehatan tidak lagi mempraktekan P2GP karena praktek ini dianggap bertentangan dengan Panduan Etika; membahayakan kesehatan; bentuk kekerasan terhadap perempuan; menyebabkan pendarahan ketika bayi tidak dapat mengatasi penggumpalan darah.

Gambar 5: Pendapat Tenaga Kesehatan tentang Apakah perlu Dilakukan P2GP (PSKK UGM, 2017)



Manfaat - Demikian pula, 100% dukun percaya P2GP bermanfaat sedangkan 32% bidan setuju bahwa P2GP memiliki manfaat.

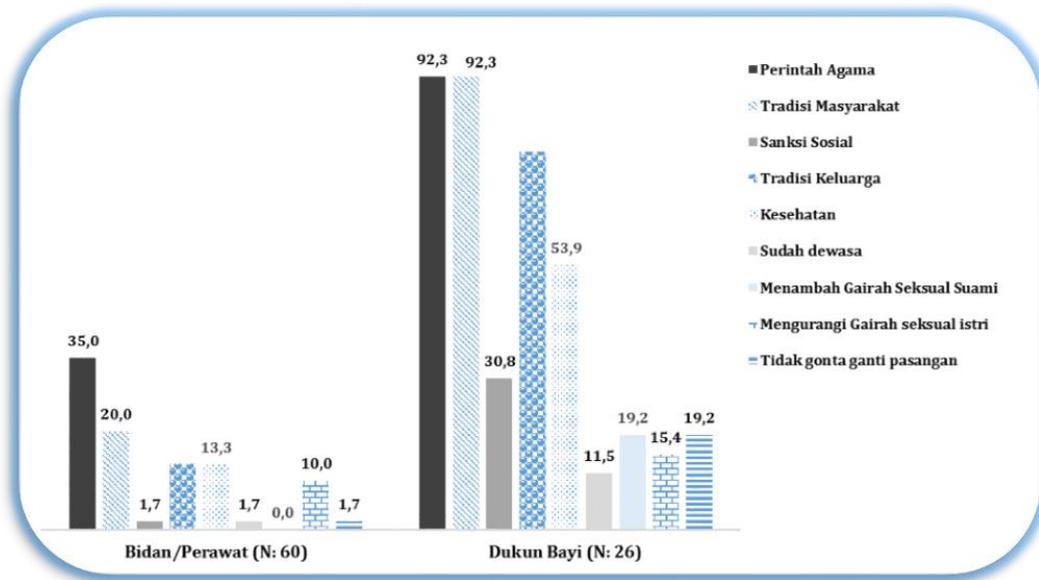
Gambar 6: Pendapat Tenaga Kesehatan tentang Apakah P2GP Bermanfaat (PSKK UGM, 2017)



*Apa manfaat P2GP?* - Dukun menganggap bahwa P2GP adalah penting dilakukan karena mereka meyakini sebagai ajaran agama (92%), tradisi masyarakat (92%) dan tradisi keluarga (77%). Bagi bidan 35% menganggap P2GP sebagai ajaran agama, 20% menganggapnya sebagai tradisi dan 13% percaya hal itu bermanfaat karena merupakan tradisi keluarga.

Kesamaan pandangan antara para dukun dan orangtua menjelaskan bahwa dukun kemungkinan besar berasal dari komunitas yang sama dengan klien dibandingkan bidan

Gambar 7: Pendapat Tenaga Kesehatan tentang Alasan Mengapa P2GP Dianggap Bermanfaat (PSKK UGM, 2017)



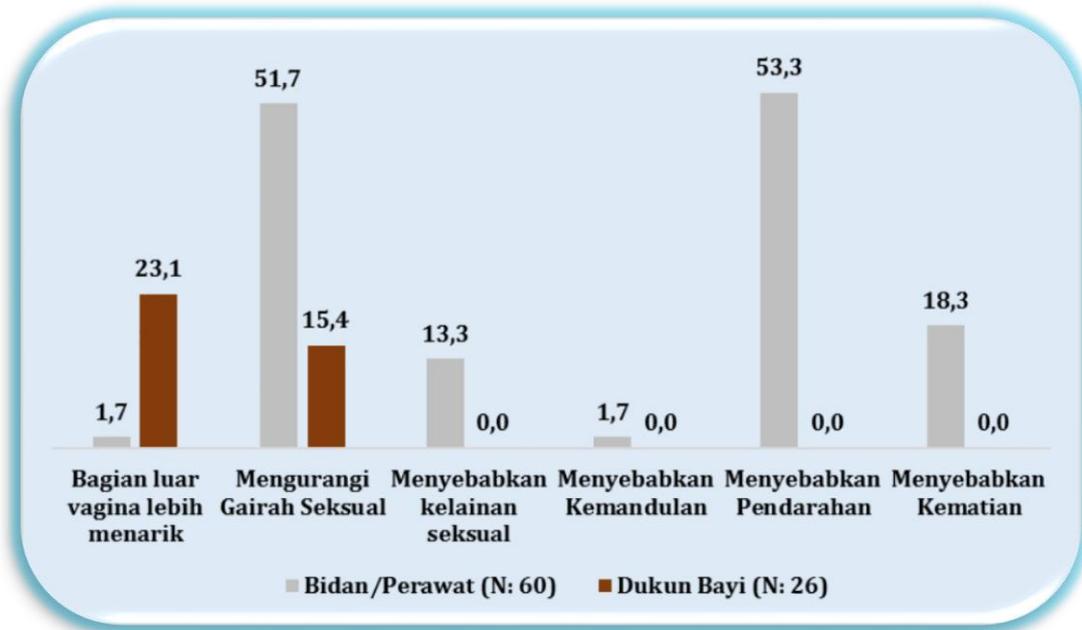
## Dampak Kesehatan

Dibandingkan dengan 1,7% bidan, terdapat 23% dukun beranak yang mengklaim bahwa P2GP dilakukan untuk membuat vulva lebih menarik. 15% dukun menyebutkan bahwa P2GP membantu mengurangi dorongan seksual bagi anak gadis itu di masa depan.

Dalam penelitian kuantitatif, bidan menyatakan bahwa P2GP menyebabkan pendarahan (53%); penurunan dorongan seks (52%); kematian (18%) dan infertilitas (2%). Penelitian kualitatif berdasarkan interview dengan bidan dan dukun menyatakan, bayi dan anak perempuan yang disunat mengalami kejang/shock, sebagian menangis dan beberapa mengalami trauma ketika melihat bayi disunat.

Secara umum, penelitian kualitatif menemukan bahwa responden percaya P2GP tidak memberikan dampak negative pada sexualitas anak perempuan. Hal ini didasarkan pada pandangan bahwa anak perempuan masih dapat mengalami kenikmatan seksual dan melahirkan anak. Akan tetapi, beberapa responden menunjukkan rasa keprihatinan mereka termasuk dua responden bidan dari Dumai dan Pandeglang yang melaporkan bahwa P2GP yang mereka alami pada saat mereka masih muda telah menghancurkan kemampuan mereka secara permanen untuk merasakan hasrat seksual dan kenikmatan seksualnya.

Gambar 8: Pendapat Tenaga Kesehatan tentang Dampak Kesehatan P2GP (PSKK UGM, 2017)

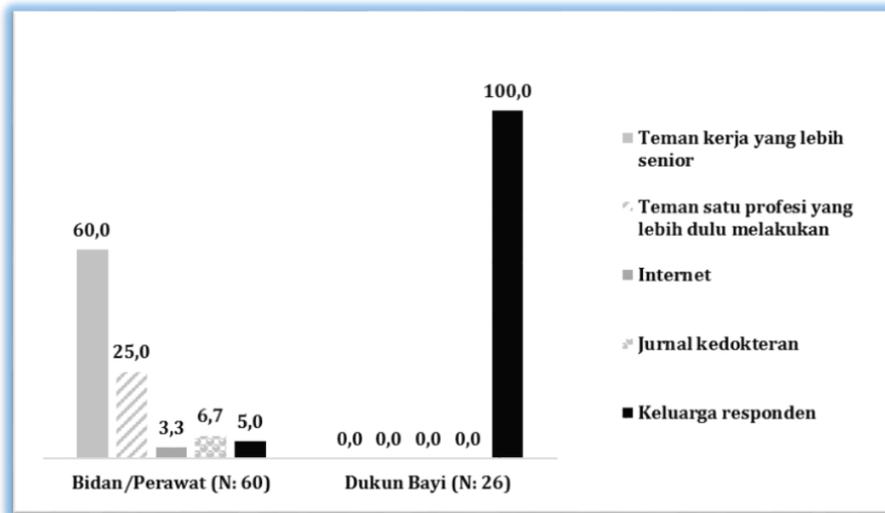


### Pengetahuan tentang Prosedur P2GP

Tidak ada pelatihan formal untuk melakukan P2GP di Indonesia. Dalam konteks ini, bidan dan dukun mencari informasi tentang bagaimana melakukan tindakan P2GP melalui cara yang berbeda. Menurut penelitian kualitatif, bidan mengatakan bahwa mereka belajar dari staf senior di tempat kerja mereka sementara dukun belajar bagaimana melakukan P2GP dari ibu atau nenek mereka, yang telah diajarkan oleh orang tua dari garis keturunan ibu (*matrilinea*). Bidan juga menyebutkan bahwa untuk mendapatkan pengetahuan tentang P2GP mereka membaca Al Quran atau buku fiqh, majalah kesehatan dan mendapatkan informasi dari "mulut ke mulut".

Temuan tersebut didukung oleh penelitian kuantitatif, 100% dukun belajar prosedur P2GP dari anggota keluarga mereka yang berpengalaman. Di sisi lain, untuk mendapatkan informasi, bidan belajar dari tenaga kesehatan yang lebih senior atau staf medis yang berpengalaman. Mereka juga membaca artikel di jurnal medis dan internet untuk mendapatkan informasi teknis mengenai tindakan P2GP.

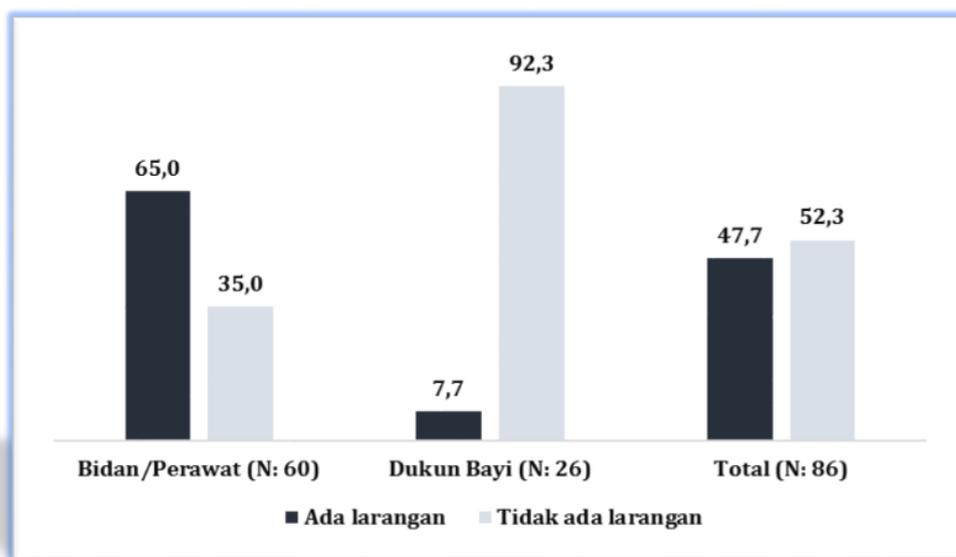
Gambar 9: Sumber Pengetahuan Tenaga Kesehatan Mengenai Praktik P2GP (PSSK UGM, 2017)



Pengetahuan tentang larangan P2GP di tingkat nasional - 86 penyedia layanan (60 bidan dan 26 dukun) ketika ditanya apakah mereka mengetahui tentang Keputusan Menteri Kesehatan tahun 2014 yang melarang P2GP, 65% bidan mengakui bahwa mereka pernah mendengar tentang larangan tersebut, sementara dari dukun hanya 8% yang mengatakan bahwa mereka telah mendengar peraturan tersebut.

Penelitian kualitatif menemukan bahwa para bidan dan dukun yang mengetahui bahwa P2Gp dilarang untuk dipraktekan. Ini menyiratkan bahwa kebijakan tidak cukup kuat untuk mengesampingkan tekanan yang mereka rasakan ketika menyetujui permintaan klien untuk melakukan P2GP.

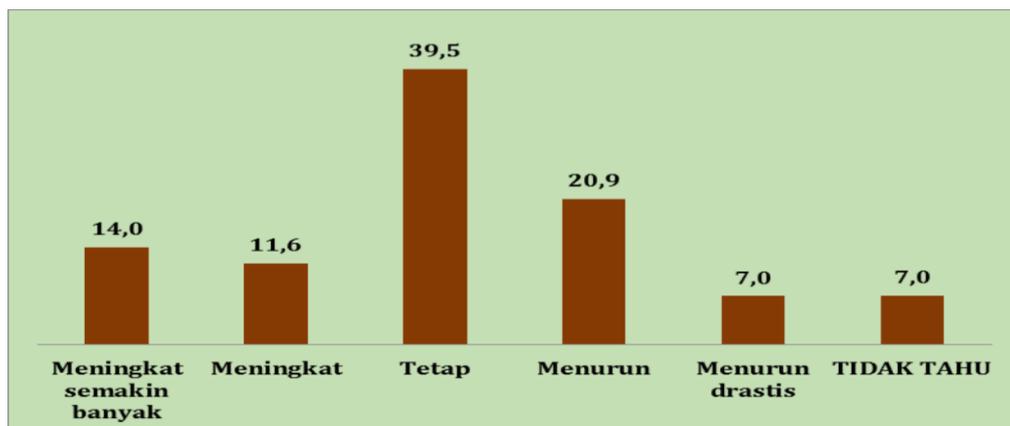
Gambar 10: Pengetahuan Penyedia Layanan tentang Peraturan Terkini Mengenai Larangan P2GP (PSKK UGM, 2017)



## Dinamika P2GP

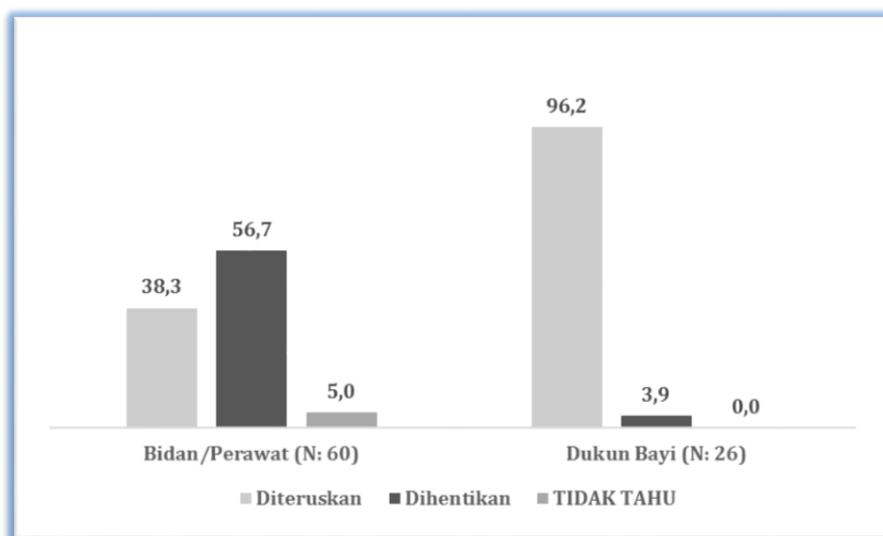
*Apakah P2GP sejak tahun 2010 meningkat atau menurun* - Menurut 40% petugas kesehatan, permintaan untuk P2GP tetap sama sejak 2010, tahun dimana Kementerian Kesehatan mendukung medikalisasi P2GP melalui sebuah keputusan. 28% mengatakan praktik tersebut telah menurun, 26% mengatakan telah meningkat dan 7% mengatakan bahwa mereka tidak dapat mengatakannya.

Gambar 11: Persepsi Tenaga Kesehatan terkait Perubahan Permintaan P2GP Sejak Peraturan Kesehatan Tahun 2010 (PSKK UGM, 2017)



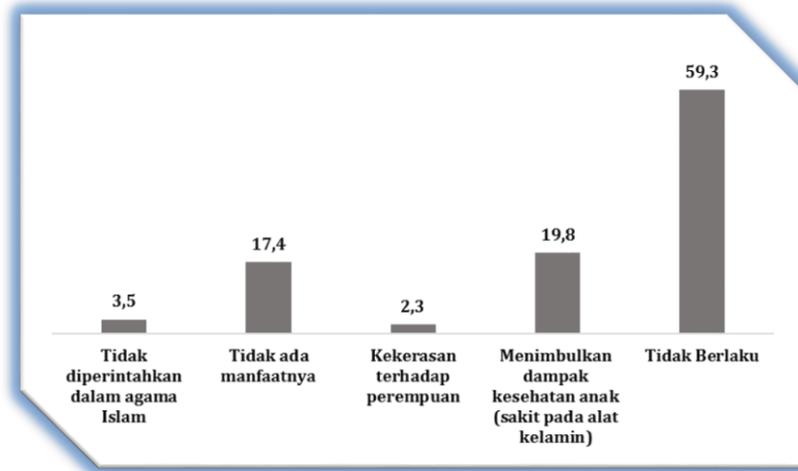
*Haruskah P2GP dilanjutkan atau ditinggalkan?* - Meskipun semua dukun mengatakan setuju bahwa P2GP masih diperlukan dan bermanfaat, namun di antara mereka 4% mengatakan bahwa itu adalah tradisi yang harus dihentikan. Jumlah pendapat serupa jauh lebih tinggi di kalangan bidan yaitu 57% yang percaya bahwa P2GP adalah tradisi yang harus dihapuskan.

Gambar 12: Pendapat Tenaga Kesehatan mengenai Apakah Praktik P2GP Harus Diteruskan atau Dihentikan (PSKK UGM, 2017)



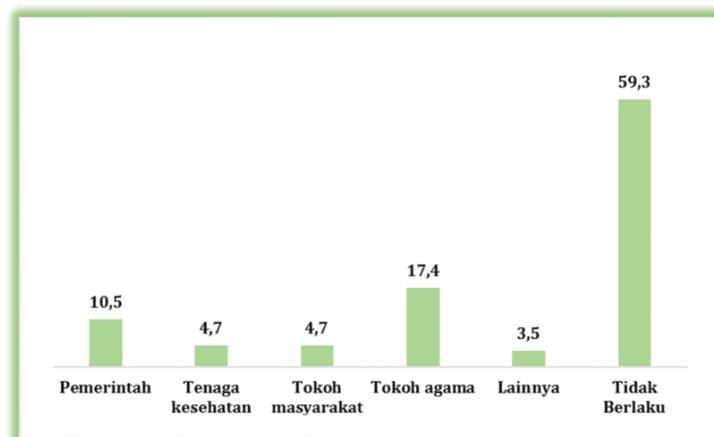
*Mengapa P2GP harus ditinggalkan?* - Di antara petugas kesehatan yang tidak setuju dengan praktik P2GP, 17% mengatakan bahwa menurut mereka P2GP tidak memiliki manfaat dan 20% menyebutkan menimbulkan rasa sakit pada vagina perempuan. 3.5% petugas kesehatan mengatakan bahwa praktik tersebut bukan ajaran Islam dan 2,3% menganggapnya sebagai bentuk kekerasan gender. 59% table batang yang merujuk pada mereka yang percaya bahwa P2GP seharusnya dilanjutkan dan menganggap pertanyaan ini tidak relevan.

Gambar 13: Pendapat Tenaga Kesehatan tentang Mengapa P2GP Harus Dihapuskan (PSKK UGM, 2017)



*Tanggung jawab untuk pengakhiri P2GP* – Penyedia layanan diajikan pertanyaan terkait pendapat mereka tentang siapa yang harus bertanggung jawab untuk mulai mengakhiri praktik P2GP. Penelitian kuantitatif menemukan bahwa 17% bidan berpendapat bahwa tokoh agama harus bertanggung jawab, sementara 10,5% menyebutkan pemerintah bertanggung jawab untuk mengakhiri P2GP. 4,7% menyatakan terserah petugas kesehatan; 4,7% mengatakan bahwa itu adalah tanggung jawab tokoh masyarakat dan 59% tidak memberikan jawaban karena mereka menganggap pertanyaan tersebut tidak relevan mengingat mereka mendukung P2GP.

Gambar 14: Pendapat Tenaga Kesehatan tentang Siapa yang Bertanggung Jawab untuk Mencegah P2GP (PSKK UGM, 2017)



# BAB VI: ANALISIS DATA

Analisis hasil penelitian P2GP yang akan ditampilkan dalam bagian terakhir ini, menghasilkan sembilan poin yang signifikan, yaitu:

## 1. P2GP di Indonesia terjadi pada usia dini

Dibandingkan dengan masa lampau dan daerah di negara lain, rata-rata praktik P2GP di daerah penelitian di Indonesia terjadi pada usia dini. Sebanyak 61% dari praktik P2GP terjadi sebelum anak perempuan mencapai 4 bulan, 36% terjadi di antara usia 4 bulan hingga 3 tahun. Berdasarkan kajian kualitatif (Komnas Perempuan, 2017), menyebutkan adanya “pergeseran trend usia sunat” serta adanya pandangan orang tua mengenai pergeseran demografik tersebut. Beberapa orang tua menyatakan bahwa penurunan usia sunat di Banten dan Jawa Barat merupakan keputusan pragmatis yang mengizinkan praktik P2GP dalam rentang waktu 40 hari perayaan *Marhabah* dan *Akekah*<sup>8</sup>. Ide ini konsisten dengan temuan antropologis dimana di era modernisasi ada kecenderungan untuk mempertahankan tradisi hampir punah untuk penghematan waktu dan biaya.

Responden juga menyebutkan bahwa anak perempuan disunat saat usia dini karena bayi tidak terlalu merasakan sakit dibanding saat dewasa. Hal ini disimpulkan berdasarkan kenyataan bahwa bayi tidak berontak saat disunat dan tidak dapat mengingat trauma yang dihasilkan dari sunat. Sekalipun bayi tidak dapat mengingat trauma, namun penelitian menggunakan MRI menyimpulkan bahwa bayi juga merasakan sakit sebagaimana orang dewasa (Goksan, 2015). Alasan lain juga menyimpulkan adanya kaitan antara usia dini dengan medikalisasi. Pendapat ini sejalan dengan kecenderungan empiris untuk menawarkan P2GP sebagai layanan klinis yang disatukan ke dalam paket perawatan pra-kelahiran dan antenatal.

---

<sup>8</sup> Akekah merujuk pada tradisi penyembelihan (kurban) seekor kambing/ domba, biasanya dilakukan 40 hari setelah kelahiran bayi. Marhabah merupakan ritual perayaan, dilakukan segera setelah bayo lahir, untuk memberkati kehadiran bayo tersebut dan kehidupan kelak di dunia

Karena P2GP biasanya dilakukan pada anak di usia dimana mereka tidak dapat mengingat, tidak dimungkinkan adanya advokasi yang dilakukan oleh korban itu sendiri, yang menjadikan mereka sebagai pahlawan perubahan seperti yang terjadi di Afrika.

## **2. Ibu dan Nenek merupakan kunci pengambil keputusan P2GP**

Penelitian menunjukkan bahwa ibu dan nenek memegang kuasa yang besar dalam menentukan apakah anak perempuan akan disunat atau tidak. Konsentrasi kekuatan dan pengaruh maternal tersebut memiliki implikasi yang jelas terhadap intervensi pelaksanaan P2GP. Pendekatan dari atas ke bawah/top-down efektif untuk mengatasi sisi layanan. Tetapi sisi permintaan harus tertangani, jika tidak akan ada resiko dalam menjalankan P2GP di masyarakat (UNFPA, 2017).

## **3. P2GP beragam tetapi dalam banyak kasus merupakan praktik normatif yang mengakar karena agama dan tradisi**

Tipe sunat; perubahan kebudayaan dari prosedur P2GP dan perayaan sunat yang bervariasi dari berbagai suku. Untuk komunitas yang mempraktikkan P2GP, praktek ini lebih dari sekadar ekspresi budaya; ritual yang menjadikan seseorang Muslim sejati dan penghormatan terhadap tradisi keluarga. Sebagai nilai agama dan tradisi, P2GP terjalin bersama dengan keyakinan terkait seksualitas, pernikahan, kesalehan, kekuatan gender, identitas, tempat dan sejarah.

P2GP adalah norma - ide bersama yang membangun keyakinan dan mempengaruhi perilaku. Hal ini didukung oleh temuan kuantitatif dimana agama, tradisi dan keluarga merupakan alasan untuk mempraktekan P2GP. Temuan kualitatif menyatakan bahwa hampir semua klien P2GP mengalami P2GP ketika masih muda. Oleh karena itu P2GP dipraktikkan dari generasi ke generasi.

Walaupun P2GP memiliki nilai yang tinggi sebagai tradisi (P2GP dipraktikkan dari generasi ke generasi dan dianggap sebagai tradisi/nilai yang melekat tanpa dipertanyakan), kebanyakan responden mengalaminya sebagai bagian dari kewajiban agama. Keyakinan bahwa P2GP adalah kewajiban yang harus dilaksanakan tanpa dipertanyakan, tanpa dilihat sebagai pandangan yang perlu ditemukan dan diperdebatkan dalam interpretasi dari hadits. Temuan ini didukung oleh statistik bahwa hanya 10% orang tua menganggap tokoh agama sebagai sumber pengaruh untuk pemahaman mereka tentang FGM / C (PKK UGM, 2017).

Dalam penelitian kualitatif, para tokoh agama disebutkan jarang mengangkat atau membahas topik P2GP di masjid. Sebagian besar tokoh agama tidak dapat menjelaskan dasar teologis dari P2GP dan beberapa responden yang menyatakan bahwa P2GP adalah masalah perempuan. Sebagai praktik yang terinternalisasi, pengetahuan agama yang diciptakan dan diperkuat melalui gerakan tubuh, seperti berdoa dan membaca dari Al-

Qur'an atau Syahadat (doa yang bersaksi untuk iman tunggal kepada Allah) saat melakukan P2GP.

Implikasi bahwa P2GP lebih sebagai ekspektasi sosial lebih dari pemahaman agama, maka pendekatan untuk perubahan norma sosial (UNFPA, 2016) paling sesuai untuk strategi intervensi di masa depan.

#### 4. P2GP di Indonesia sedikit yang “hanya simbolik”

Hasil penelitian ini menantang stereotip P2GP di Indonesia sebagai praktik simbolik dimana proses tindik atau tusuk yang hanya mengakibatkan perdarahan pada vulva tanpa mengakibatkan perubahan tampilan organ genital. P2GP simbolik (tidak menimbulkan trauma pada jaringan genitalia) ditemukan dalam jumlah yang sedikit di wilayah penelitian. Tim PSKK UGM (2017) menemukan hanya 1.2 % orang tua yang mengklaim P2GP tidak menyebabkan perlukaan pada genitalia anak perempuan mereka.

Terkait dengan pertanyaan mengenai P2GP yang dilakukan di beberapa area, temua ini didukung oleh penelitian lainya yang menyatakan bahwa jenis-jenis P2GP di Indonesia merupakan tipe 1 dan 4 sesuai klasifikasi WHO (Budiharsana et al, 2003; Uddin 2010; Badan Litbang Kesehatan, 2013; Habsjah, 2013). Berapa persentase yang masuk ke dalam klasifikasi ini hanya sugestif karena jumlah responden dan pengkodean jawaban antara orang tua dan penyedia layanan tidak sebanding.<sup>9</sup>

Dengan mencermati data kuantitatif, 65% orang tua memberikan tanggapan tentang jenis pemotongan yang dapat dengan mudah diklasifikasikan ke WHO tipe 1 atau 4. Penelitian ini menemukan tipe pemotongan sebagaimana dalam kode WHO yaitu tipe 1 dan 4. Namun ditemukan ada yang sangat unik, tim peneliti tidak dapat memasukkan ke dalam tipe golongan apapun sebagaimana klasifikasi WHO. Tetapi dicari titik kesamaan yang paling mendekati dengan temuan lapangan, yang kemudian masuk pada skala tipe 4 - “segala bentuk prosedur yang membahayakan bagi organ genital perempuan untuk tujuan di luar kepentingan kesehatan. Contohnya tindik, pengirisan, penggosokan, pemotongan”- dapat diargumentasikan masuk ke dalam klasifikasi tipe 4 WHO.

Tenaga kesehatan merespon tipe P2GP yang diklasifikasikan dan dipresentasikan dalam empat kategori yang berbeda yaitu: tidak ada luka (hanya menaruh irisan kunyit ‘P2GP secara simbolik’); membasuh vulva tanpa melukai; menggosok halus klitoris hingga terjadi perlukaan<sup>10</sup>, memotong ujung klitoris. Dengan memperhatikan bagaimana mereka

---

<sup>9</sup> Menurut tim peneliti dari PSKK UGM, perbedaan dalam coding dikarenakan rentang jawaban responden yang sangat beragam dari survey-survey yang berbeda.

<sup>10</sup> ‘Menggosok klitoris hingga luka’ tidak dioperasionalkan dalam studi ini namun beberapa laporan mengenai sejarah P2GP di Indonesia memberikan makna yang serupa. Menggosok dengan menggunakan koin (uang logam) atau pisau mengangkat jaringan hingga memunculkan luka dan keluar darah. Pada beberapa kasus klitoris digosok sepenuh (Schrieke 1922, quoted from Feillard & Marcoes, 1998). Jika

menanggapi dua kategori terakhir, perlu diingat bahwa survei ini memungkinkan banyak jawaban, beberapa kesimpulan dapat dibuat dengan tingkat perlukaan. Bidan mengatakan mereka menggores klitoris hingga terluka sebanyak 43% kasus dan memotong ujung klitoris sebanyak 23%. Dukun, di sisi lain, melaporkan menggores klitoris hingga terluka sebanyak 34% dan memotong ujung klitoris sebanyak 11,5%.

1. Dengan mempertimbangkan data antara orang tua dan penyedia layanan, dua kesimpulan dapat ditarik sebagai berikut: Ketika orang tua mengaku hanya 1,2% dari P2GP adalah simbolis, sedangkan dari penyedia layanan angkanya lebih tinggi. Alasan perbedaan ini harus dikaji lebih lanjut dan dapat disebabkan oleh i) modifikasi jawaban mengingat jawaban yang jujur secara tidak langsung mengakui adanya pelanggaran peraturan Kemenkes atau, ii) klien salah mengingat 'kompromi bidan' (lihat point 9, bab ini) yang sesuai dengan ekspektasi mereka bahwa P2GP merupakan praktik pemotongan.
2. Bidan melakukan mempraktekan tipe P2GP yang lebih invasive dari dukun; dibahas lebih jauh di poin 7

## 5. P2GP memberikan dampak Fisik, Psikologis dan Sosial

Terlepas dari semua detail penjelasan, data dari kedua penelitian dengan jelas menunjukkan bahwa P2GP hampir selalu menyebabkan rasa sakit, perdarahan dan trauma. Bahkan, seperti yang dilaporkan responden dalam penelitian kualitatif, dapat menyebabkan kematian. Meskipun hanya satu kasus yang disebutkan, tragedi ini kemungkinan merangkum kasus-kasus lain yang tidak dilaporkan. Hal ini dapat dijadikan bukti dari rangkuman tinjauan literatur, bahwa tipe 1 P2GP dapat menyebabkan komplikasi jangka pendek seperti perdarahan, sakit parah, infeksi lokal dan sistemik, syok dari kehilangan darah dan berpotensi, kematian ( Shell-Duncan 2001: 1016).

Karena banyaknya confounding variabel, lebih sulit untuk membuktikan dampak P2GP terhadap efek jangka menengah dan jangka panjang terhadap kesehatan dan kesejahteraan. Sebagian kecil orang tua dan sejumlah besar bidan percaya bahwa P2GP memiliki konsekuensi negative terhadap fisik, seksual, dan psikologis. Prosedur ini terlihat menyakitkan dan bahkan menyebabkan trauma yang menjelaskan terjadinya penurunan usia untuk melakukan prosedur ini. Tidak seperti bayi, sangat menyedihkan bagi orang tua untuk melihat anak perempuan yang lebih tua berontak dan ketakutan ketika hendak disunat.

Perusakan tanpa persetujuan atas organ reproduksi seksual bayi atau anak perempuan merupakan bentuk kekerasan seksual, anak dan gender. Dari sudut pandang hak asasi

---

penggosokan dilakukan hingga menimbulkan perlukaan maka "menggosok hingga luka" dapat dimasukkan ke dalam tipe 1 dari P2GP (cliterodectomy).

manusia dan pembangunan, P2GP merusak tatanan hidup dalam masyarakat dan hambatan bagi negara untuk mencapai suatu bangsa yang adil dan makmur. Keyakinan yang dominan bahwa P2GP penting untuk mengurangi libido seksual perempuan, menjunjung tinggi ideologi bahwa laki-laki sebagai mahluk aktif dan perempuan mahluk yang pasif. Kesetaraan dan pemberdayaan perempuan membutuhkan model ideologis di mana perempuan tidak dibingkai sebagai mahluk yang pasif.

## **6. Tren Medikalisasi yang diperkirakan akan terus meningkat**

Penelitian menemukan bahwa 66% responden perkotaan dan 26% responden pedesaan menggunakan pelayanan bidan untuk pelaksanaan P2GP. Sementara itu, 74% responden pedesaan lebih menyukai pelayanan dari dukun. Di Gorontalo, dukun merupakan satu-satunya penyedia layanan P2GP karena masyarakat membutuhkan ahli ritual. Dibandingkan dengan data historis, ketika dukun beranak merupakan satu-satunya pilihan, bidan menjadi penyedia layanan kedua. Pergeseran dari tradisional ke medikalisasi divalidasi pula oleh penelitian lainnya (Putranti, 2008, Budiharsana dkk. 2003) dimana laporan narasi menyatakan ibu-ibu yang disunat oleh dukun ketika mereka masih kecil, kini lebih memilih bidan untuk melakukan P2GP terhadap anak-anak mereka (*Komnas Perempuan, 2007*).

Rata-rata 39% responden memilih bidan dan 61% memilih dukun. Harus diingat disini bahwa wilayah dan ukuran sampel tiap daerah berbeda-beda. Nilai rata-rata ini mirip dengan temuan *Population Council* (Budiharsana dkk., 2003) namun tidak sama dengan laporan dari Riskesdas (2013). Penelitian pendahulu menyatakan bahwa dari enam daerah penelitian, 32% orang tua memilih menyerahkan pelaksanaan P2GP kepada tenaga kesehatan dan 68% nya memilih dukun. Secara nasional, Riskesdas menghitung bahwa 51% orang tua memilih bidan sementara 40% nya memilih dukun. (Badan Litbang Kesehatan, 2013).

Penelitian kualitatif menyebutkan bahwa dukun beranak pada kenyataannya mengalami penurunan permintaan layanan P2GP. Hal disebabkan karena usia dukun mengalami penuaan, pensiun dan tidak digantungkan oleh generasi selanjutnya. Dengan asumsi bahwa tetap ada sejumlah permintaan terhadap praktik P2GP, maka diperkirakan akan ada peningkatan permintaan layanan P2GP terhadap tenaga kesehatan.

## **7. Medikalisasi akan menyebabkan kerusakan lebih besar, jika dilihat dari prosedur bedah yang lebih invasif**

Proyeksi peningkatan tren untuk medikalisasi cukup mengkhawatirkan mengingat korelasi dari hasil penelitian PSKK UGM terkait P2GP yang dilakukan oleh petugas kesehatan dan kekerasan obstetrik/obstetric violence. Sekitar 45% orang tua melaporkan bahwa bidan melakukan tipe 1a (cliterodectomy) dibandingkan dengan dukun, 23%. Di sisi lain, 43% bidan, atau 8% lebih dari angka yang dilaporkan oleh dukun (35%), mengatakan mereka

menggosok klitoris ke 'luka'. Sekitar 23% bidan dilaporkan melakukan kliterodektomi, 12% lebih dari angka yang dilaporkan oleh dukun (11,5%).

Meskipun angka yang akurat menunjukkan perbedaan, tanggapan dari kedua orang tua dan penyedia layanan menunjukkan kesimpulan yang sama. Hal ini berarti, tingkat kliterodektomi dan bentuk-bentuk kekerasan lainnya lebih tinggi di kalangan pekerja medis. Temuan ini konsisten dengan observasi Foldes dan Martz (2015) dimana penggunaan gunting bedah dalam konteks klinis mendorong pemotongan lebih dalam dan membuang lebih banyak jaringan genitalia dibandingkan dengan praktik tradisional. Penelitian ini menunjukkan bahwa medikalisasi lebih merusak dan menyoroti keyakinan yang salah bahwa medikalisasi lebih aman dan cara "pengurangan dampak"/ "Harm Reduction".

## **8. Kebanyakan bidan tidak setuju bahwa P2GP bermanfaat dan menguntungkan**

Jumlah bidan yang memiliki pandangan yang berbeda secara signifikan terhadap P2GP sebanyak 63%. Tidak seperti dukun, kebanyakan bidan menyadari dampak psikologis dan fisik yang ditimbulkan oleh P2GP. Mereka mengetahui regulasi kesehatan yang mengatur pelarangan P2GP dan 56,7 % percaya bahwa P2GP harus dihapuskan. Pendapat bidan terkait P2GP tidak bermanfaat ini dapat dijelaskan dalam dua faktor. Pertama, bidan dibandingkan dukun lebih cenderung bermigrasi ke daerah dan akibatnya, kecil mungkin untuk berbagi pemahaman budaya dari komunitas yang mereka layani. Kedua, bidan lebih cenderung terekspos dengan pandangan berbeda mengenai P2GP. Selain dipengaruhi oleh tradisi budaya mereka sendiri, banyak bidan memperoleh informasi tentang mandat praktek P2GP dari interaksi mereka dengan rekan sejawat yang terlatih secara medis dan kegiatan pengembangan profesional. Misalnya, beberapa menyebutkan bahwa mereka telah belajar tentang peraturan yang melarang P2GP dari Ikatan Bidan Indonesia (IBI).

## **9. Kompromi Bidan**

Dengan mengesampingkan ketidaksetujuan personal serta adanya larangan dari Kemenkes, kebanyakan bidan menyetujui pelaksanaan P2GP hanya demi memenuhi permintaan klien. Pada beberapa kasus, bidan melaporkan bahwa mereka menghindari bahaya P2GP dengan membujuk orangtua agar mereka mau menerima pelayanan pencucian area genital saja. Beberapa bidan mengatakan, bahwa mereka melakukan hal tersebut untuk mempromosikan pelarangan P2GP oleh Menteri Kesehatan yang dapat diterima di masyarakat (*Komnas Perempuan* 2017).

Temuan ini, bisa disebut juga 'kompromi bidan', merepresentasikan adanya resistansi rahasia yang dikenal oleh antropologis (Scott 2008) sebagai "senjata pihak yang lemah". Terutama ketika dihadapkan dengan situasi ketidakberdayaan untuk menolak aksi yang sulit ditoleransi. Oleh karena itu, bidan berkompromi dengan hal yang meningkatkan agensi

etik mereka. Kompromi ini merupakan respons kreatif terhadap dilema pribadi tetapi tidak menantang status quo dari medikalisasi .

## **Kesimpulan**

Dalam bagian ini, sembilan poin penting muncul dari temuan empiris, bahwa P2GP terjadi pada usia muda; ibu dan nenek membuat keputusan terkait sunat seorang anak perempuan; dan praktek simbolik jarang terjadi. P2GP yang paling sering ditemukan berupa prosedur yang menyakitkan yang melukai genitalia dan untuk beberapa orang, dapat menyebabkan kerusakan fisik dan bahkan kematian. Mengingat dukun dalam usia pensiun dan tidak digantikan oleh generasi yang lebih muda, tren ke arah medikalisasi diperkirakan akan meningkat. Bidan ditemukan lebih mungkin daripada dukun untuk memotong bagian klitoris, demikian pula praktek P2GP yang lebih melukai dan invasif. Hal penting untuk dicatat, kebanyakan bidan tidak setuju P2GP bermanfaat dan perlu, beberapa mencoba mempengaruhi orang tua untuk hanya membersihkan dari pada memotong bagian dari genitalia anak perempuan mereka. Temuan-temuan ini menjadi dasar bagian selanjutnya terkait rekomendasi untuk advokasi P2GP ke depan.

# BAB VII: REKOMENDASI UNTUK MENURUNKAN PREVALENSI P2GP

Tujuh rekomendasi di bawah ini telah dikembangkan dari analisis data; pemahaman tentang kondisi nasional dan lokal dan; evaluasi strategi dari praktek terbaik dalam mengurangi praktek P2GP di negara lainnya. Secara keseluruhan, dapat disimpulkan bahwa rencana aksi P2GP memerlukan komitmen multi-sektoral dalam mengintervensi/menagani layanan dan permintaan P2GP serta kesediaan untuk memantau prevalensi demografi dari waktu ke waktu.

## **1. Mengembangkan data prevalensi P2GP di Indonesia untuk memastikan pencapaian indikator SDG:**

Untuk tujuan monitoring dan evaluasi, dan guna menjalankan komitmen pemerintah jangka panjang, P2GP harus diintegrasikan ke dalam kumpulan meta data demografi. Pengukuran prevalensi P2GP dapat diintegrasikan ke dalam indikator yang ada guna memantau kemajuan SDG (Tujuan Pembangunan Berkelanjutan) 5: 'Mencapai Kesetaraan Gender dan memberdayakan semua perempuan dan anak perempuan'. Secara khusus, monitoring prevalensi P2GP dapat dikaitkan dengan indikator SDG 5.3.2 (P2GP), termasuk jenis-jenis P2GP yang dipraktikkan di Indonesia.

## **2. Membuat dan mengembangkan model penghentian P2GP multi-sektoral untuk aplikasi regional**

Pendekatan terfokus dan multi-sektoral yang bekerja secara komprehensif dan intensif dengan melibatkan Kementerian/ Lembaga terkait, sektor bisnis/ dunia usaha, Lembaga Swadaya Masyarakat (*Civil Society Organization*) termasuk Organisasi kemasyarakatan, lembaga keagamaan/ tokoh agama dan tokoh adat. Model penghentian P2GP tersebut baru bisa diimplementasikan pada skala wilayah yang lebih besar setelah melalui tahap evaluasi kemajuan dan penyempurnaan model

### 3. Mengedukasi Dokter, Bidan dan Tenaga Kesehatan terkait P2GP

Untuk mengatasi sisi layanan P2GP, maka kegiatan yang direkomendasikan adalah:

- Menginisiasi kebijakan di berbagai Fakultas Kedokteran, Fakultas Kebidanan dan Sekolah Kebidanan untuk memasukkan kurikulum mengenai komplikasi P2GP. Untuk itu, harus ada Surat Keputusan Bersama antara Kementerian Kesehatan, Kementerian Pendidikan Tinggi dan Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak untuk menyiapkan kurikulum tersebut.
- Menginisiasi pengembangan lokakarya profesional untuk bidan dan tenaga kesehatan yang bekerja di pelayanan kesehatan umum (PUSKESMAS), rumah sakit, dan fasilitas kesehatan lainnya untuk menolak permintaan P2GP/ toleransi nol terhadap P2GP.

### 4. Reformasi Kebijakan - Perkuat kerangka aturan

Kebijakan P2GP perlu dikembangkan secara konsisten dan komprehensif dengan merevisi undang-undang yang ada dan langkah-langkah lain, mengintegrasikan kebijakan tentang P2GP ke dalam RUU Penghapusan Kekerasan Seksual. Kebijakan untuk pelaksana dimulai dengan dialog dengan para pemangku kepentingan utama termasuk Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, Kementerian Hukum dan Hak Azasi Manusia, Komisi Nasional Anti Kekerasan terhadap Perempuan (NCVAW), Komisi Nasional Perlindungan Anak (NCCP / KPAI), dan Komisi Nasional Hak Asasi Manusia serta tokoh masyarakat dan agama (NCHR). / Komnas HAM).

### 5. Pelibatan Perempuan dan pemuda melalui dukungan Pemerintah dan LSM lokal

*Top-down* (kebijakan dan perundang-undangan) perlu dikembangkan bersamaan dengan program *bottom-up* yang memanfaatkan dinamika sosial untuk mengubah kesadaran dan norma-norma terkait P2GP. Di atas segalanya, penting untuk menargetkan perempuan-sebagai klien layanan P2GP - dan pemuda - sebagai klien masa depan. Program yang berfokus pada masyarakat dapat dicapai dengan bekerja sama dengan pemerintah dan LSM yang menangani isu-isu dengan pemuda, kekerasan gender, dan kesehatan reproduksi. Pemerintah daerah dan lokal diharapkan dapat menyediakan dasar hukum dan infrastruktur (mis. Sekolah) untuk mengkomunikasikan materi terkait kekerasan gender, norma gender dan P2GP. Organisasi Masyarakat Sipil dan LSM memiliki peran penting karena mereka memiliki pengetahuan teknis, pengetahuan lokal dan pengalaman yang berharga untuk menginisiasi program P2GP yang relevan secara lokal.

### 6. Bekerja dengan tokoh agama

Tokoh agama merupakan figur otoritatif untuk merekonstruksi hukum Islam memiliki potensi untuk mempengaruhi keyakinan masyarakat yang mempraktekan P2GP. Bekerja dengan organisasi berbasis agama dan ulama terkemuka diperlukan untuk menyebarkan

ajaran Islam yang sebenarnya mengenai P2GP. Diskusi dengan para tokoh agama harus dilakukan melalui berbagai forum termasuk: dialog terbuka, seminar dan lokakarya (halaqah). Bekerja dengan para tokoh agama di Indonesia juga perlu melibatkan Komunitas Dewan Masjid; Pemerintah<sup>11</sup>; serta dua organisasi berbasis agama: Nahdatul Ulama dan Muhammadiyah.

Upaya Universitas Al-Azhar dalam menghentikan praktek P2GP sangat disarankan untuk dibagikan dengan para pemimpin agama guna memotivasi mereka untuk melakukan upaya yang serupa dan / atau menerjemahkan artikel terkait penghentian P2GP dari Universitas Al-Azhar ke bahasa lokal. Metode *istiqra* juga memiliki potensi besar untuk proses konsultatif ini. Tradisi penelaahan teologis akan mempertimbangkan fakta-fakta empiris dalam memutuskan hukum Islam dan karenanya, mendorong pengkajian kembali keyakinan yang ada dengan perubahan historis di dunia. Dalam model konsultatif ini, temuan empiris dari komplikasi jangka pendek dan jangka panjang P2GP dapat didiskusikan dalam kaitannya dengan interpretasi yang berbeda dari hadits, khususnya, pemahaman P2GP bukan sebagai hukum Islam.

## 7. Melakukan Penelitian lebih lanjut

Temuan-temuan dari penelitian ini memunculkan lebih banyak pertanyaan yang dapat menjadi dasar penelitian selanjutnya. Penelitian ini akan menyempurnakan *evidence - based* untuk intervensi yang dirancang dengan baik dan program yang berfokus pada masyarakat untuk mengatasi keyakinan dan perilaku yang mengganggu praktek P2GP. Beberapa pertanyaan yang bisa dikembangkan antara lain:

- *Berapa banyak rumah sakit yang menawarkan pelayanan P2GP?* Dibutuhkan pemetaan khusus mengenai berapa banyak rumah sakit di ibu kota, kota-kota besar dan provinsi lainnya yang menyediakan layanan P2GP. Hal ini terkait dengan pertanyaan apakah dan bagaimana P2GP termasuk dalam paket kelahiran yang mendorong P2GP untuk bertahan secara sosial.
- *Biaya?* Apa keuntungan ekonomi dari P2GP yang langsung didapat oleh penyedia layanan kesehatan?
- *Mengapa beberapa komunitas berhenti melakukan P2GP?* Mempelajari motivasi pribadi mengapa anak perempuan dijadikan subjek praktek P2GP adalah penting untuk mengidentifikasi permasalahan dalam melaksanakan program perubahan perilaku.
- *Apa yang sebenarnya dilakukan dan dirasakan oleh seseorang sehubungan dengan P2GP?* Laporan verbal menyatakan ‘idealisasi’; yaitu respon ideal terhadap suatu peristiwa untuk menginvestigasi realitas sosial yang sebenarnya lebih dalam, sangat direkomendasikan untuk dilakukan eksplorasi yang lebih mendalam melalui kajian

---

<sup>11</sup> Pemerintah dalam hal ini termasuk Kementerian Koordinator Pembangunan Manusia dan Kebudayaan, Kementerian Agama, Kementerian Kesehatan, Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KPPPA), BKKBN (Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional).

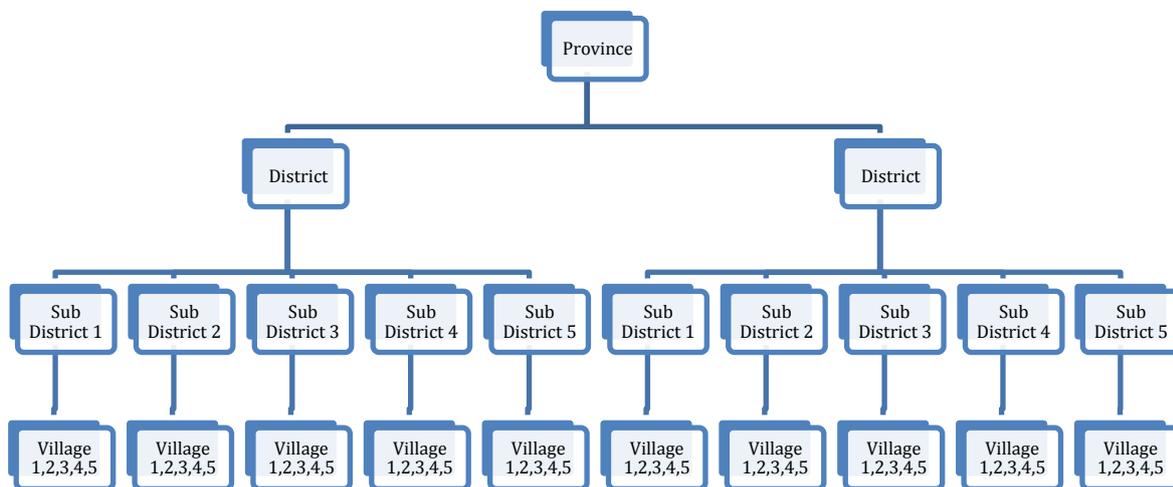
etnografik untuk mengetahui potensi mengenai apa yang dilakukan dan apa yang mereka pikirkan atau rasakan mengenai praktik P2GP.

- *Pandangan laki-laki?* Upaya advokasi P2GP di Afrika menemukan bahwa sebagai ayah dan pasangan dari perempuan yang mengalami P2GP, laki-laki memainkan peran penting dalam program perubahan (Varol et.al, 2003). Di Kenya, Nigeria, Senegal, dan Sudan, program P2GP mengedukasi laki-laki bagaimana praktek ini menyebabkan kesakitan pada perempuan dan mendorong dialog terbuka antara laki-laki untuk melarang keberlangsungan praktek P2GP (UNFPA, 2017). Dibutuhkan data terkait apa yang diinginkan oleh laki-laki dan nilai yang mereka miliki terkait P2GP dalam kaitannya dengan peran laki-laki yang identic sebagai pelindung,
- Apa faktor-faktor penting dalam dialog yang sukses terkait isu P2GP dengan para pemimpin agama – siapa yang kemudian menjadi pejuang/ champion untuk isu ini (UNFPA-UNICEF 2017) - di negara-negara seperti Mesir dan Guinea?

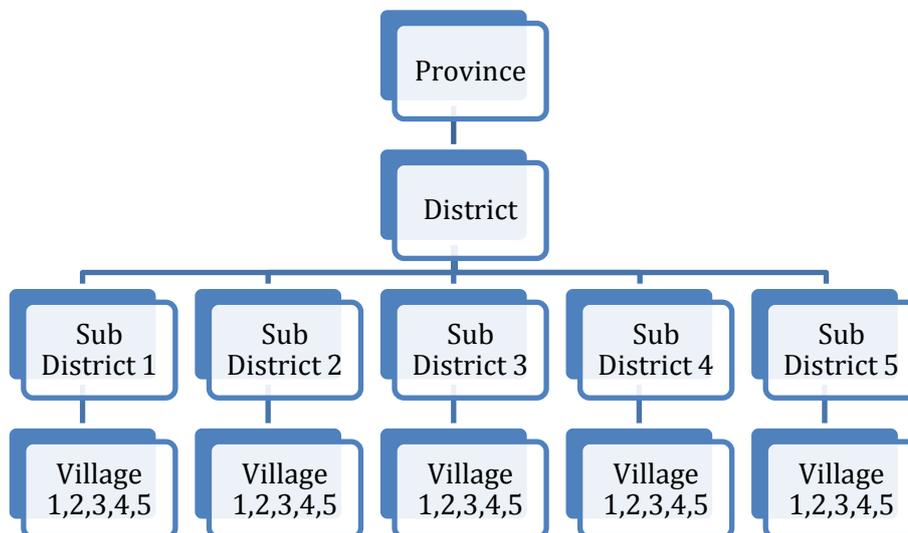
## Kesimpulan

Kedua penelitian telah menghasilkan *evidence - based*/basis - bukti yang kuat dari sikap, pemahaman dan nilai-nilai yang merekam dan mendokumentasika sisi layanan (oleh penyedia layanan) dan permintaan (orang tua dari anak perempuan) dalam praktek P2GP . Bukti ini dapat digunakan sebagai referensi untuk upaya ke depan, khususnya dalam mengintegrasikan P2GP dalam data nasional untuk pemantauan; membangun model multi-sektoral untuk aplikasidi level sub-nasional; mengedukasi mahasiswa/i kedokteran dan melatih kembali para bidan; mereformasi kerangka kebijakan; melibatkan perempuan dan pemuda; bekerja dengan para tokoh agama dan, melakukan penelitian lebih lanjut. Upaya ini akan tercapai,di Indonesia seperti yang terjadi di negara lain, melalui upaya yang “perlahan pada awalnya, dan kemudian, ketika titik balik tercapai, perubahan akan terjadi” (UNFPA, 2017 : 7).

Lampiran 1: Bagan Pemilihan Sampel (*Sampling*) menggunakan Teknik *Multistage Cluster Sampling* untuk Penelitian Kuantitatif (Survey) berdasarkan Wilayah dengan Prevalensi P2GP Tertinggi (7 Provinsi: Gorontalo, Bangka Belitung, Banten, Riau, Kalimantan Selatan, Jawa Barat, Sulawesi Barat)



Lampiran 2: Bagan Pemilihan Sampel (*Sampling*) Menggunakan Teknik *Multistage Cluster Sampling* untuk Penelitian Kuantitatif (Survey) Berdasarkan Provinsi dengan Distrik yang Memiliki Peraturan Daerah tentang P2GP (Kalimantan Timur, Jambi dan Nusa Tenggara Barat)



## Lampiran 3: Anggota Tim Konsultatif

No	Nama	Institusi	Kontak
1.	Ir Destri Handayani, ME (Kasubdit Pemberdayaan Perempuan - Direktorat Keluarga, Perempuan, Anak, Pemuda dan Olahraga)	Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/ Bappenas	<a href="mailto:destri_h@bappenas.go.id">destri_h@bappenas.go.id</a>
2.	Ir Yosi Diana Tresna, MPM (Kasubdit Perlindungan Anak - Direktorat Keluarga, Perempuan, Anak, Pemuda dan Olahraga)	Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/ Bappenas	<a href="mailto:yosi@bappenas.go.id">yosi@bappenas.go.id</a>
3.	Harmawanti Marhaeni, M.Sc (Direktur Statistik Ketahanan Sosial)	BPS	<a href="mailto:harmawanti@bps.go.id">harmawanti@bps.go.id</a>
4.	Bpk Ahmad Avenzora, MSE (Kabid Statistik Kerawanan Sosial - Direktorat Statistik Ketahanan Sosial)	BPS	<a href="mailto:avenzora@bps.go.id">avenzora@bps.go.id</a>
5.	Evi Oktavia, S.Si, M.T (Statistician di Direktorat Statistik Ketahanan Sosial)	BPS	<a href="mailto:evio@bps.go.id">evio@bps.go.id</a>
6.	Dr. Heru Margono, MSc (Direktur Pengembangan Metodologi Survey dan Sensus)	BPS	
7.	Muhardi Kahar SSi, MSi. (Statistician di Direktorat Pengembangan Metodologi Survey dan Sensus)	BPS	<a href="mailto:muhardi@bps.go.id">muhardi@bps.go.id</a>
8.	Dra. Meydian Werdiastuti, MSi. (Asdep Organisasi Masyarakat dan Keagamaan - Deputi Partisipasi Masyarakat)	Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KPPPA)	<a href="mailto:wmaydian@gmail.com">wmaydian@gmail.com</a>
9.	Atjen (staf Asdep Organisasi Masyarakat dan Keagamaan - Deputi Partisipasi Masyarakat)	Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KPPPA)	<a href="mailto:atjeufils@gmail.com">atjeufils@gmail.com</a>
10.	Rini Handayani, SE, MM, (Asisten Deputi Perlindungan Anak dari Kekerasan dan Eksploitasi - Deputi Perlindungan Anak)	Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KPPPA)	<a href="mailto:rini.handayani.avin@gmail.com">rini.handayani.avin@gmail.com</a>

11.	Anisah Asiah (staf Asisten Deputi Perlindungan Anak dari Kekerasan dan Eksploitasi – Deputi Pelindungan Anak)	Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KPPPA)	<a href="mailto:anisahasiah@yahoo.com">anisahasiah@yahoo.com</a>
12.	Drg. Wara Pertiwi Osing, MA (Kasubdit Kesehatan Usia Subur – Direktorat Kesehatan Keluarga)	Kementerian Kesehatan	<a href="mailto:Subditkesprokesga@gmail.com">Subditkesprokesga@gmail.com</a> ; <a href="mailto:wara.osing@gmail.com">wara.osing@gmail.com</a>
13.	Tin Affifah (Pusat Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat)	Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan – Kementerian Kesehatan	<a href="mailto:afifah.tin@gmail.com">afifah.tin@gmail.com</a>
14.	Tety Rahmawati (Pusat Penelitian dan Pengembangan Humaniora dan Manajemen Kesehatan)	Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan – Kementerian Kesehatan	<a href="mailto:tety272002@yahoo.com">tety272002@yahoo.com</a>
15.	Attas Hendartini Habsyah	Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI), penggiat hak kespro dan hak perempuan	<a href="mailto:atashabsjah@yahoo.com">atashabsjah@yahoo.com</a> ; <a href="mailto:atashendartini.habsjah@pkbi.or.id">atashendartini.habsjah@pkbi.or.id</a>
16.	Justina Rostiawati, M.Hum	Akademisi, Universitas Katolik Atmajaya, Tokoh Agama	<a href="mailto:yustina.rostiawati@yahoo.com">yustina.rostiawati@yahoo.com</a>
17.	Maria Ulfah Anshor	Penggiat Hak Anak, mantan Komisioner KPAI (Komisi Perlindungan Anak Indonesia), Tokoh Agama	<a href="mailto:mariaulfah_anshor@yahoo.com">mariaulfah_anshor@yahoo.com</a>
18.	Drs. Irwan Martua Hidayana, M.A	Pusat Kajian Gender dan Seksualitas Universitas Indonesia	<a href="mailto:irwan@ui.ac.id">irwan@ui.ac.id</a>
19.	Kyai Hussein Muhammad	Tokoh Agama	<a href="mailto:husein553@yahoo.com">husein553@yahoo.com</a>
20.	Yuniyanti Chuzaifah	Penggiat Hak Perempuan, Komisioner Komnas Perempuan	<a href="mailto:yuni@komnasperempuan.go.id">yuni@komnasperempuan.go.id</a>

## Lampiran 4: Daftar Pustaka

- Al-krenawi, A. and R. Wiesel-Lev. 1999. "Attitudes toward and perceived psychosocial impact of female circumcision as practiced among the Bedouin-Arabs of the Negrev." *Family Process*. 38(4): 431-443.
- Badan Litbang Kesehatan. 2013. *Riskesmas (Riset Kesehatan Dasar, Basic Health Research)*, Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan dan Kementerian Kesehatan (Agency for Health Research and Development)
- Behrendt, A. and S. Moritz. 2005. "Posttraumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation." *American Journal of Psychiatry*. 162 (5): 1000-1002.
- Berg, R., E. M., L. Denison and A. Fretheim. 2010 *Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review of quantitative studies*. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services (Kunnskapssenteret).
- Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomer 672. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1636/Menkes/Per/XI/2010 tentang Sunat Perempuan*.
- Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomer 185. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2014 tentang Pencabutan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1636/Menkes/Per/XI/2010 tentang Sunat Perempuan*.
- Budiharsana, M., A. Lila, B. Utomo and Erwinia (2003). *Female circumcision in Indonesia: Extent, implications and possible interventions to uphold women's health rights*, Jakarta: Population Council.
- Creswell, J. W. and V. L. P. Clark. 2007. *Designing and conducting mixed methods research, second edition*, New York: Sage.
- Feillard, A. and L. Marcoes. 1998. "Female Circumcision in Indonesia: To "Islamize" in Ceremony or Secrecy". *Archipelago*. 56 (1): 337-367.
- Foldes, P. and Martz, F. 2015. "The Medicalization of Female Genital Mutilation". *Forced Migration Review*. 49: 82-83.
- General Assembly of Human Rights Council, the United Nations. 2015. *Good practices and major challenges in preventing and eliminating female genital mutilation*.
- Goksan, S. 2015. "MRI reveals neural activity overlap between adult and infant pain." *eLife* 4: e06356.

Habsjah, A. 2013. "Sejauhmana Praktik Khitan Perempuan Masih Berlangsung." *Perempuan Bergerak Newsletter*. Edisi III. Juli-September Jakarta: Yayasan Kalyanamitra.

Johansen, E., H. Bathija and J. Khanna. 2008. Work of the World Health Organization on Female Genital Mutilation: Ongoing Research and Policy Discussion. *Finnish Journal of Ethnicity and Migration*, 3(2), pp.83-89.

Kaptein, N. 1995. "Circumcision in Indonesia: Muslim or not?" in *Pluralism and Identity: Studies in ritual behaviour*. Edited by J. Platvoet and K. van der Toorn. Leiden: Brill: 285-302.

Khosla, R., J. Banerjee, J., Chou, D., L. Say, S. Fried. 2017. "Gender equality and human rights approaches to female genital mutilation: a review of international human rights norms and standards." *Reproductive Health*. 14 (1): 59-68.

Knauff, B.M. 2002. *Critically Modern: Alternatives, Alterities, Anthropologies*. Indiana: Indiana University Press.

Marcoes, L. M. and I. Rohmaniyah. 2015. *Report of Seminar and Group Discussion on Female Genital Mutilation/Cutting: Discussions from Social-Cultural and Health Perspectives*. Jakarta: United Nation Population Fund.

Putranti, B. D. 2008. "To Islamize, Becoming a Real Woman or Commercialized Practices? Questioning Female Genital Cutting in Indonesia." *Finnish Journal of Ethnicity & Migration*. 3(2): 23-31.

Ragab, A. 2017, "Medicalization of FGM/C". A Paper Presented during "Role of health institutions in combating Female Genital Mutilation in the Arab Region " UNFPA ASRO, Meeting 25th-26th September 2017.

Scott, J. C. 2008. *Weapons of the weak: Everyday forms of peasant resistance*. Connecticut: Yale University Press.

Shell-Duncan, B. 2001. "The medicalization of female "circumcision": harm reduction or promotion of a dangerous practice?" *Social Science & Medicine*. 52(7): 1013-1028.

Schrieke, B.O. 1922. "Allerlei over de besnijdenis in den Indischen Archipel", in *Tijdschrift voor Indische Taal, Land en Volkenkunde* Leiden: Albrecht & Co.

Toubia, N. 1994. "Female circumcision as a public health issue". *New England Journal of Medicine*. 331(11): 712-716.

Uddin, J. 2010. *Khitan Perempuan: Dari Sudut Pandang Sosial, Budaya, Kesehatan, dan Agama*. Jakarta: YARSI University Press.

UNICEF, 2016. *Female genital mutilation/cutting: a global concern*. Brochure. Geneva: UNICEF.

UNFPA-UNICEF, 2017. *Seventeen ways to end FGM/C: Lessons from the Field*. Joint Programme on Female Genital Mutilation/Cutting. New York: UNFPA-UNICEF.

UNFPA, 2015, *Demographic Perspectives on Female Genital Mutilation*, New York: United Nations Population Fund.

UNFPA, 2016, *Manual on Social Norms and Change*, New York: United Nations Population Fund

World Health Organization, 1999, *Female genital mutilation: programmes to date: what works and what doesn't. A review*, Department of Women's Health, Health Systems and Community Health. Geneva: WHO.

World Health Organization. 2008. *Eliminating Female genital mutilation: An interagency statement OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO*. Geneva: WHO.

UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO, FIGO, ICN, IOM, MWIA, WCPT, WMA. 2010, *Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation*. Geneva: WHO.

Varol, N., S. Turkmani, K. Black, J. Hall, and A. Dawson. 2015. "The role of men in abandonment of female genital mutilation: a systematic review." *BMC Public Health*. 15 (1): 1034-1048.

Vloeberghs, E., J. Knipscheer, A. van der Kwaak, Z. Naleie, M van den Muijsenbergh. 2010. *Veiled pain. A study in the Netherlands on the psychological, social and relational consequences of female genital mutilation*. Utrecht: Pharos.

## Lampiran 5: Jaminan Kualitas Penelitian

Pengumpulan data secara akurat yang menggambarkan masyarakat merupakan kunci keberhasilan dari penelitian ini, oleh karena itu beberapa jaminan kualitas dilakukan selama proses penelitian dilakukan, mulai dari pemilihan (seleksi) peserta pelatihan yang ketat hingga proses monitoring dan evaluasi di lapangan.

### Pemilihan pewawancara dan supervisor yang ketat

Untuk memastikan kualitas pewawancara dan supervisor yang bagus, maka proses pemilihan dan pemilahan dilakukan dalam beberapa tahap sebagai berikut:

- Pihak otoritas setempat dari wilayah penelitian dihubungi untuk menominasikan orang-orang yang dianggap bagus dan memenuhi persyaratan sebagai pewawancara dalam penelitian ini.
- Berdasarkan daftar yang ada dan juga latar belakang mereka, maka dipilih calon pewawancara yang paling bagus dan memenuhi kriteria dipilih untuk menjadi peserta pelatihan.
- Wawancara awal melalui telephone dilakukan oleh calon anggota tim peneliti yang juga akan dilatih. Para kandidat ini dinilai kemampuan berbahasa dan ketrampilan komunikasi mereka.
- Sesi pelatihan yang mendalam diberikan pada mereka, dimana setiap peserta pelatihan memiliki kesempatan untuk berpartisipasi aktif dalam beberapa sesi praktek dan mereka diberikan penilaian atas performa mereka dalam sesi tersebut.
- Tes tertulis diberikan kepada peserta pelatihan untuk mengevaluasi mereka

Peserta pelatihan yang berhasil melalui berbagai tahapan ini kemudian dipilih untuk menjadi bagian dari tim pengumpul data dalam penelitian ini.

### Pelatihan mendalam bagi pewawancara

Para pewawancara dilatih secara mendalam untuk memastikan pemahaman yang sesuai terhadap alat yang digunakan untuk mengumpulkan data serta teknik-teknik wawancara yang tepat. Struktur sesi pelatihan yang baik dan beberapa pertimbangan dibawah ini membantu memastikan kualitas pelatihan yang baik:

- Pelatihan dilakukan dengan cara interaktif dan masing-masing peserta mendapatkan beberapa kali kesempatan untuk berpartisipasi aktif dalam proses pelatihan.
- Kuesioner yang akan digunakan dalam survey selalu ditinjau kembali (direview) setiap pertanyannya, untuk memastikan pemahaman terhadap maksud dari

pertanyaan, kemungkinan berbagai respon/ jawaban yang dihasilkan dari pertanyaan serta pengucapan yang sesuai dari pertanyaan-pertanyaan tersebut.

- Hal ini disertai dengan sesi *debriefing* (tanya jawab) untuk membahas berbagai pertanyaan dan hal-hal yang menjadi perhatian dari para pewawancara sebelum wawancara dilakukan.
- Para peserta pelatihan duduk dengan supervisor yang sudah berpengalaman dalam sesi pelatihan yang sama sehingga para pewawancara dapat mengambil manfaat (pembelajaran) dari pengalaman para supervisor ini.
- Para supervisor terlibat aktif dalam kegiatan bermain peran selama pelatihan, sehingga mereka dapat memberikan umpan balik dan pada saat yang bersamaan melakukan penilaian (evaluasi) individual terhadap para pewawancara.
- Pada awal sesi setiap harinya, para pewawancara yang dilatih ini bertemu dan berdiskusi dengan pelatih tentang berbagai pertanyaan atau berbagai hal yang menjadi perhatian mereka, sebelum kegiatan pengambilan data dilapangan dijadwalkan untuk dilakukan.
- Monitoring dan evaluasi dilakukan terus menerus terhadap para pewawancara oleh para supervisor dan tim peneliti selama periode pelatihan, dan saat mengambil data di lapangan, sebagai cara yang memungkinkan umpan balik segera pada pewawancara dapat diberikan, meningkatkan performa pewawancara, membahas berbagai hal yang menjadi perhatian mereka atau melatih kembali mereka terkait dengan isu-isu tertentu.