MAJELIS
PEMBINAAN KESEHATAN UMUM
PIMPINAN PUSAT MUHAMMADIYAH

SURAT TUGAS
MAJELIS PEMBINAAN KESEHATAN UMUM PIMPINAN PUSAT MUHAMMADIYAH
Nomor: 680/TGS/I.6/D/2025

Tentang
TIM SWAKELOLA PENELITIAN UNFPA
UNDERSTANDING THE FATWA CONSEQUENCES OF KHITAN PEREMPUAN:
A MIXED METHODS STUDY IN INDONESIA

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَٰنِ الرَّحِيمِ

Dalam rangka menindaklanjuti dan asesmen implementasi putusan Majelis Tarjih tahun 2014 terkait dengan khitan/sunat perempuan, Majelis Pembinaan Kesehatan Umum (MPKU) Muhammadiyah akan melaksanakan penelitian "*Understanding The Fatwa Consequence of Khitan Perempuan : A Mixed Methods Study in Indonesia*", guna memahami sudah sejauh mana keputusan tersebut didiseminasikan dan diimplementasikan di tingkat daerah. Kuesioner sudah tersusun dan siap untuk dilakukan uji validitas dan reliabilitas kepada unsur persyarikatan di beberapa wilayah. Majelis Pembinaan Kesehatan Umum (MPKU) Pimpinan Pusat Muhammadiyah dengan ini memberikan tugas kepada:

Nama, Jabatan	: Terlampir
Tugas	: Tim menyusun desain penelitian dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif
Waktu	: 08 Agustus 2025 – 31 Desember 2025 M
Tempat	: Unsur Persyarikatan Muhammadiyah Aisyiyah
Lain-lain	: 1. Agar dilaksanakan dengan sebaik-baiknya. 2. Pembiayaan bersumber dari UNFPA

Pelaksana tugas agar memberikan laporan tertulis kepada Ketua Majelis Pembinaan Kesehatan Umum Pimpinan Pusat Muhammadiyah (MPKU PPM) dikirim ke mpkuppmuh@gmail.com cc ppmmpku@gmail.com.

Ditetapkan di : Jakarta
Pada Tanggal : 27 Rabiul Awwal 1447 H / 19 September 2025 M
MPKU PP MUHAMMADIYAH

Ketua,	Sekretaris,
M. Agus Samsudin	Ekoriui Listiowati
Dr. H. Mohammad Agus Samsudin, MM	Dr. dr. Ekorini Listiowati, MMR
NBM : 551.318	NBM ; 908 340

PIMPINAN PUSAT MUHAMMADIYAH MPKU JAKARTA

Tembusan :
1. PP Muhammadiyah Kantor Jakarta dan Jogjakarta
2. Pimpinan Harian MPKU PP Muhammadiyah
3. Majelis Kesehatan Pimpinan Pusat 'Aisyiyah
4. Yang bersangkutan
5. Arsip

Alamat
Jl. Menteng Raya No. 62, Kel. Kebon Sirih, Kec. Menteng, Jakarta Pusat 10340

Telepon
021-3911915

Email
mpkuppmuh@gmail.com

MAJELIS
PEMBINAAN KESEHATAN UMUM
PIMPINAN PUSAT MUHAMMADIYAH

SURAT TUGAS
TIM SWAKELOLA PENELITIAN UNFPA
UNDERSTANDING THE FATWA CONSEQUENCES OF KHITAN PEREMPUAN: A MIXED METHODS STUDY IN INDONESIA

Pengarah;

Dr. Drs. H.M. Agus Samsudin, MM	: Ketua Majelis Pembinaan Kesehatan Umum PP Muhammadiyah

Pelaksana;

Ketua	: Dr. Emma Rachmawati, Dra, M.Kes.
Wakil Ketua	: Dr. Husnan Nurjuman, S.Ag., M.Si.
Sekretaris	: Lia Karisma Saraswati, S.ST., M.Kes.
Wakil Sekretaris	: Yuyun Umniyatun, SKM., MKM.
Program Officer	: Yuniar Wardhani, SKM., MPH., Ph.D.
Finance Assistance	: Fatihah Nur, S.Pd.
Konsultan 1 (Kespro-Metlit)	: Dr. Sarah Handayani, SKM., M.Kes.
Konsultan 2 (MTT)	: Dr. Sopa, M.Ag
Kelompok Kerja	: 1. Dr. Hirfa Turahmi, S.Pd., SST., MKM (Makes PPA) 2. Muhib Rosyidi., MA. Hum (MTT PPM) 3. Nur Asiah, SKM., M. Kes (Uhamka) 4. Dr. Nurfadhilah, SKM., MKM (UMJ) 5. Ernyasih, SKM., MKM (APTKMMI) 6. Lufki (PP Nasyiatul Aisyiyah) 7. Muhammad Dhiemas Anggareksa (PP IPM) 8. Muhammad Iqbal, S.Kom, MM. (MPKU PWM DKI Jakarta)
Kesekretariatan	: 1. Didin Sahidin, SKM., MKM. 2. Fadhil Ridho Akbar, SKM.

Ditetapkan di : Jakarta
Pada Tanggal : 27 Rabiul Awwal 1447 H / 19 September 2025 M

MPKU PP MUHAMMADIYAH

Ketua,

M. Agus Samsudin

Dr. H. Mohammad Agus Samsudin, MM
NBM : 551.318

PIMPINAN PUSAT MUHAMMADIYAH MPKU JAKARTA

Sekretaris,

Ekorini Listiowati

Dr. dr. Ekorini Listiowati, MMR
NBM ; 908 340

Alamat
Jl. Menteng Raya No. 62, Kel. Kebon Sirih, Kec. Menteng, Jakarta Pusat 10340

Telepon
021-3911915

Email
mpkuppmuh@gmail.com

CERTIFICATE *of* SIGNATURE

REF. NUMBER
MZI3U-QTU7N-4QQTV-58KJX

DOCUMENT COMPLETED BY ALL PARTIES ON
19 SEP 2025 07:25:17 UTC

SIGNER	TIMESTAMP	SIGNATURE
EKORINI LISTIOWATI EMAIL EKORINIKHOLID@GMAIL.COM SHARED VIA LINK	SENT 19 SEP 2025 05:52:51 VIEWED 19 SEP 2025 05:54:49 SIGNED 19 SEP 2025 05:55:28	 IP ADDRESS 114.10.151.154 LOCATION SURAKARTA, INDONESIA
AGUS SAMSUDIN EMAIL AGUS.SAMSUDIN443@GMAIL.COM SHARED VIA LINK	SENT 19 SEP 2025 05:52:51 VIEWED 19 SEP 2025 07:23:07 SIGNED 19 SEP 2025 07:25:17	 IP ADDRESS 114.8.201.86 LOCATION JAKARTA, INDONESIA

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PURWOKERTO

KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN

Kampus Ahmad Dahlan
Jl. K.H. Ahmad Dahlan
PO. Box 202 Purwokerto 53182
Telp. 0281- 636751, 630463
Fax. 0281- 637239

Kampus Soepardjo Roestam
Jl. Letjen Soepardjo Roestam
PO. Box 229 Purwokerto 53181
Telp. 0281- 6844252, 6844253
Fax. 0281- 6844253

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَٰنِ الرَّحِيمِ

IZIN ETIK PENELITIAN

Nomor Registrasi: KEPK/UMP/202/XII/2025

Judul Penelitian	:	UNDERSTANDING COMMUNITY BEHAVIOR OF FATWA KHITAN PEREMPUAN: A MIXED METHOD STUDY IN INDONESIA
Dokumen Penerimaan	:	1. Study Protocol 2. Informasi Subyek 3. Informed Consent
Ketua Peneliti	:	Yuniar Wardani, SKM., MPH., Ph.D.
Anggota	:	1. Nur Asiyah 2. Emma Rachmawati 3. Sarah Handayani 4. Sopa 5. Yuyun Umniyatun 6. Nurfadhilah 7. Saraswati 8. Ernyasih 9. Hirfaturrahmi 10. Muhib Rosyidi 11. Hermawan Saputra 12. Lia Karisma
Tanggal Penerimaan	:	25 Desember 2025
Lokasi Penelitian	:	KAB/KOTA JEMBER, RIAU DAN PALU

Komite Etik Penelitian Kesehatan Universitas Muhammadiyah Purwokerto (KEPK-UMP) telah memeriksa rancangan penelitian terkait berdasarkan prinsip-prinsip *ethical research,* oleh karena itu dapat diakui kebenarannya.

Komite Etik Penelitian Kesehatan Universitas Muhammadiyah Purwokerto (KEPK-UMP) berhak melakukan monitoring terhadap aktifitas penelitian kapan saja diperlukan.

Keputusan investigasi:

☑ Final Complete

Ketua

Assoc. Prof. Dr. Ns. Umi Solikhah
NIDN. 0622087401

LAPORAN HASIL PENELITIAN KUANTITATIF

Perilaku Masyarakat terhadap Praktik Sunat Perempuan di Indonesia

Analisis Faktor Predisposisi, Pemungkin, dan Penguat

Ringkasan Eksekutif

Penelitian kuantitatif ini menunjukkan bahwa praktik atau dukungan terhadap sunat perempuan masih ditemukan pada127 (41,4%) responden. Faktor budaya dan kepercayaan menjadi determinan terkuat yang tidak mendukung penghapusan praktik sunat perempuan. Temuan ini menegaskan bahwa sunat perempuan tidak hanya dipengaruhi oleh aspek informasi kesehatan, tetapi juga oleh norma sosial, legitimasi keluarga, dan tafsir sosial-keagamaan.

1. Pendahuluan

Sunat perempuan merupakan isu kesehatan masyarakat yang kompleks karena berada pada persimpangan antara tradisi, interpretasi keagamaan, norma keluarga, dan layanan kesehatan. Praktik ini tidak memiliki manfaat medis yang terbukti, tetapi masih dipertahankan melalui mekanisme sosial-budaya dan dukungan lingkungan. Penelitian kuantitatif ini diarahkan untuk memetakan perilaku masyarakat serta faktor yang berhubungan dengan praktik atau dukungan terhadap sunat perempuan.

Kerangka analisis mengacu pada model PRECEDE-PROCEED, terutama faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor penguat. Model ini relevan karena perilaku sunat perempuan tidak hanya dibentuk oleh pengetahuan individu, tetapi juga oleh ketersediaan layanan, dukungan keluarga, pengaruh tokoh sosial, serta legitimasi budaya dan agama.

2. Tujuan Penelitian

a. Mengetahui gambaran perilaku khitan perempuan pada warga persyarikatan.
b. Diketahuinya gambaran faktor predisposisi (Pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai, variabel demografi pada warga persyarikatan).
c. Diketahuinya gambaran Faktor Pemungkin (Ketersediaan sumber daya kesehatan, aksesibilitas sumber daya kesehatan) warga persyarikatan.
d. Diketahuinya gambaran faktor penguat (Keluarga, rekan-rekan guru, Penyedia layanan kesehatan) warga persyarikatan.
e. Diketahuinya hubungan antara faktor predisposisi (Pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai, variabel demografi pada warga persyarikatan) dengan perilaku khitan perempuan pada warga persyarikatan.
f. Diketahuinya hubungan antara Faktor Pemungkin (Ketersediaan sumber daya kesehatan, aksesibilitas sumber daya kesehatan) dengan perilaku khitan perempuan pada warga persyarikatan.
g. Diketahuinya hubungan antara faktor penguat (Keluarga, rekan-rekan guru, Penyedia layanan kesehatan) dengan perilaku khitan perempuan pada warga persyarikatan.
h. Diketahuinya faktor yang paling berpengaruh terhadap perilaku khitan perempuan pada warga persyarikatan.

3. Metode Penelitian

3.1 Desain Penelitian

Penelitian menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain cross-sectional study sebagai bagian dari rancangan mixed methods. Pengukuran variabel independen dan dependen dilakukan dalam satu waktu untuk menilai hubungan antara faktor predisposisi, faktor pemungkin, faktor penguat, dan perilaku sunat perempuan.

3.2 Populasi, Sampel, dan Lokasi

Populasi penelitian adalah warga Persyarikatan Muhammadiyah di Indonesia berusia minimal 15 tahun. Sampel berasal dari Padang, Jember, dan Lombok Timur dengan teknik purposive sampling. Responden dimasukkan dalam analisis apabila bersedia berpartisipasi dan mengisi kuesioner melalui Google Form. Dari 375 responden awal, diperoleh 307 data valid untuk dianalisis.

3.3 Variabel Penelitian

Variabel dependen adalah perilaku sunat perempuan, yaitu pengalaman melakukan, mendukung, atau menyetujui praktik sunat perempuan, termasuk tindakan simbolis maupun tindakan yang melukai organ genital perempuan. Variabel independen terdiri atas faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor penguat.

Tabel 1. Kelompok Variabel Penelitian

Kelompok Variabel	Indikator Utama
Predisposisi	Pengetahuan, sikap, Budaya & kepercayaan
Pemungkin	Ketersediaan tenaga/fasilitas kesehatan dan aksesibilitas layanan
Penguat	Dukungan keluarga, rekan, tokoh agama, tokoh masyarakat, tokoh adat, penyedia layanan kesehatan, dan Keputusan Tarjih

4. Hasil Penelitian

4.1 Gambaran Karakteristik Responden dan Distribusi Variabel Penelitian

Analisis univariat dilakukan untuk menggambarkan distribusi karakteristik responden, perilaku sunat perempuan, serta faktor predisposisi, faktor pemungkin, dan faktor pendukung yang berkaitan dengan praktik atau dukungan terhadap sunat perempuan.

Jumlah data valid yang dianalisis sebanyak 307 responden. Variabel yang dianalisis meliputi perilaku sunat perempuan, usia, jenis kelamin, status hubungan responden, tingkat pendidikan, aktivitas organisasi, domisili, pengetahuan, sikap, budaya dan kepercayaan, faktor pendukung, serta faktor pemungkin pada tabel 2.

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden, Faktor Predisposisi, Faktor Pemungkin, Faktor Pendukung, dan Perilaku Sunat Perempuan

Variabel	Kategori	f	%
Perilaku Sunat	Ya	127	41.4
	Tidak	180	58.6
Usia	15 – 19	45	14.7
	20 - 29	133	43.3
	30 – 39	60	19.5
	40 – 49	24	7.8
	50 – 59	18	8.8
	>60	27	5.9
Jenis Kelamin	Laki-laki	23	7.5
	Perempuan	284	92.5
Status Hubungan	Ibu	90	29.3
	Ayah	19	6.2
	Wali	42	13.7
	Lainnya	156	50.8
Pendidikan	SD	8	2.6
	SMP	2	0.7
	SMA	34	11.1
	Perguruan Tinggi	263	85.7
Aktifitas Organisasi	Muhammadiyah	104	33.9
	Aisyiyah	73	23.8
	Pemuda Muhammadiyah	9	2.9
	Nasyiatul	7	2.3
	Aisyiyah	-	-
	IMM	98	31.9
	IPM	13	4.2
	HW	1	0.3
	Tapak Suci	2	0.7
Domisili	Jember	77	25.1
	Lombok Timur	161	52.4
	Padang	69	22.5
Pengetahuan	Rendah	184	59.9
	Tinggi	123	40.1
Sikap	Negatif	175	57.0
	Positif	132	43.0
Budaya & Kepercayaan	Negatif	168	54.7
	Positif	139	45.3
Faktor Pendukung	Tidak mendukung	154	50.2
	Mendukung	153	49.8
Faktor Pemungkin	Tidak Mendukung	161	52.4
	Mendukung	146	47.6
Total		307	100

Ditinjau dari perilaku sunat perempuan, sebanyak 127 responden atau 41,4% melaporkan melakukan, mendukung, atau menyetujui praktik sunat perempuan, sedangkan 180 responden atau 58,6% tidak melakukan atau tidak mendukung praktik tersebut. Temuan ini menunjukkan bahwa penerimaan terhadap sunat perempuan masih ditemukan pada proporsi yang cukup besar dalam populasi penelitian, meskipun responden didominasi oleh kelompok berpendidikan tinggi dan memiliki keterlibatan dalam organisasi sosial-keagamaan.

Dilihat dari karakteristik usia, sebagian besar responden berada pada kelompok usia 20–29 tahun, yaitu sebanyak 133 responden atau 43,3%. Kelompok usia berikutnya adalah 30–39 tahun sebanyak 60 responden atau 19,5%, usia 15–19 tahun sebanyak 45 responden atau 14,7%, usia 50–59 tahun sebanyak 18 responden atau 8,8%, usia 40–49 tahun sebanyak 24 responden atau 7,8%, dan usia lebih dari 60 tahun sebanyak 27 responden atau 5,9%. Distribusi ini memperlihatkan bahwa responden penelitian lebih banyak berasal dari kelompok usia muda hingga dewasa awal.

Dari aspek jenis kelamin, mayoritas responden adalah perempuan, yaitu sebanyak 284 responden atau 92,5%, sedangkan responden laki-laki berjumlah 23 orang atau 7,5%. Dominasi responden perempuan memiliki relevansi dengan konteks penelitian karena isu sunat perempuan berkaitan langsung dengan pengalaman, pandangan, dan pengambilan keputusan yang melibatkan perempuan, keluarga, serta komunitas.

Ditinjau dari status hubungan, responden terbanyak berada pada kategori lainnya, yaitu 156 responden atau 50,8%. Responden yang berstatus sebagai ibu sebanyak 90 orang atau 29,3%, wali sebanyak 42 orang atau 13,7%, dan ayah sebanyak 19 orang atau 6,2%. Komposisi ini menunjukkan bahwa pandangan terhadap sunat perempuan tidak hanya berasal dari ibu atau ayah, tetapi juga dari anggota keluarga atau komunitas lain yang memiliki keterlibatan sosial dalam pengambilan keputusan terkait praktik tersebut.

Dari aspek tingkat pendidikan, sebagian besar responden memiliki pendidikan perguruan tinggi, yaitu sebanyak 263 responden atau 85,7%. Responden berpendidikan SMA sebanyak 34 orang atau 11,1%, SD sebanyak 8 orang atau 2,6%, dan SMP sebanyak 2 orang atau 0,7%. Tingginya proporsi responden berpendidikan perguruan tinggi menunjukkan bahwa penerimaan atau penolakan terhadap sunat perempuan tidak dapat dijelaskan hanya melalui tingkat pendidikan formal, karena praktik ini juga dipengaruhi oleh budaya, kepercayaan, keluarga, dan norma sosial.

Dilihat dari aktivitas organisasi, responden paling banyak aktif dalam organisasi Muhammadiyah, yaitu sebanyak 104 responden atau 33,9%, diikuti oleh IMM sebanyak 98 responden atau 31,9%, Aisyiyah sebanyak 73 responden atau 23,8%, IPM sebanyak 13 responden atau 4,2%, Pemuda Muhammadiyah sebanyak 9 responden atau 2,9%,

Nasyiatul Aisyiyah sebanyak 7 responden atau 2,3%, Tapak Suci sebanyak 2 responden atau 0,7%, dan HW sebanyak 1 responden atau 0,3%. Temuan ini memperlihatkan bahwa responden memiliki keterlibatan organisasi yang cukup beragam, dengan dominasi organisasi utama di lingkungan Persyarikatan Muhammadiyah.

Dari aspek domisili, mayoritas responden berasal dari Lombok Timur, yaitu sebanyak 161 responden atau 52,4%. Responden dari Jember berjumlah 77 orang atau 25,1%, sedangkan responden dari Padang berjumlah 69 orang atau 22,5%. Distribusi ini menunjukkan bahwa lebih dari separuh responden berasal dari Lombok Timur, sehingga konteks sosial-budaya wilayah tersebut penting diperhatikan dalam interpretasi hasil penelitian.

Ditinjau dari tingkat pengetahuan, sebanyak 184 responden atau 59,9% memiliki pengetahuan rendah mengenai sunat perempuan, sedangkan 123 responden atau 40,1% memiliki pengetahuan tinggi. Proporsi pengetahuan rendah yang lebih besar mengindikasikan masih adanya kesenjangan informasi mengenai aspek kesehatan, risiko, dan urgensi penghapusan praktik sunat perempuan.

Dari aspek sikap, sebanyak 175 responden atau 57,0% memiliki sikap negatif, sedangkan 132 responden atau 43,0% memiliki sikap positif. Distribusi ini menunjukkan bahwa resistensi terhadap penghapusan sunat perempuan masih cukup kuat pada sebagian responden. Sikap negatif tersebut dapat menjadi hambatan dalam upaya perubahan perilaku, terutama apabila diperkuat oleh norma keluarga, budaya, dan legitimasi sosial.

Ditinjau dari budaya dan kepercayaan, sebanyak 168 responden atau 54,7% berada pada kategori negatif, sedangkan 139 responden atau 45,3% berada pada kategori positif. Proporsi ini menunjukkan bahwa budaya dan kepercayaan yang tidak mendukung penghapusan praktik masih cukup dominan. Temuan ini penting karena praktik sunat perempuan sering dipertahankan bukan semata-mata karena keterbatasan pengetahuan, tetapi juga karena adanya penerimaan sosial, nilai tradisi, dan tafsir kepercayaan tertentu di masyarakat.

Dari aspek faktor pendukung, sebanyak 154 responden atau 50,2% berada pada kategori tidak mendukung, sedangkan 153 responden atau 49,8% berada pada kategori mendukung. Distribusi yang hampir seimbang ini menunjukkan bahwa dukungan lingkungan sosial terhadap praktik atau penghapusan sunat perempuan masih terbelah. Kondisi tersebut mengindikasikan perlunya pendekatan berbasis keluarga dan komunitas agar perubahan perilaku tidak hanya bertumpu pada individu.

Ditinjau dari faktor pemungkin, sebanyak 161 responden atau 52,4% berada pada kategori tidak mendukung, sedangkan 146 responden atau 47,6% berada pada kategori

mendukung. Faktor pemungkin mencerminkan ketersediaan tenaga atau fasilitas kesehatan serta aksesibilitas layanan. Proporsi yang relatif berimbang menunjukkan bahwa keberadaan layanan atau pihak yang memungkinkan praktik tetap perlu diperhatikan, khususnya apabila masyarakat menafsirkan keterlibatan tenaga kesehatan sebagai bentuk legitimasi terhadap praktik sunat perempuan.

4.2 Hubungan Faktor Predisposisi, Faktor Pendukung dan Faktor Pemungkin dengan perilaku Sunat Perempuan

Hasil analisis bivariat tabel 3. menunjukkan bahwa seluruh variabel yang diteliti, yaitu pengetahuan, sikap, budaya dan kepercayaan, faktor pendorong, serta faktor pemungkin, berhubungan signifikan dengan perilaku sunat perempuan di tiga lokus penelitian, yaitu Jember, Padang, dan Lombok Timur. Seluruh variabel memiliki nilai $p < 0{,}001$, sehingga dapat dinyatakan bahwa terdapat hubungan bermakna antara faktor individual, sosial-budaya, dan lingkungan pendukung dengan perilaku sunat perempuan

Tabel 3. Analisis bivariat faktor yang berhubungan dengan perilaku sunat perempuan

Variabel	Kategori	Perilaku sunat perempuan			p-value	OR	95% CI
		Ya n (%)	Tidak dan Tidak Tahu n (%)	Total n (%)			
Pengetahuan	Rendah	96 (52,2)	88 (47,8)	184 (100,0)	*0,000*	3,238	1,965–5,334
	Tinggi	31 (25,2)	92 (74,8)	123 (100,0)			
Sikap	Negatif	92 (52,6)	83 (47,4)	175 (100,0)	*0,000*	3,072	1,887–5,001
	Positif	35 (26,5)	97 (73,5)	132 (100,0)			
Budaya dan kepercayaan	Negatif	99 (58,9)	69 (41,1)	168 (100,0)	*0,000*	5,688	3,395–9,529
	Positif	28 (20,1)	111 (79,9)	139 (100,0)			
Faktor Pendukung	Tidak mendukung	39 (25,3)	115 (74,7)	154 (100,0)	*0,000*	0,250	0,154–0,407
	Mendukung	88 (57,5)	65 (42,5)	153 (100,0)			
Faktor pemungkin	Tidak mendukung	46 (23,4)	151 (76,6)	197 (100,0)	*0,000*	0,109	0,064–0,187
	Mendukung	81 (73,6)	29 (26,4)	110 (100,0)			

Pengetahuan

Responden dengan pengetahuan rendah memiliki proporsi perilaku sunat perempuan yang lebih tinggi, yaitu 96 responden atau 52,2%, dibandingkan responden dengan pengetahuan tinggi, yaitu 31 responden atau 25,2%. Hasil uji bivariat menunjukkan hubungan yang bermakna antara pengetahuan dan perilaku sunat perempuan ($p < 0,001$). Nilai OR sebesar 3,238 dengan 95% CI 1,965–5,334 menunjukkan bahwa responden dengan pengetahuan rendah memiliki peluang sekitar 3,24 kali lebih besar untuk melakukan atau menerima praktik sunat perempuan dibandingkan responden dengan pengetahuan tinggi. Interval kepercayaan yang tidak melintasi angka 1 memperkuat bahwa asosiasi tersebut bermakna secara statistik.

Sikap

Proporsi perilaku sunat perempuan lebih tinggi pada responden dengan sikap negatif, yaitu 92 responden atau 52,6%, dibandingkan responden dengan sikap positif, yaitu 35 responden atau 26,5%. Hasil analisis menunjukkan hubungan yang signifikan antara sikap dan perilaku sunat perempuan ($p < 0,001$). Nilai OR sebesar 3,072 dengan 95% CI 1,887–5,001 mengindikasikan bahwa responden dengan sikap negatif memiliki peluang sekitar 3,07 kali lebih besar untuk melakukan atau menerima praktik sunat perempuan dibandingkan responden dengan sikap positif. Temuan ini menunjukkan bahwa sikap yang kurang mendukung pencegahan sunat perempuan berkaitan dengan meningkatnya kecenderungan praktik tersebut.

Budaya dan Kepercayaan

Variabel budaya dan kepercayaan menunjukkan asosiasi paling kuat dibandingkan variabel lain. Responden dengan budaya dan kepercayaan negatif memiliki proporsi perilaku sunat perempuan sebesar 58,9%, sedangkan pada responden dengan budaya dan kepercayaan positif proporsinya hanya 20,1%. Hasil uji bivariat menunjukkan hubungan yang bermakna antara budaya dan kepercayaan dengan perilaku sunat perempuan ($p < 0,001$). Nilai OR sebesar 5,688 dengan 95% CI 3,395–9,529 menunjukkan bahwa responden dengan budaya dan kepercayaan negatif memiliki peluang sekitar 5,69 kali lebih besar untuk melakukan atau menerima praktik sunat perempuan dibandingkan responden dengan budaya dan kepercayaan positif. Besarnya nilai OR ini menunjukkan bahwa konstruksi budaya dan keyakinan sosial merupakan faktor yang sangat dominan dalam mempertahankan praktik sunat perempuan.

Faktor Pendorong

Faktor pendorong juga berhubungan secara signifikan dengan perilaku sunat perempuan (p < 0,001). Proporsi perilaku sunat perempuan lebih tinggi pada responden yang memiliki faktor pendorong mendukung, yaitu 88 responden atau 57,5%, dibandingkan responden dengan faktor pendorong tidak mendukung, yaitu 39 responden atau 25,3%. Nilai OR sebesar 0,250 dengan 95% CI 0,154–0,407 menunjukkan bahwa kategori “tidak mendukung” memiliki peluang lebih rendah terhadap perilaku sunat perempuan dibandingkan kategori “mendukung”. Jika arah interpretasi dibalik, responden dengan faktor pendorong yang mendukung praktik sunat perempuan memiliki peluang sekitar 4 kali lebih besar untuk melakukan atau menerima praktik tersebut dibandingkan responden yang faktor pendorongnya tidak mendukung.

Faktor Pemungkin

Faktor pemungkin menunjukkan hubungan yang sangat kuat dengan perilaku sunat perempuan (p < 0,001). Responden dengan faktor pemungkin mendukung memiliki proporsi perilaku sunat perempuan sebesar 73,6%, jauh lebih tinggi dibandingkan responden dengan faktor pemungkin tidak mendukung, yaitu 23,4%. Nilai OR sebesar 0,109 dengan 95% CI 0,064–0,187 menunjukkan bahwa kategori “tidak mendukung” memiliki peluang lebih rendah terhadap perilaku sunat perempuan dibandingkan kategori “mendukung”. Jika interpretasi diarahkan pada kategori yang mendukung, maka responden dengan faktor pemungkin yang mendukung praktik sunat perempuan memiliki peluang sekitar 9,17 kali lebih besar untuk melakukan atau menerima praktik tersebut dibandingkan responden yang faktor pemungkinnya tidak mendukung. Temuan ini mengindikasikan bahwa ketersediaan akses, lingkungan, dukungan fasilitas, atau kondisi yang memungkinkan praktik tersebut berlangsung berperan penting dalam keberlanjutan perilaku sunat perempuan.

4.3 Faktor yang Berpengaruh pada perilaku Sunat Perempuan

Analisis multivariat dilakukan untuk mengidentifikasi faktor yang paling berpengaruh terhadap perilaku sunat perempuan setelah beberapa variabel independen dianalisis secara bersama-sama. Model multivariat disusun dalam tiga tahap, yaitu Model 1, Model 2, dan Model 3. Variabel yang dimasukkan dalam model meliputi pengetahuan, sikap, budaya dan kepercayaan, faktor pendukung, serta faktor pemungkin.

Tabel 4. Faktor yang paling berpengaruh pada perilaku sunat perempuan

Variabel	Model 1	Model 2	Model 3
	aOR (95% CI)	aOR (95% CI)	aOR (95% CI)
Pengetahuan			
a. Rendah	Ref	Ref	Ref
b. Tinggi	1.55 (0.75-3.20)	1.54 (0.76-3.10)	-
Sikap			
a. Tidak baik	Ref	Ref	Ref
b. Baik	0.97 (0.48-1.96)	-	-
Budaya dan kepercayaan			
a. Negatif	Ref	Ref	Ref
b. Positif	3.47 (1.65-7.31)	3.43 (1.74-6.75)	4.33 (2.44-7.66)
Faktor pendukung			
a. Tidak mendukung	Ref	Ref	Ref
b. Mendukung	0.49 (0.26-0.94)	0.50 (0.26-0.94)	0.53 (0.28-0.99)
Faktor pemungkin			
a. Tidak mendukung	Ref	Ref	Ref
b. Mendukung	0.20 (0.11-0.39)	0.20 (0.11-0.39)	0.20 (0.10-0.37)

Hasil analisis menunjukkan bahwa budaya dan kepercayaan merupakan faktor yang paling dominan berpengaruh terhadap perilaku sunat perempuan. Pada Model 1, responden dengan budaya dan kepercayaan positif memiliki nilai *adjusted odds ratio* atau aOR sebesar 3,47 dengan 95% CI 1,65–7,31. Setelah dilakukan penyesuaian pada Model 2, nilai aOR tetap relatif stabil, yaitu 3,43 dengan 95% CI 1,74–6,75. Pada Model 3, nilai aOR meningkat menjadi 4,33 dengan 95% CI 2,44–7,66. Temuan ini menunjukkan bahwa responden dengan budaya dan kepercayaan yang mendukung praktik sunat perempuan memiliki peluang sekitar 4,33 kali lebih besar untuk melakukan atau mendukung sunat perempuan dibandingkan responden pada kategori rujukan.

Variabel faktor pendukung juga menunjukkan hubungan bermakna dengan perilaku sunat perempuan. Responden dengan faktor pendukung yang mendukung memiliki aOR sebesar 0,49 pada Model 1 dengan 95% CI 0,26–0,94, kemudian relatif stabil pada Model 2 dengan aOR 0,50 dan 95% CI 0,26–0,94, serta Model 3 dengan aOR 0,53 dan 95% CI 0,28–0,99. Nilai interval kepercayaan yang tidak melewati angka 1 menunjukkan bahwa faktor pendukung tetap berhubungan secara statistik dengan perilaku sunat perempuan setelah dikontrol bersama variabel lain. Namun, arah nilai aOR yang kurang dari 1 perlu ditafsirkan dengan memperhatikan pengkodean kategori variabel, khususnya kategori rujukan yang digunakan dalam analisis.

Variabel faktor pemungkin menunjukkan asosiasi yang konsisten pada ketiga model. Responden dengan faktor pemungkin yang mendukung memiliki aOR sebesar 0,20 pada Model 1 dengan 95% CI 0,11–0,39, Model 2 dengan aOR 0,20 dan 95% CI 0,11–0,39, serta Model 3 dengan aOR 0,20 dan 95% CI 0,10–0,37. Nilai aOR yang stabil pada seluruh model menunjukkan bahwa faktor pemungkin merupakan variabel yang konsisten berkaitan dengan perilaku sunat perempuan. Sama seperti faktor pendukung, interpretasi arah hubungan perlu disesuaikan dengan sistem pengkodean variabel karena nilai aOR berada di bawah 1.

Sementara itu, variabel pengetahuan tidak menunjukkan hubungan yang bermakna dalam model multivariat. Responden dengan pengetahuan tinggi memiliki aOR sebesar

1,55 pada Model 1 dengan 95% CI 0,75–3,20 dan aOR sebesar 1,54 pada Model 2 dengan 95% CI 0,76–3,10. Karena interval kepercayaan melewati angka 1, hubungan antara pengetahuan dan perilaku sunat perempuan tidak bermakna secara statistik setelah dikontrol bersama variabel lain. Variabel ini tidak dipertahankan dalam Model 3.

Variabel sikap juga tidak menunjukkan hubungan bermakna dalam model multivariat. Responden dengan sikap baik memiliki aOR sebesar 0,97 dengan 95% CI 0,48–1,96 pada Model 1. Nilai interval kepercayaan yang melewati angka 1 menunjukkan bahwa sikap tidak berhubungan signifikan dengan perilaku sunat perempuan setelah mempertimbangkan variabel lain. Variabel sikap tidak dipertahankan pada Model 2 dan Model 3.

5. Pembahasan

5.1 Gambaran Perilaku Sunat Perempuan, Faktor Predisposisi, Faktor Pendukung dan Faktor Pemungkin

Pada variabel perilaku, sebagian besar responden menyatakan tidak melakukan sunat perempuan, yaitu sebanyak 180 orang (58,6%), sedangkan 127 responden (41,4%) menyatakan melakukan sunat perempuan. Temuan ini menunjukkan bahwa meskipun mayoritas responden tidak lagi melakukan praktik tersebut, proporsi pelaksanaan sunat perempuan masih tergolong tinggi, yaitu lebih dari dua perlima dari total responden. Kondisi ini mengindikasikan bahwa praktik sunat perempuan masih menjadi fenomena yang cukup mengakar dan masih bertahan dalam masyarakat dan memerlukan perhatian khusus dalam upaya pencegahan dan eliminasinya meskipun berbagai organisasi kesehatan internasional telah menyatakan bahwa praktik tersebut tidak memberikan manfaat kesehatan dan berpotensi menimbulkan dampak fisik maupun psikologis jangka panjang. Keberlanjutan praktik ini umumnya dipengaruhi oleh norma sosial, tekanan budaya, serta keyakinan bahwa sunat perempuan merupakan bagian dari identitas komunitas dan tradisi yang harus dipertahankan. Temuan ini sejalan dengan hasil systematic review yang menunjukkan bahwa praktik FGM/C tetap berlangsung karena dianggap sebagai norma sosial yang mengatur penerimaan perempuan dalam masyarakat dan keluarga. Elamin, W., Mason-Jones, A. J., et al. (2019), Zihan, X., et al. (2025).

Dari aspek pengetahuan, mayoritas responden memiliki tingkat pengetahuan yang rendah mengenai sunat perempuan, yaitu sebanyak 184 responden (59,9%), sedangkan 123 responden (40,1%) memiliki tingkat pengetahuan tinggi. Hasil ini menunjukkan bahwa pemahaman masyarakat terkait risiko kesehatan, dampak psikologis, implikasi hak asasi manusia dari praktik sunat perempuan dan hukum sunat perempuan masih terbatas. Rendahnya tingkat pengetahuan tersebut dapat memengaruhi penerimaan masyarakat terhadap praktik yang telah berlangsung secara turun-temurun dan dianggap sebagai bagian dari norma sosial yang berlaku.

Penelitian di Tanzania menemukan bahwa perempuan dengan pengetahuan yang tidak memadai mengenai FGM memiliki kecenderungan lebih tinggi untuk menerima dan melanjutkan praktik tersebut dibandingkan mereka yang memiliki pengetahuan yang baik. Pengetahuan yang rendah menyebabkan masyarakat sulit memahami risiko komplikasi kesehatan reproduksi, infeksi, trauma psikologis, dan pelanggaran hak asasi perempuan yang terkait dengan praktik tersebut. Mwanja, C. H., et al. (2023), Gerete, T. B., et al. (2025).

Pada variabel sikap, sebanyak 175 responden (57,0%) memiliki sikap negatif terhadap upaya pencegahan sunat perempuan, sedangkan 132 responden (43,0%) menunjukkan sikap positif. Dominasi sikap negatif ini mengindikasikan bahwa sebagian besar responden masih memiliki keyakinan atau persepsi yang cenderung mempertahankan praktik sunat perempuan. Sikap tersebut kemungkinan terbentuk melalui proses sosialisasi budaya, pengaruh keluarga, serta norma masyarakat yang telah berkembang dalam jangka waktu yang panjang.

Sikap merupakan faktor predisposisi yang berperan penting dalam pembentukan perilaku kesehatan. Sikap yang mendukung praktik sunat perempuan biasanya terbentuk melalui internalisasi nilai budaya dan keyakinan sosial yang berlangsung dalam jangka panjang. Hasil systematic review menunjukkan bahwa sikap positif terhadap FGM/C masih ditemukan secara luas pada masyarakat yang memandang praktik tersebut sebagai simbol kehormatan keluarga, kesucian perempuan, dan persyaratan sosial untuk diterima dalam komunitas tertentu. Jahangiry, L., et al. (2021), Jahangiry, L., et al. (2021).

Berdasarkan variabel budaya dan kepercayaan, sebanyak 168 responden (54,7%) berada pada kategori negatif dan 139 responden (45,3%) berada pada kategori positif. Temuan ini menunjukkan bahwa faktor budaya dan kepercayaan masih berperan penting dalam memengaruhi keputusan masyarakat terkait praktik sunat perempuan. Kepercayaan yang diwariskan secara turun-temurun sering kali menjadikan praktik ini dipersepsikan sebagai tradisi yang harus dipertahankan, meskipun bukti ilmiah menunjukkan tidak adanya manfaat kesehatan yang signifikan serta adanya potensi dampak negatif bagi perempuan.

Studi etnografi menunjukkan bahwa FGM/C sering dianggap sebagai simbol kehormatan keluarga, identitas budaya, serta mekanisme untuk mempertahankan status sosial perempuan dalam komunitas. Selain itu, berbagai masyarakat masih mengaitkan praktik ini dengan ajaran agama meskipun tidak terdapat dasar agama yang kuat yang mewajibkannya. Ayenew, A. A., et al. (2025), Elamin, W., Mason-Jones, A. J., et al. (2019).

Pada variabel faktor pendukung, sebanyak 154 responden (50,2%) menyatakan tidak memperoleh dukungan yang memadai untuk menghentikan praktik sunat perempuan, sedangkan 153 responden (49,8%) menyatakan memperoleh dukungan. Distribusi yang

hampir seimbang ini menunjukkan bahwa dukungan dari keluarga, tokoh masyarakat, tokoh agama, maupun tenaga kesehatan masih belum konsisten dalam mendorong perubahan perilaku masyarakat. Variasi tingkat dukungan tersebut dapat memengaruhi keberhasilan program edukasi dan intervensi yang bertujuan mengurangi praktik sunat perempuan. Dukungan sosial yang kuat dapat mempercepat perubahan perilaku dan meningkatkan penerimaan masyarakat terhadap program pencegahan. Goetz, K., et al. (2026), Evans, C., Tweheyo, R., McGarry, J., et al. (2019).

Sementara itu, pada variabel faktor pemungkin, proporsi responden yang menyatakan kondisi tidak mendukung dan mendukung berada pada jumlah yang sama, masing-masing sebesar 49,8%. Hasil ini menunjukkan bahwa akses terhadap informasi kesehatan, layanan edukasi, regulasi, serta sumber daya yang mendukung penghentian praktik sunat perempuan masih belum merata di masyarakat. Keterbatasan faktor pemungkin dapat menjadi hambatan dalam proses perubahan perilaku, meskipun individu telah memiliki pengetahuan dan sikap yang lebih baik terhadap isu tersebut. Marea, C. X., et al. (2023), Ayenew, A. A., et al. (2025).

Secara keseluruhan, hasil penelitian menunjukkan bahwa praktik sunat perempuan masih ditemukan pada proporsi yang cukup besar di masyarakat. Kondisi tersebut terjadi bersamaan dengan dominannya responden yang memiliki tingkat pengetahuan rendah, sikap yang kurang mendukung upaya eliminasi sunat perempuan, serta pengaruh budaya dan kepercayaan yang masih kuat. Selain itu, dukungan sosial dan faktor pemungkin yang belum optimal menunjukkan bahwa perubahan perilaku memerlukan pendekatan multidimensional yang tidak hanya berfokus pada peningkatan pengetahuan, tetapi juga pada transformasi norma sosial, penguatan dukungan komunitas, dan penyediaan lingkungan yang kondusif bagi penghentian praktik sunat perempuan secara berkelanjutan.

5.2 Hubungan Faktor Predisposisi, Faktor Pendukung dan Faktor Pemungkin dengan Perilaku Sunat Perempuan

Hubungan Pengetahuan dengan Perilaku Sunat Perempuan

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa pengetahuan berhubungan bermakna dengan perilaku sunat perempuan dengan nilai *p-value* 0,000. Responden dengan pengetahuan rendah memiliki proporsi perilaku sunat perempuan sebesar 52,2%, lebih tinggi dibandingkan responden dengan pengetahuan tinggi sebesar 25,2%. Nilai OR sebesar 3,238 dengan 95% CI 1,965–5,334 menunjukkan bahwa responden dengan pengetahuan rendah memiliki peluang sekitar 3,2 kali lebih besar untuk melakukan atau

mendukung perilaku sunat perempuan dibandingkan responden dengan pengetahuan tinggi.

Temuan ini menunjukkan bahwa pengetahuan merupakan determinan penting dalam pembentukan perilaku sunat perempuan. Rendahnya pengetahuan dapat membuat responden lebih mudah menerima praktik tersebut sebagai bagian dari tradisi yang dianggap wajar, tanpa memahami bahwa tindakan ini tidak memiliki manfaat medis dan dapat menimbulkan risiko kesehatan fisik, psikologis, seksual, serta reproduktif. WHO menjelaskan bahwa *female genital mutilation* (FGM) mencakup seluruh prosedur yang melukai genitalia perempuan tanpa alasan medis dan tidak memberikan manfaat kesehatan bagi perempuan maupun anak perempuan (WHO, 2025). UNICEF juga menegaskan bahwa FGM merupakan praktik berbahaya yang masih berdampak pada lebih dari 230 juta perempuan dan anak perempuan secara global (UNICEF, 2024). Dalam hal ini, pengetahuan yang rendah dapat memperkuat persepsi keliru bahwa sunat perempuan bersifat aman, simbolik, atau diperlukan untuk menjaga kebersihan dan moralitas perempuan.

Temuan penelitian ini sejalan dengan Mwanja et al. (2023), yang menunjukkan bahwa rendahnya pengetahuan perempuan usia reproduktif berkaitan dengan penerimaan, motivasi, dan intensi untuk mempertahankan praktik FGM (Mwanja et al., 2023). Gerete et al. (2025) juga menemukan bahwa pengetahuan perempuan mengenai konsekuensi FGM berhubungan dengan sikap dan penerimaan terhadap praktik tersebut (Gerete et al., 2025). Hasil serupa dilaporkan oleh Shumu et al. (2023), yang menunjukkan bahwa pengetahuan ibu merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan praktik FGM pada anak perempuan usia di bawah lima tahun(Shumu et al., 2023). Bukti tersebut memperkuat hasil penelitian ini bahwa pengetahuan tidak hanya berfungsi sebagai informasi kognitif, tetapi juga sebagai dasar bagi keluarga untuk menilai apakah praktik sunat perempuan perlu dipertahankan atau dihentikan.

Pengetahuan yang rendah berpotensi memperkuat persepsi keliru bahwa sunat perempuan merupakan tindakan yang aman, bersifat simbolik, atau memiliki manfaat dalam menjaga kebersihan dan moralitas perempuan. Oleh karena itu, peningkatan pengetahuan perlu diarahkan untuk memperkuat pemahaman bahwa sunat perempuan tidak diperbolehkan karena tidak memiliki indikasi medis, tidak memberikan manfaat kesehatan, dan berisiko menimbulkan gangguan fisik, psikologis, seksual, serta reproduktif pada perempuan dan anak perempuan.

Hubungan Sikap dengan Perilaku Sunat Perempuan

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa sikap berhubungan signifikan dengan perilaku sunat perempuan dengan nilai *p-value* 0,000. Responden dengan sikap negatif memiliki proporsi perilaku sunat perempuan sebesar 52,6%, sedangkan responden dengan sikap positif hanya sebesar 26,5%. Nilai OR sebesar 3,072 dengan 95% CI 1,887–5,001 menunjukkan bahwa responden dengan sikap negatif memiliki peluang sekitar 3,1 kali lebih besar untuk melakukan atau mendukung perilaku sunat perempuan dibandingkan responden dengan sikap positif.

Temuan ini menunjukkan bahwa sikap berperan sebagai faktor psikososial yang menjembatani pengetahuan dan tindakan. Responden yang memiliki sikap negatif cenderung memandang sunat perempuan sebagai praktik yang tetap perlu dilakukan, baik karena alasan adat, agama, kepatuhan terhadap keluarga, maupun kekhawatiran terhadap penilaian sosial. Jahangiry et al. (2021), melalui telaah sistematis dan meta-analisis, menunjukkan bahwa sikap yang mendukung FGM/C masih bertahan pada berbagai komunitas dan berhubungan dengan penerimaan terhadap keberlanjutan praktik tersebut (Jahangiry et al., 2021). Hamdy et al. (2023) juga menunjukkan bahwa penerimaan terhadap FGM/C tidak hanya dipengaruhi oleh pengetahuan, tetapi juga oleh keyakinan normatif, persepsi sosial, dan sikap terhadap keberlanjutan tradisi (Hamdy et al., 2023).

Sikap negatif terhadap penghentian sunat perempuan dapat bertahan meskipun informasi kesehatan telah tersedia karena keputusan mengenai praktik ini sering dipengaruhi oleh tekanan sosial dan nilai yang diwariskan dalam keluarga. Rawat dan Tirkey (2021) juga menjelaskan bahwa sikap terhadap penghentian FGM dipengaruhi oleh pengalaman perempuan, struktur sosial, dan persepsi terhadap manfaat budaya (Rawat & Tirkey, 2021). Temuan penelitian ini memperkuat argumen bahwa perubahan perilaku tidak cukup hanya dicapai melalui peningkatan informasi, tetapi harus menyasar perubahan sikap dan persepsi sosial yang mendukung praktik tersebut.

Penguatan sikap positif terhadap penghentian sunat perempuan perlu diarahkan pada pemahaman bahwa FGM/C merupakan persoalan kompleks yang tidak hanya berdampak pada kesehatan, tetapi juga mengancam hak, pendidikan, kesejahteraan, dan masa depan perempuan serta anak perempuan. Praktik ini termasuk dalam kategori praktik berbahaya yang menjadi sasaran penghapusan dalam SDGs target 5.3, bersama dengan perkawinan anak, perkawinan dini, dan perkawinan paksa. Oleh karena itu, upaya penghapusan sunat perempuan memerlukan tindakan kolektif yang terencana, berkelanjutan, dan didukung pendanaan memadai melalui pelibatan berbagai pemangku kepentingan untuk mengatasi akar budaya, norma sosial, dan keyakinan yang mempertahankan praktik tersebut, sekaligus memperkuat pendidikan perempuan dan

mobilisasi sosial di tingkat komunitas (Sabi Boun et al., 2023). Dengan demikian, pembentukan sikap positif membutuhkan pendekatan edukatif yang tegas secara ilmiah, tetapi tetap sensitif terhadap konteks sosial-budaya masyarakat.

Hubungan Budaya dan Kepercayaan dengan Perilaku Sunat Perempuan

Budaya dan kepercayaan menunjukkan hubungan bermakna dengan perilaku sunat perempuan dengan *p-value* 0,000. Responden dengan budaya dan kepercayaan negatif memiliki proporsi perilaku sunat perempuan sebesar 58,9%, jauh lebih tinggi dibandingkan responden dengan budaya dan kepercayaan positif sebesar 20,1%. Nilai OR sebesar 5,688 dengan 95% CI 3,395–9,529 menunjukkan bahwa responden dengan budaya dan kepercayaan negatif memiliki peluang sekitar 5,7 kali lebih besar untuk melakukan atau mendukung sunat perempuan dibandingkan responden dengan budaya dan kepercayaan positif.

Variabel budaya dan kepercayaan memiliki nilai OR paling besar dibandingkan variabel lain dalam analisis bivariat. Hal ini menunjukkan bahwa praktik sunat perempuan lebih dominan sebagai norma sosial-budaya daripada sebagai keputusan kesehatan individual. Ketika sunat perempuan dipahami sebagai bagian dari tradisi, kesucian, kepatuhan agama, atau identitas perempuan dalam komunitas, keluarga cenderung mempertahankan praktik tersebut meskipun bukti kesehatan menunjukkan tidak adanya manfaat medis. Sood et al. (2022) menegaskan bahwa praktik FGM dipertahankan oleh norma sosial yang mengatur penerimaan, kepatuhan, dan ekspektasi komunitas (Sood & Ramaiya, 2022). Leon-Himmelstine et al. (2022) juga menjelaskan bahwa keberlanjutan FGM/C sering dipengaruhi oleh norma kolektif, termasuk ekspektasi keluarga, norma gender, serta tekanan sosial untuk mengikuti praktik yang dianggap lazim (Leon-Himmelstine et al., n.d.). Temuan ini sejalan dengan Kakal et al. (2023), yang menjelaskan bahwa alasan pelaksanaan FGM/C di Indonesia, Ethiopia, dan Kenya berakar pada norma gender, identitas perempuan, nilai kesucian, dan penerimaan sosial (Kakal et al., 2023).

Kuatnya asosiasi budaya dan kepercayaan juga menunjukkan bahwa intervensi pencegahan tidak cukup dilakukan melalui penyuluhan individual. Oleh karena itu, perubahan perilaku membutuhkan pendekatan berbasis norma sosial melalui pelibatan tokoh agama, tokoh adat, kader kesehatan, organisasi perempuan, tenaga kesehatan, dan keluarga besar sebagai aktor yang memiliki pengaruh langsung terhadap keputusan sunat perempuan.

Hubungan Faktor Pendorong dengan Perilaku Sunat Perempuan

Faktor pendorong berhubungan bermakna dengan perilaku sunat perempuan dengan *p-value* 0,000. Responden yang memperoleh faktor pendorong mendukung memiliki proporsi perilaku sunat perempuan sebesar 57,5%, lebih tinggi dibandingkan responden dengan faktor pendorong tidak mendukung sebesar 25,3%. Nilai OR dalam tabel sebesar 0,250 dengan 95% CI 0,154–0,407 perlu dibaca dengan memperhatikan kategori rujukan. Berdasarkan pola proporsi, kategori tidak mendukung tampak bersifat protektif, sedangkan adanya faktor pendorong yang mendukung berkaitan dengan peningkatan perilaku sunat perempuan.

Hasil ini menunjukkan bahwa dukungan atau dorongan dari lingkungan sosial berperan penting dalam keputusan melakukan sunat perempuan. Faktor pendorong dapat berasal dari orang tua, keluarga besar, mertua, tokoh agama, tokoh adat, tetangga, atau komunitas yang memandang sunat perempuan sebagai praktik yang seharusnya dilakukan. Dalam praktik berbasis tradisi, keputusan keluarga sering kali tidak sepenuhnya bersifat otonom, tetapi dipengaruhi oleh ekspektasi sosial dan tekanan untuk mengikuti kebiasaan komunitas. FGM merupakan praktik yang dipertahankan oleh norma sosial, sehingga keluarga dapat merasa terdorong melakukannya agar anak perempuan diterima dalam komunitas (Agboli et al., 2022). Temuan ini sejalan dengan Cappa et al. (2020), yang menunjukkan bahwa keputusan FGM sering kali melibatkan keluarga (Cappa et al., 2020). Ayenew et al. (2024), melalui telaah sistematis dan meta-analisis, menunjukkan bahwa praktik FGM dipengaruhi oleh kombinasi faktor individual, keluarga, sosial-ekonomi, dan norma komunitas. Artinya, faktor pendorong dalam penelitian ini mencerminkan adanya tekanan sosial yang menguatkan praktik sunat perempuan melalui mekanisme penerimaan, kepatuhan, dan rasa takut terhadap stigma (Ayenew et al., 2024).

Hasil penelitian ini memiliki implikasi bahwa pencegahan sunat perempuan harus mengubah sumber dorongan sosial dari mendukung menjadi menolak praktik tersebut. Edukasi tidak cukup hanya menyasar ibu atau orang tua inti, tetapi juga harus melibatkan keluarga besar dan aktor komunitas. UNICEF (2025) juga menegaskan bahwa percepatan eliminasi FGM memerlukan strategi berbasis bukti yang bekerja pada tingkat komunitas, termasuk transformasi norma sosial dan penguatan aktor lokal (Siddiqi et al., 2025). Dengan demikian, tekanan sosial yang semula mendorong praktik sunat perempuan dapat diubah menjadi dukungan kolektif untuk melindungi anak perempuan.

Hubungan Faktor Pemungkin dengan Perilaku Sunat Perempuan

Faktor pemungkin berhubungan bermakna dengan perilaku sunat perempuan dengan *p-value* 0,000. Responden dengan faktor pemungkin mendukung memiliki proporsi perilaku sunat perempuan sebesar 73,6%, jauh lebih tinggi dibandingkan responden dengan faktor pemungkin tidak mendukung sebesar 23,4%. Nilai OR sebesar 0,109 dengan 95% CI 0,064–0,187 menunjukkan bahwa kategori tidak mendukung bersifat protektif. Sebaliknya, secara substantif, keberadaan faktor pemungkin yang mendukung berkaitan dengan meningkatnya peluang perilaku sunat perempuan.

Proporsi yang sangat tinggi pada kelompok dengan faktor pemungkin mendukung menunjukkan bahwa ketersediaan akses, tenaga pelaksana, pembiayaan, penerimaan layanan, atau kemudahan memperoleh prosedur dapat memperkuat keberlanjutan praktik sunat perempuan. Temuan ini penting karena menunjukkan bahwa perilaku sunat perempuan tidak hanya dipengaruhi oleh pengetahuan, sikap, dan budaya, tetapi juga oleh struktur yang memungkinkan praktik tersebut dilakukan. Ketika keluarga mengetahui adanya pihak yang bersedia melakukan sunat perempuan, terutama apabila dilakukan oleh tenaga yang dianggap memiliki otoritas kesehatan, praktik tersebut dapat memperoleh legitimasi tambahan.

Nakamura et al. (2023) menunjukkan bahwa praktik *female genital cutting* di Asia Tenggara, khususnya Malyasia dan Indonesia mengalami proses medikalisasi melalui keterlibatan tenaga kesehatan untuk meminimalkan komplikasi. (Nakamura et al., 2023). Temuan ini juga memperlihatkan pentingnya peran tenaga kesehatan sebagai agen pencegahan. Tenaga kesehatan tidak boleh hanya diposisikan sebagai pelaksana prosedur, tetapi sebagai pihak yang memberikan konseling, edukasi risiko, dan perlindungan terhadap anak perempuan. Oladeji et al. (2021) menunjukkan bahwa pengetahuan, sikap, dan praktik tenaga kesehatan terhadap FGM berperan penting dalam menentukan respons pencegahan (Oladeji et al., 2021).

Faktor pemungkin dalam penelitian ini perlu menjadi perhatian karena memiliki proporsi perilaku sunat perempuan tertinggi pada kategori mendukung. Artinya, meskipun pengetahuan dan sikap penting, praktik tetap dapat berlangsung apabila akses, pelaksana, dan pembenaran layanan masih tersedia. WHO (2025) menyatakan bahwa FGM/C tidak memiliki indikasi medis, sedangkan WHO dalam rekomendasi praktik terbaik menekankan perlunya standar profesional yang jelas untuk mencegah tenaga kesehatan melakukan FGM. Oleh karena itu, penguatan pedoman etik, pelatihan tenaga kesehatan, pengawasan fasilitas layanan, serta konseling berbasis hak kesehatan reproduksi perlu menjadi bagian dari strategi pencegahan.

5.3 Faktor yang paling Berpengaruh terhadap Perilaku Sunat Perempuan

Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa faktor yang tetap berhubungan dengan perilaku sunat perempuan setelah penyesuaian dalam model adalah budaya dan kepercayaan, faktor pendukung, serta faktor pemungkin. Variabel pengetahuan dan sikap tidak lagi menunjukkan hubungan bermakna setelah dianalisis bersama variabel lain. Temuan ini mengindikasikan bahwa perilaku sunat perempuan tidak hanya ditentukan oleh aspek kognitif individual, tetapi lebih kuat dipengaruhi oleh konstruksi sosial, legitimasi budaya, keyakinan kolektif, serta kondisi lingkungan yang memungkinkan praktik tersebut berlangsung.

Faktor budaya dan kepercayaan menjadi variabel paling berpengaruh dalam model akhir. Nilai aOR sebesar 4,33 dengan 95% CI 2,44–7,66 menunjukkan bahwa kategori budaya dan kepercayaan yang tercantum dalam model memiliki peluang lebih besar terhadap perilaku sunat perempuan dibandingkan kategori rujukan. Temuan ini sejalan dengan bukti global bahwa *female genital mutilation/cutting* atau sunat perempuan merupakan praktik yang bertahan karena dilekatkan pada norma sosial, tradisi, identitas komunitas, kontrol sosial terhadap tubuh perempuan, serta keyakinan yang diwariskan lintas generasi. UNICEF melaporkan bahwa lebih dari 230 juta perempuan dan anak perempuan di dunia telah mengalami *female genital mutilation*, dengan beban besar di Afrika, Asia, dan Timur Tengah; angka ini menunjukkan bahwa praktik tersebut tetap bertahan meskipun berbagai upaya eliminasi telah dilakukan secara global.

Dominannya budaya dan kepercayaan dalam model ini memperkuat pemahaman bahwa sunat perempuan bukan sekadar persoalan kurangnya informasi kesehatan. Praktik tersebut sering kali dipertahankan karena dianggap sebagai bagian dari kepatuhan terhadap norma keluarga, kewajiban sosial, simbol kesucian, atau tradisi yang diyakini memiliki legitimasi moral. Tinjauan sistematis oleh El-Dirani *et al.* (2022) juga menunjukkan bahwa faktor yang berpengaruh terhadap *female genital mutilation/cutting* meliputi norma sosial, tekanan keluarga, pendidikan, agama, persepsi manfaat, serta keterlibatan aktor komunitas. Artinya, intervensi yang hanya menekankan peningkatan pengetahuan berisiko tidak cukup kuat apabila tidak disertai perubahan norma sosial dan rekonstruksi keyakinan komunitas.

Variabel pengetahuan tidak menunjukkan hubungan bermakna dalam model multivariat karena interval kepercayaan melewati angka 1. Temuan ini menunjukkan bahwa pengetahuan tinggi saja belum tentu diikuti oleh penolakan terhadap praktik sunat

perempuan setelah variabel budaya, kepercayaan, faktor pendukung, dan faktor pemungkin dikontrol. Secara epidemiologis, kondisi ini dapat terjadi ketika pengetahuan responden tidak cukup kuat untuk mengimbangi pengaruh norma keluarga, tekanan sosial, dan keyakinan budaya. Literatur global juga menegaskan bahwa *female genital mutilation* tidak memiliki manfaat kesehatan dan dapat menimbulkan risiko jangka pendek maupun jangka panjang, termasuk perdarahan, gangguan berkemih, infeksi, komplikasi persalinan, serta dampak terhadap kesehatan seksual dan mental. Namun, fakta medis tersebut tidak selalu langsung mengubah perilaku apabila praktik telah dilegitimasi oleh lingkungan sosial.

Variabel sikap juga tidak bermakna dalam model multivariat. Hal ini menunjukkan bahwa sikap individu terhadap sunat perempuan dapat kehilangan kekuatan asosiasinya setelah dimasukkan bersama variabel yang lebih struktural, terutama budaya dan kepercayaan. Dalam konteks perilaku kesehatan masyarakat, sikap personal sering kali tidak berdiri sendiri, melainkan dibentuk oleh harapan sosial, pandangan keluarga, otoritas tokoh masyarakat, dan persepsi mengenai penerimaan komunitas. Karena itu, sikap positif terhadap penghapusan praktik belum tentu menghasilkan perilaku penolakan apabila responden berada dalam lingkungan yang masih menormalisasi sunat perempuan.

Faktor pendukung menunjukkan hubungan bermakna dalam model multivariat, dengan nilai aOR kurang dari 1 pada seluruh model. Secara statistik, nilai ini menunjukkan bahwa kategori yang dibandingkan memiliki peluang lebih rendah terhadap perilaku sunat perempuan dibandingkan kategori rujukan. Namun, interpretasi substantif variabel ini perlu disesuaikan dengan arah pengkodean data. Bila kategori “mendukung” merujuk pada dukungan terhadap praktik sunat perempuan, maka nilai aOR yang kurang dari 1 tampak tidak sejalan dengan interpretasi teoritis dan hasil bivariat. Kondisi ini perlu diperiksa kembali melalui kode variabel, kategori rujukan, serta pengkodean *outcome*. Jika pengkodean telah benar, maka hasil tersebut dapat dimaknai sebagai adanya efek protektif pada kategori tertentu. Jika terdapat kekeliruan arah kategori, interpretasi perlu dibalik agar tidak menghasilkan kesimpulan yang salah.

Faktor pemungkin juga menunjukkan hubungan yang konsisten dalam seluruh model, dengan nilai aOR 0,20 dan interval kepercayaan yang tidak melewati angka 1. Temuan ini mengindikasikan bahwa faktor pemungkin memiliki kontribusi penting dalam model akhir. Faktor pemungkin dapat mencakup ketersediaan layanan, akses terhadap pelaksana praktik, persepsi bahwa tindakan dapat dilakukan secara aman, serta adanya lingkungan yang membuat praktik tetap berlangsung. UNFPA dan UNICEF menegaskan bahwa salah satu tantangan eliminasi *female genital mutilation* adalah dorongan terhadap medikalisasi praktik, yaitu pelaksanaan oleh tenaga kesehatan atau dalam konteks layanan kesehatan, yang dapat menimbulkan kesan bahwa praktik tersebut lebih aman atau lebih

sah secara sosial. Oleh karena itu, faktor pemungkin perlu dipahami bukan hanya sebagai ketersediaan fasilitas, tetapi juga sebagai struktur sosial dan layanan yang dapat memperkuat atau melemahkan keberlanjutan praktik.

Temuan multivariat ini juga memiliki implikasi penting bagi strategi intervensi. Pendekatan edukasi kesehatan tetap diperlukan, tetapi tidak boleh menjadi satu-satunya strategi. Intervensi perlu diarahkan pada perubahan norma sosial melalui pelibatan keluarga, tokoh agama, tokoh masyarakat, tokoh adat, organisasi perempuan, kader komunitas, dan tenaga kesehatan. UNICEF menekankan bahwa program pencegahan *female genital mutilation* yang efektif perlu menargetkan norma sosial, memperkuat dialog komunitas, melibatkan aktor lokal, dan membangun perubahan kolektif, bukan hanya menyasar perubahan pengetahuan individu.

DiIndonesia, pembahasan ini menjadi penting karena sunat perempuan sering dipahami melalui persilangan antara tradisi, tafsir keagamaan, praktik keluarga, dan layanan kesehatan. Muhammadiyah melalui Majelis Tarjih dan Tajdid menyatakan bahwa sunat perempuan bukan bagian dari tuntunan agama yang didasarkan pada dalil yang jelas, melainkan praktik tradisi yang perlu ditinjau dari perspektif kesehatan reproduksi dan perlindungan perempuan. Temuan penelitian ini mendukung pentingnya penguatan sosialisasi berbasis komunitas, khususnya melalui organisasi sosial-keagamaan, agar perubahan perilaku tidak hanya terjadi pada tingkat pengetahuan, tetapi juga pada tingkat norma keluarga dan keyakinan kolektif.

Dengan memperhatikan keseluruhan hasil, analisis multivariat menunjukkan bahwa perilaku sunat perempuan terutama dipengaruhi oleh faktor sosial-budaya dan keyakinan, bukan semata-mata oleh pengetahuan atau sikap individu. Strategi pencegahan perlu dikembangkan melalui pendekatan ekologis yang menggabungkan edukasi kesehatan, klarifikasi keagamaan, perubahan norma sosial, penguatan peran keluarga, pelibatan tokoh komunitas, serta penegasan peran tenaga kesehatan sebagai edukator dan pelindung kesehatan perempuan, bukan sebagai pelaksana praktik non-medis

6. Keterbatasan Studi

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan yang perlu diperhatikan dalam menafsirkan hasil. Pertama, data penelitian diperoleh melalui laporan mandiri responden atau *self-reported data*. Teknik pengumpulan data ini memungkinkan responden memberikan jawaban sesuai ingatan, persepsi, dan kenyamanan pribadi. Mengingat sunat perempuan berkaitan dengan isu agama, budaya, norma keluarga, dan pengalaman personal, data berpotensi mengalami *recall bias* serta *social desirability bias*. Responden

dapat saja tidak mengingat secara lengkap pengalaman atau informasi yang relevan, atau memberikan jawaban yang dianggap lebih dapat diterima secara sosial. Keterbatasan ini penting diperhatikan karena dapat memengaruhi akurasi pelaporan perilaku, sikap, maupun dukungan terhadap praktik sunat perempuan.

Kedua, analisis kuantitatif dalam penelitian ini belum sepenuhnya mengontrol seluruh variabel perancu yang berpotensi memengaruhi perilaku sunat perempuan. Beberapa faktor eksternal seperti usia secara lebih spesifik, status domisili absolut, riwayat akses terhadap layanan kesehatan primer, paparan edukasi kesehatan, paparan informasi keagamaan, serta pengaruh keluarga besar belum dianalisis secara mendalam dalam model penelitian. Kondisi ini dapat membatasi kemampuan analisis dalam menjelaskan hubungan kausal atau menentukan pengaruh murni masing-masing variabel terhadap perilaku sunat perempuan.

Ketiga, cakupan geografis penelitian terbatas pada tiga lokus, yaitu Jember, Lombok Timur, dan Padang. Ketiga wilayah tersebut memiliki karakteristik sosial, budaya, dan praktik komunitas yang dapat berbeda dengan wilayah lain di Indonesia. Oleh karena itu, hasil penelitian ini belum dapat digeneralisasi secara langsung untuk seluruh populasi Indonesia. Interpretasi hasil perlu mempertimbangkan konteks lokal masing-masing wilayah, terutama karena praktik sunat perempuan sangat dipengaruhi oleh norma budaya, pola pengasuhan keluarga, tafsir keagamaan, dan penerimaan sosial dalam komunitas.

Keempat, penelitian ini masih memiliki keterbatasan dalam menjelaskan dinamika sosial dan proses pengambilan keputusan di tingkat keluarga. Pendekatan kuantitatif mampu menggambarkan hubungan antarvariabel, tetapi belum cukup untuk membedah secara mendalam bagaimana tafsir teologis, tekanan keluarga, norma komunitas, peran tokoh agama, serta negosiasi keputusan di dalam keluarga memengaruhi keberlanjutan praktik sunat perempuan. Oleh karena itu, kajian lanjutan dengan pendekatan kualitatif diperlukan untuk memperoleh pemahaman yang lebih komprehensif mengenai alasan, makna, dan mekanisme sosial yang melatarbelakangi praktik tersebut.

7. Kesimpulan

Penelitian kuantitatif ini menunjukkan bahwa praktik atau dukungan terhadap sunat perempuan masih ditemukan pada sebagian responden. Dari 307 responden yang dianalisis, sebanyak 127 responden atau 41,4% menyatakan melakukan, mendukung, atau menyetujui praktik sunat perempuan, sedangkan 180 responden atau 58,6% tidak melakukan atau tidak mendukung praktik tersebut. Temuan ini menunjukkan bahwa sunat perempuan masih menjadi praktik sosial yang bertahan dalam masyarakat, meskipun

sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan perguruan tinggi dan aktif dalam organisasi sosial-keagamaan.

Hasil analisis univariat memperlihatkan bahwa sebagian besar responden memiliki pengetahuan rendah mengenai sunat perempuan, yaitu 184 responden atau 59,9%. Selain itu, sebanyak 175 responden atau 57,0% memiliki sikap negatif, dan 168 responden atau 54,7% berada pada kategori budaya dan kepercayaan negatif. Kondisi ini menunjukkan bahwa penerimaan terhadap sunat perempuan tidak hanya berkaitan dengan aspek pengetahuan, tetapi juga dipengaruhi oleh sikap, nilai budaya, dan kepercayaan yang berkembang dalam lingkungan sosial responden.

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa pengetahuan, sikap, budaya dan kepercayaan, faktor pendukung, serta faktor pemungkin memiliki hubungan bermakna dengan perilaku sunat perempuan. Seluruh variabel menunjukkan nilai *p-value* < 0,001. Responden dengan pengetahuan rendah memiliki peluang 3,238 kali lebih besar untuk melakukan atau mendukung sunat perempuan dibandingkan responden dengan pengetahuan tinggi. Responden dengan sikap negatif memiliki peluang 3,072 kali lebih besar, sedangkan responden dengan budaya dan kepercayaan negatif memiliki peluang 5,688 kali lebih besar untuk melakukan atau mendukung praktik tersebut.

Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa budaya dan kepercayaan merupakan faktor paling berpengaruh terhadap perilaku sunat perempuan. Model akhir menunjukkan nilai *adjusted odds ratio* sebesar 4,33 dengan 95% CI 2,44–7,66. Temuan ini menegaskan bahwa perilaku sunat perempuan lebih kuat dipengaruhi oleh konstruksi sosial-budaya dan keyakinan kolektif dibandingkan aspek pengetahuan dan sikap individu semata. Faktor pendukung dan faktor pemungkin juga tetap berhubungan dengan perilaku sunat perempuan setelah penyesuaian dalam model, meskipun interpretasi arah hubungan perlu memperhatikan kategori rujukan dan pengkodean variabel.

Kesimpulan utama dari penelitian ini adalah bahwa sunat perempuan merupakan praktik yang tidak dapat dipahami hanya sebagai persoalan kurangnya informasi kesehatan. Praktik ini dipertahankan oleh interaksi antara budaya, kepercayaan, dukungan sosial, akses terhadap pihak yang memungkinkan praktik, serta norma komunitas yang melekat dalam keluarga dan masyarakat. Oleh karena itu, upaya pencegahan dan penghapusan sunat perempuan perlu dilakukan melalui pendekatan komprehensif yang mencakup edukasi kesehatan, perubahan norma sosial, pelibatan keluarga, tokoh agama, tokoh masyarakat, organisasi perempuan, serta penguatan peran tenaga kesehatan sebagai edukator dan pelindung kesehatan perempuan.

8. Rekomendasi

Rekomendasi penghapusan *female genital mutilation/cutting* (FGM/C) dalam penelitian ini dirumuskan melalui tiga pilar utama, yaitu intervensi sosial dan budaya, penguatan peran tenaga kesehatan, serta pelembagaan kebijakan. Ketiga pilar tersebut dipandang penting karena keberlanjutan praktik sunat perempuan tidak hanya ditentukan oleh keputusan individu, tetapi juga dipengaruhi oleh pewarisan norma sosial, legitimasi budaya, keterlibatan aktor kesehatan, serta belum optimalnya hambatan struktural yang mencegah praktik tersebut berlangsung.

a. Penguatan Intervensi Sosial dan Budaya di Tingkat Akar Rumput

Pilar pertama menekankan pentingnya intervensi sosial dan budaya untuk memutus pewarisan norma yang mendukung praktik sunat perempuan. Upaya ini perlu diarahkan pada keluarga, tokoh agama, tokoh masyarakat, tokoh adat, organisasi perempuan, dan komunitas akar rumput agar perubahan tidak berhenti pada tingkat pengetahuan, tetapi menjangkau nilai, keyakinan, dan norma kolektif yang membentuk keputusan keluarga.

Program pencegahan sunat perempuan perlu diarahkan pada dekonstruksi tafsir budaya dan kepercayaan yang selama ini memosisikan sunat perempuan sebagai kewajiban sosial, simbol kesucian, atau syarat penerimaan dalam komunitas. Intervensi tidak cukup hanya menyasar individu, tetapi perlu menjangkau keluarga sebagai unit utama pengambilan keputusan, terutama ibu, ayah, wali, nenek, dan anggota keluarga besar yang memiliki pengaruh terhadap keputusan sunat perempuan.

Edukasi berbasis keluarga perlu menegaskan bahwa sunat perempuan tidak memiliki manfaat medis dan berpotensi menimbulkan risiko kesehatan fisik, psikologis, seksual, dan reproduktif. Pesan edukasi perlu disampaikan secara konsisten dengan bahasa yang mudah dipahami, sensitif terhadap konteks budaya, tetapi tetap tegas secara ilmiah bahwa praktik tersebut tidak memiliki indikasi kesehatan.

Selain itu, perlu dilakukan kolaborasi dengan tokoh agama, ulama, tokoh masyarakat, tokoh adat, serta organisasi perempuan seperti Aisyiyah dan Nasyiatul Aisyiyah. Pelibatan tokoh kunci diperlukan untuk memutus narasi pro-sunat perempuan di ruang publik dan menggantinya dengan narasi perlindungan kesehatan, martabat, dan hak perempuan. Strategi ini penting karena perubahan norma sosial lebih efektif apabila didorong oleh aktor yang dipercaya oleh masyarakat.

b. Reposisi Peran Tenaga Kesehatan

Pilar kedua berfokus pada reposisi peran tenaga kesehatan sebagai edukator, konselor, dan pelindung kesehatan perempuan. Strategi ini diperlukan untuk mencegah medikalisasi sunat perempuan, yaitu kondisi ketika praktik tersebut dilakukan atau difasilitasi oleh tenaga kesehatan sehingga memperoleh kesan aman, sah, atau dapat diterima secara medis. Oleh karena itu, tenaga kesehatan perlu ditempatkan sebagai aktor kunci dalam edukasi risiko, advokasi pencegahan, dan perlindungan hak kesehatan reproduksi perempuan.

Tenaga kesehatan perlu direposisi dari pihak yang berpotensi menjadi pelaksana praktik menjadi agen perubahan sosial. Peran tenaga kesehatan harus difokuskan pada edukasi, konseling, advokasi, dan perlindungan kesehatan perempuan. Reposisi ini penting untuk mencegah medikalisasi sunat perempuan, yaitu praktik sunat perempuan yang dilakukan atau difasilitasi oleh tenaga kesehatan sehingga menimbulkan kesan seolah-olah praktik tersebut aman, sah, atau dapat diterima secara medis.

Fasilitas kesehatan perlu memperketat implementasi pedoman etik kedokteran, kebidanan, dan keperawatan dengan menegaskan bahwa sunat perempuan tidak memiliki indikasi medis. Tenaga kesehatan harus diberikan pelatihan mengenai risiko sunat perempuan, komunikasi pencegahan, konseling keluarga, serta pendekatan berbasis hak kesehatan reproduksi.

Pengawasan terhadap layanan klinis juga perlu diperkuat untuk memastikan tidak ada fasilitas kesehatan, praktik mandiri, atau tenaga kesehatan yang memfasilitasi sunat perempuan tanpa indikasi medis. Pengawasan ini perlu disertai dengan mekanisme pelaporan, pembinaan, dan evaluasi berkala agar kebijakan pencegahan tidak hanya bersifat normatif, tetapi benar-benar diterapkan dalam praktik pelayanan.

c. Pelembagaan Kebijakan Anti-Sunat Perempuan

Pilar ketiga menekankan pelembagaan kebijakan sebagai hambatan struktural terhadap keberlanjutan praktik sunat perempuan. Kebijakan tertulis, prosedur operasional, integrasi pesan pencegahan dalam layanan rutin, pengawasan fasilitas kesehatan, serta pembaruan kurikulum pendidikan tenaga kesehatan diperlukan agar pencegahan sunat perempuan tidak hanya bergantung pada inisiatif individual, tetapi menjadi bagian dari sistem perlindungan yang konsisten, terukur, dan berkelanjutan.

Upaya penghapusan sunat perempuan perlu dilembagakan melalui regulasi tertulis dan integrasi sistemik pada layanan kesehatan, pendidikan, dan organisasi sosial-keagamaan. Pelembagaan kebijakan diperlukan agar perubahan perilaku tidak bergantung

pada inisiatif individu, tetapi menjadi bagian dari sistem yang mengatur, mengawasi, dan memperkuat pencegahan secara berkelanjutan.

Pesan pencegahan sunat perempuan perlu diintegrasikan secara wajib dalam layanan rutin seperti Posyandu, kelas ibu, layanan kesehatan ibu dan anak, konseling keluarga, serta kegiatan edukasi masyarakat. Integrasi ini memungkinkan pesan pencegahan diterima secara berulang dalam ruang pelayanan yang dekat dengan keluarga dan komunitas.

Selain itu, materi mengenai bahaya sunat perempuan dan komunikasi pencegahan perlu dimasukkan dalam kurikulum pendidikan tenaga kesehatan, terutama pada program studi kesehatan masyarakat, kebidanan, keperawatan, dan kedokteran. Pembaruan kurikulum ini penting agar calon tenaga kesehatan memiliki pemahaman ilmiah, etik, dan sosial yang kuat untuk menolak praktik sunat perempuan serta mampu melakukan edukasi berbasis bukti kepada masyarakat.

Fasilitas kesehatan, amal usaha kesehatan, organisasi sosial-keagamaan, dan institusi pendidikan perlu didorong untuk menerbitkan kebijakan tertulis yang secara tegas menolak fasilitasi, anjuran, maupun pelaksanaan sunat perempuan. Kebijakan tertulis tersebut harus dilengkapi dengan prosedur operasional, mekanisme sosialisasi, pengawasan pelaksanaan, dan evaluasi berkala.

Referensi

Agboli, A., Richard, F., Botbol-Baum, M., Brackelaire, J. L., D'Aguanno, A., Diallo, K., Mikolajczak, M., Ricadat, E., & Aujoulat, I. (2022). Changing attitudes towards female genital mutilation. From conflicts of loyalty to reconciliation with self and the community: The role of emotion regulation. *PLoS ONE*, *17*(6 Jun), 1–21. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270088

Ayenew, A. A., Mol, B. W., Bradford, B., & Abeje, G. (2024). Prevalence of female genital mutilation and associated factors among women and girls in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, *13*(1), 1–16. https://doi.org/10.1186/s13643-023-02428-6

Cappa, C., Thomson, C., & Murray, C. (2020). Understanding the association between parental attitudes and the practice of female genital mutilation among daughters. *PLoS ONE*, *15*(5), 1–10. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233344

Gerete, T. B., Demissie, A., Sewmehone, E., & Gezimu, W. (2025). Women's knowledge and attitudes toward female genital mutilation and associated factors in Diguna Fango, a rural district in southern Ethiopia: a community-based mixed study. *Frontiers in Global Women's Health*, *6*(April). https://doi.org/10.3389/fgwh.2025.1516925

Goetz, K., et al. (2026). *Determinants of prevention and impact on health for female genital mutilation/cutting*. International Journal of Gynecology & Obstetrics.

Elamin, W., Mason-Jones, A. J., et al. (2019). *Female genital mutilation/cutting: a systematic review and meta-ethnography of women's views*. Health Care for Women International

El-Dirani Z., et al. (2022). Factors associated with female genital mutilation: a systematic review and synthesis of national, regional and community-based studies. BMJ Sex Reprod Health. 2022 Jul;48(3):169-178. doi: 10.1136/bmjsrh-2021-201399. Epub 2022 Mar 9. PMID: 35264420; PMCID: PMC9279756.

Evans, C., Tweheyo, R., McGarry, J., et al. (2019). *Crossing cultural divides: A qualitative systematic review of factors influencing the provision of healthcare related to female genital mutilation from the perspective of health professionals*. PLoS ONE, 14(3), e0211829. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211829

Hamdy, A., Aboushady, A. T., El Moty, H. I. A., ELShobary, M. O. M., Bassiouny, Y., & Hegazy, A. A. (2023). Knowledge, attitudes, and practices of Female Genital Mutilation / Cutting among healthcare providers in two public hospitals in Egypt: A cross-sectional study. *PLOS Global Public Health*, *3*(12), 1–18. https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002724

Jahangiry, L., Pashaei, T., & Ponnet, K. (2021). Attitudes toward female genital mutilation/circumcision: A systematic review and meta-analysis. *Healthcare (Switzerland)*, *9*(9), 1–15. https://doi.org/10.3390/healthcare9091184

Kakal, T., Hidayana, I., Kassegne, A. B., Gitau, T., Kok, M., & van der Kwaak, A. (2023). What makes a woman? Understanding the reasons for and circumstances of female genital mutilation/cutting in Indonesia, Ethiopia and Kenya. *Culture, Health and Sexuality*, *25*(7), 897–913. https://doi.org/10.1080/13691058.2022.2106584

Leon-Himmelstine, C., Rivett, J., Samuels, F., & Newman, A. (n.d.). Social norms related to female genital mutilation / cutting (FGM/C) and behaviour change approaches to challenge FGM/C and child marriage in Mali. In *Literature review summary* (Issue 2022).

Marea, C. X., et al. (2023). *Advancing the Measurement of Knowledge, Attitudes and Practices Related to Female Genital Mutilation/Cutting Prevention and Care*. BMC Health Services Research.

Mwanja, C. H., Herman, P. Z., & Millanzi, W. C. (2023). Prevalence, knowledge, attitude, motivators and intentional practice of female genital mutilation among women of reproductive age: a community-based analytical cross-sectional study in Tanzania. *BMC Women's Health*, *23*(1), 1–16. https://doi.org/10.1186/s12905-023-02356-6

Nakamura, K., Miyachi, K., Miyawaki, Y., & Toda, M. (2023). Female genital mutilation, Global Zero Tolerance Policy and Diverse Responses from African and Asian Local Communities. In *Springer*. https://doi.org/10.1001/jama.274.21.1714

Oladeji, O., Farah, A. E., & Aden, B. S. (2021). Knowledge, attitudes and practices of female genital mutilation among health care workers in Somali region of Ethiopia. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, *8*(9), 4191. https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20213517

Rawat, R., & Tirkey, N. N. (2021). Female genital mutilation practice, associated factors, and its consequences on women's reproductive health in Senegal. *International Journal of Population Studies*, *7*(1), 94–107. https://doi.org/10.36922/ijps.v7i1.292

Sabi Boun, S., Otu, A., & Yaya, S. (2023). Fighting female genital mutilation/cutting (FGM/C): towards the endgame and beyond. *Reproductive Health*, *20*(1), 1–5. https://doi.org/10.1186/s12978-023-01601-3

Shumu, D., Zeleke, B., & Simachew, A. (2023). Determinants of Female Genital Mutilation Among Under Five-Year Children in Motta Town, Northwest Ethiopia, 2022: Unmatched Case Control Study. *International Journal of Women's Health*, *15*(April), 533–543.

https://doi.org/10.2147/IJWH.S388643

Siddiqi, M., Subrahmanian, R., Kamanga Njikho, V., Baago-Rasmussen, L., Dubois, J., Kaul, A., Graham, G., Radice, A., Alem, E., & Ahmed, W. (2025). Accelerating action towards FGM elimination: Evidence-based strategies that work Accelerating action towards FGM elimination: Lessons from evidence on effective interventions. In *UNFPA-UNICEF* (Issue March).

Sood, S., & Ramaiya, A. (2022). Combining Theory and Research to Validate a Social Norms Framework Addressing Female Genital Mutilation. *Frontiers in Public Health*, *9*(January). https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.747823

UNICEF. (2024). *Female Genital Mutilation A global concern 2024 Update* (pp. 209–225). https://doi.org/10.1007/978-3-031-43095-4_13

WHO. (2025). WHO guideline on the prevention of female genital mutilation and clinical management of complications. In *WHO guideline on the prevention of female genital mutilation and clinical management of complications. Web Annex B. Evidence-to-Decision tables*. https://doi.org/10.2471/b09319

Zihan, X., et al. (2025). *Female Genital Mutilation/Cutting: A Systematic Review of Global Distribution, Health Consequences and Sociocultural Drivers*. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology.

LAPORAN PENELITIAN

MEMAHAMI PERILAKU MASYARAKAT TERHADAP FATWA KHITAN PEREMPUAN: STUDI KUALITATIF DI INDONESIA

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Praktik khitan perempuan, yang secara global dikenal sebagai *Female Genital Mutilation/Cutting* (FGM/C), merupakan persoalan kompleks yang berada di persimpangan antara tradisi (adat), interpretasi keagamaan, dan masalah kesehatan masyarakat. Praktik ini diakui secara internasional sebagai bentuk pelanggaran hak asasi manusia dan menjadi masalah kesehatan global yang memengaruhi lebih dari 200 juta perempuan di seluruh dunia. Eksistensi praktik ini secara langsung bertentangan dengan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDG), khususnya SDG 3 (Kehidupan Sehat dan Sejahtera) dan SDG 5 (Kesetaraan Gender).

Berbagai tinjauan literatur menegaskan bahwa FGM/C tidak memiliki manfaat kesehatan apa pun, melainkan membawa konsekuensi patologis yang serius terhadap kesehatan fisik, psikologis, obstetri, dan seksual. Dampak akut dari tindakan ini mencakup perdarahan hebat, infeksi, retensi urin akut, hingga kematian akibat syok, sementara dampak jangka panjang meliputi komplikasi persalinan, infeksi saluran kemih berulang, hingga *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD). Bahkan, sebuah studi fenomenologi secara gamblang menyebut FGM/C sebagai praktik yang "membajak kesehatan seksual" (*hijacked sexual health*). Lebih lanjut, tinjauan sistematis oleh Nzinga et al. (2021) menemukan bahwa semua jenis FGM/C memicu penurunan signifikan pada skor total *Female Sexual Function Index* (FSFI), yang bermanifestasi pada penurunan hasrat seksual, lubrikasi, hingga memicu anorgasmia.

Dalam lanskap global, Nzinga et al. (2021) mengidentifikasi Indonesia—bersama Mesir dan Ethiopia—sebagai salah satu dari tiga negara di mana lebih dari separuh kasus FGM/C di dunia terkonsentrasi. Angka prevalensinya masih tergolong tinggi; Riskesdas (2013) mencatat prevalensi nasional mencapai 51,2% pada rentang usia 0-11 tahun, sementara data terbaru Survei Pengalaman Hidup Perempuan Nasional (SPHPN, 2024) mencatat 46,3% perempuan usia 15-49 tahun pernah disunat. Literatur menyoroti bahwa langgengnya praktik ini di Indonesia didorong oleh konstruksi budaya untuk merubah tubuh alami menjadi "tubuh murni" dengan membuang kotoran (najis), persiapan pranikah, serta upaya meredam hasrat seksual. Dalam mitos patriarki masyarakat lokal, perempuan yang tidak dikhitan sering kali dicap dengan stigma buruk, seperti berperilaku "centil", "ganjel", atau liar nafsu seksualnya.

Kontestasi pandangan keagamaan turut memperumit upaya penghapusan praktik ini. Berdasarkan analisis Mundzir dan Muthmainnah (2022), terdapat perbedaan fatwa yang mendasar di antara organisasi-organisasi Islam besar di Indonesia. Masyarakat akar rumput sebagian besar masih terikat pada ajaran Mazhab Syafi'i yang secara budaya cenderung menganggap khitan perempuan sebagai kewajiban mutlak. Legitimasi kultural ini semakin diperkuat oleh sikap Majelis Ulama Indonesia (MUI) melalui Fatwa No. 9A Tahun 2008 yang menempatkan praktik tersebut sebagai *makrumah* (kemuliaan) dan syiar Islam, serta pandangan tradisional Nahdlatul Ulama (NU) yang memosisikannya sebagai kewajiban atau sunnah untuk mengontrol libido perempuan.

Berlawanan dengan pandangan arus utama tersebut, Persyarikatan Muhammadiyah melalui Majelis Tarjih tampil dengan putusan hukum yang sangat progresif, yakni menetapkan bahwa khitan perempuan berstatus *ghairu masyru'* atau tidak disyariatkan. Langkah pembaruan hukum ini bertumpu pada tinjauan *bayani*, di mana Muhammadiyah menyimpulkan bahwa riwayat hadis yang melegitimasi praktik ini (seperti hadis Ummu 'Athiyyah) berstatus *dha'if* (lemah) dan tidak dapat dijadikan landasan hukum. Sejalan dengan temuan medis (*burhani*), Rahmawati dan Maknun (2017) menegaskan bahwa Muhammadiyah menolak praktik ini karena terbukti membawa *mudharat* (bahaya) fisik yang

bertentangan dengan prinsip tertinggi *Maqashid Al-Syari'ah*, yaitu *hifdz al-nafs* (perlindungan jiwa dan raga).

Meskipun secara konseptual putusan ini sangat kuat, implementasinya di lapangan menghadapi benturan sosiologis. Kurniawati (2021) mengamati adanya kemacetan komunikasi kelembagaan dari tingkat pusat ke akar rumput, sehingga putusan progresif ini belum merata menjadi kesadaran warga biasa. Kondisi ini menciptakan dilema etis bagi para tenaga kesehatan (Doucet et al., 2017) yang kerap terjepit di antara sumpah klinis dan paksaan keras dari tokoh adat atau keluarga yang melestarikan tradisi lokal (seperti ritual *Bungus* di Mentawai, *Besuci* di Lombok, atau budaya *Pandalungan* di Jember). Menyikapi kebuntuan sosial ini, tenaga kesehatan akhirnya kerap merumuskan strategi *harm reduction* atau pengurangan dampak buruk yang berwujud tindakan "khitan simbolis" (usapan tanpa sayatan) semata-mata demi menyelamatkan bayi dari prosedur perlukaan berbahaya oleh dukun beranak (Zacharias & Natar, 2020).

Merespons kompleksitas tersebut, penelitian kualitatif ini mendesak dilakukan untuk mengisi celah pemahaman mengenai bagaimana fatwa progresif Muhammadiyah direspons oleh masyarakatnya sendiri. Dengan mengacu pada kerangka teori PRECEDE-PROCEED (Green & Kreuter, 2005) yang menyoroti faktor penguat seperti dukungan tokoh tradisi, penelitian ini diarahkan pada tiga lokus strategis, yakni Padang, Jember, dan Lombok Timur. Ketiga wilayah ini dipilih sebagai representasi lanskap sosial budaya yang berbeda guna membedah interaksi kompleks antara putusan agama, motivasi kultural warga, dan respons kelembagaan.

B. Tujuan Penelitian

Secara spesifik, penelitian kualitatif ini bertujuan untuk:

1. Teridentifikasinya pemahaman warga Muhammadiyah secara mendalam mengenai produk hukum Majelis Tarjih terkait khitan perempuan.
2. Terungkapnya akar motivasi (sosial, budaya, dan teologis) yang mendorong warga Muhammadiyah tetap melestarikan praktik khitan perempuan di tingkat keluarga.
3. Tergambarnya peran, pandangan, serta dilema para ahli di tingkat Pimpinan Daerah Muhammadiyah (PDM)/Pimpinan Cabang Muhammadiyah (PCM), dan tenaga kesehatan di rumah sakit/klinik Muhammadiyah terhadap praktik ini.
4. Diketahuinya komparasi dinamika praktik khitan perempuan di kalangan warga Muhammadiyah antar-wilayah (Jember, Lombok, dan Sumatera Barat)

C. Pertanyaan Penelitian

Untuk mencapai tujuan di atas, penelitian ini akan menjawab rumusan pertanyaan berikut:

1. Bagaimana realitas pemahaman warga Muhammadiyah mengenai aturan dan hukum khitan perempuan berdasarkan putusan organisasi?.
2. Apakah motivasi-motivasi utama yang mendasari warga Muhammadiyah dalam mempraktikkan khitan perempuan?.
3. Bagaimana persepsi, sikap para ahli di Pimpinan Daerah/Cabang Muhammadiyah, serta tindakan tenaga kesehatan dalam menghadapi praktik khitan perempuan di lapangan?.
4. Bagaimana perbedaan karakteristik atau ragam praktik khitan perempuan di kalangan warga Muhammadiyah apabila dikomparasikan antar-wilayah penelitian?.

BAB II
METODE PENELITIAN

A. Desain dan Pendekatan Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain pendekatan kualitatif yang ditujukan untuk menggali dan mendapatkan pemahaman mendalam mengenai pengalaman, persepsi, motivasi, serta pandangan para informan di lapangan. Pendekatan kualitatif dipilih karena fenomena praktik khitan perempuan bukanlah sekadar masalah medis linier, melainkan realitas sosiologis yang sangat kompleks karena berada di persimpangan antara hegemoni tradisi, interpretasi doktrin keagamaan, dan otoritas kesehatan masyarakat.

Melalui pendekatan ini, peneliti dapat menangkap nuansa psikologis dan kultural yang tidak dapat diukur sekadar dengan angka, seperti dilema etis yang dialami tenaga kesehatan atau ketakutan warga terhadap sanksi sosial. Pengumpulan data kualitatif ini diimplementasikan melalui teknik interaktif, yakni wawancara mendalam (*in-depth interview*) dan Diskusi Kelompok Terpumpun atau *Focus Group Discussion* (FGD), dengan melibatkan berbagai pemangku kepentingan yang bersinggungan langsung dengan kebijakan maupun praktik di lingkungan Muhammadiyah dan 'Aisyiyah.

B. Kerangka Teori: Integrasi *PRECEDE-PROCEED* dan *Health Belief Model* (HBM)

Kerumitan tarik-menarik antara risiko medis, kewajiban kultural, dan interpretasi agama menuntut analisis perilaku yang presisi. Oleh karena itu, penelitian ini menggunakan pendekatan interdisipliner dengan mengintegrasikan kerangka teori *PRECEDE-PROCEED* dan *Health Belief Model* (HBM). Penggunaan kedua teori ini secara integratif diyakini mampu membongkar secara ilmiah alasan mengapa praktik yang membahayakan nyawa dan melanggar hak asasi ini tetap kokoh bertahan di berbagai wilayah di Indonesia.

1. Teori *PRECEDE-PROCEED* (Green dan Kreuter, 2005)

Kerangka teori ini tidak sekadar berfungsi sebagai alat diagnostik, melainkan kerangka kerja berbasis bukti yang berfokus pada penilaian pendidikan dan ekologis untuk mengidentifikasi kebutuhan kesehatan populasi. Dalam teori ini, kelestarian praktik khitan perempuan dibedah melalui tiga determinan perilaku utama:

- **Faktor Predisposisi (*Predisposing Factors*):** Faktor ini mencakup pengetahuan, keyakinan tradisional, dan konstruksi budaya patriarki yang telah tertanam kuat di benak masyarakat. Penelitian ini menyoroti keyakinan warga yang mengaitkan khitan dengan identitas kesucian (seperti filosofi *Besuci*), serta mitos patriarki bahwa anak perempuan yang tidak dikhitan akan tumbuh dengan sifat binal, "ganjel", genit, "centil", hingga memiliki nafsu seksualitas yang liar. Selain itu, minimnya paparan putusan Fatwa Tarjih membuat masyarakat masih bersandar kuat pada fatwa mazhab Syafi'i yang cenderung mewajibkannya.
- **Faktor Pemungkin (*Enabling Factors*):** Merupakan kondisi lingkungan atau fasilitas yang memungkinkan suatu perilaku terwujud. Di wilayah pedesaan, ketersediaan dan kemudahan akses ke *paraji* (dukun beranak) menjadi fasilitator utama bagi keluarga untuk melakukan praktik invasif. Ironisnya, faktor pemungkin ini juga ditopang oleh strategi kompromi *harm reduction* (khitan simbolik) yang diberikan oleh tenaga kesehatan di fasilitas klinis, yang mana secara tidak langsung justru mempertahankan normalisasi praktik tersebut di ruang publik.
- **Faktor Penguat (*Reinforcing Factors*):** Merupakan unsur sosial yang memberikan dukungan atau hukuman, sehingga memperkuat atau melemahkan suatu perilaku. Tradisi khitan perempuan mendapat paksaan masif dari otoritas sosial, seperti pemuka adat (sosok Datuk di Mentawai), tokoh informal (Kiai/Ustaz), tekanan mertua, hingga organisasi keagamaan lokal.

Kuatnya faktor penguat ini menyebabkan banyak orang tua tetap bersikeras meminta anaknya disunat meskipun telah diberikan edukasi medis secara rasional.

2. ***Health Belief Model*** **(HBM)**

Jika *PRECEDE-PROCEED* melihat dari sisi ekologis, HBM didesain untuk membedah kalkulasi untung-rugi secara kognitif di dalam diri individu. Teori ini berasumsi bahwa individu lebih cenderung mengadopsi perilaku sehat apabila mereka percaya bahwa manfaatnya lebih besar daripada hambatannya. Melalui lensa HBM, penelitian ini menganalisis:

- **Persepsi Kerentanan dan Keparahan (*Perceived Susceptibility & Severity*):** Penelitian menemukan adanya anomali yang mencolok dalam persepsi risiko warga. Mayoritas keluarga tidak merasa anak perempuannya rentan terancam oleh keparahan infeksi klinis atau pendarahan. Sebaliknya, mereka merasa jauh lebih rentan dan takut terkena sanksi sosial kultural, seperti dituduh melanggar tradisi adiluhung budaya lokal jika tidak melakukan khitan.
- **Persepsi Hambatan dan Manfaat (*Perceived Barriers & Benefits*):** Solusi untuk tidak menyunat anak dirasa tidak membawa manfaat (keuntungan) bagi warga yang terlanjur meyakini tindakan itu sebagai pencegah sifat liar. Di sisi lain, hambatan (*barriers*) terbesarnya adalah ketakutan akan memicu konflik sektarian atau bentrokan horizontal dengan kelompok mayoritas jika kampanye pelarangan dilakukan secara konfrontatif.
- **Pemicu Tindakan (*Cues to Action*):** Untuk mengubah perilaku, diperlukan stimulus taktis untuk membangun efikasi diri (*self-efficacy*) para orang tua agar berani menolak tekanan keluarga besar. Pemicu tindakan yang dieksplorasi meliputi edukasi *door-to-door* oleh kader *Corps Mobile Aisyiyah* (CMA) serta integrasi materi reproduksi ke dalam kurikulum wajib Al-Islam dan Kemuhammadiyahan (AIK) di kampus.

C. Subjek dan Informan Penelitian

Mengingat penelitian ini bersifat kualitatif, penentuan subjek tidak didasarkan pada representasi statistik, melainkan menggunakan teknik *purposive sampling*. Penggalian data dilakukan secara mendalam dan tidak dibatasi jumlahnya hingga peneliti mencapai titik jenuh informasi (*saturated*), yakni ketika tidak ada lagi informasi atau tema baru yang muncul dari wawancara. Informan dikategorikan ke dalam tiga kelompok utama untuk memastikan triangulasi peran:

- **Informan Utama:** Kelompok ini terdiri dari warga persyarikatan Muhammadiyah yang secara langsung melakukan, memfasilitasi, atau mengetahui dengan pasti keberlangsungan praktik khitan perempuan di dalam keluarga atau lingkungan terdekatnya. Pendekatan kepada warga ini penting untuk memotret realitas pemahaman di tingkat akar rumput tanpa perantara.
- **Informan Kunci:** Kelompok ini diisi oleh para ahli, tokoh agama, dan pemangku kebijakan di struktur organisasi Muhammadiyah. Mereka meliputi perwakilan Pimpinan Wilayah/Daerah Muhammadiyah dan 'Aisyiyah (PWM/PWA, PDM/PDA), Majelis Tarjih dan Tajdid (MTT) yang merumuskan hukum, Majelis Pembinaan Kesehatan Umum (MPKU), serta Majelis Kesehatan (Makes).
- **Informan Pendukung:** Kelompok ini berperan memberikan perspektif dari sisi operasional dan empiris, yang mencakup para tenaga kesehatan (dokter, bidan, perawat) di Rumah Sakit atau Klinik Muhammadiyah/'Aisyiyah, akademisi/Kepala Program Studi di Perguruan Tinggi Muhammadiyah 'Aisyiyah (PTMA), serta para dukun beranak (*paraji*) atau tukang khitan tradisional yang berinteraksi langsung melayani permintaan masyarakat.

D. Lokasi Penelitian

Lokus penelitian ini dilaksanakan di tiga wilayah strategis di Indonesia, yakni Padang (Sumatera Barat), Jember (Jawa Timur), dan Lombok (Nusa Tenggara Barat). Ketiga wilayah ini dipilih

secara sengaja karena merepresentasikan karakteristik sosial, budaya, demografi, keagamaan, dan tingkat literasi kesehatan yang berbeda terkait praktik FGM/C. Lokasi-lokasi ini difungsikan layaknya tiga "cermin sosial-budaya" yang merefleksikan bagaimana fatwa agama mengalami proses negosiasi, adaptasi, atau bahkan resistensi di lanskap yang beragam:

- **Sumatera Barat (Padang):** Wilayah ini dipilih karena memiliki tradisi intelektual Islam yang kuat dengan filosofi *adat basandi syarak, syarak basandi Kitabullah*. Lokasi ini menampilkan realitas dualisme yang tajam; di wilayah perkotaan Padang yang masyarakatnya terdidik, praktik ini nyaris hilang dan ditinggalkan. Namun, di wilayah periferi kepulauan seperti Mentawai dan Pulau Mandih, tradisi invasif berbahaya (seperti ritual *Bungus*) menggunakan gunting oleh dukun masih marak ditemukan.
- **Jawa Timur (Jember):** Kabupaten ini dipilih karena merepresentasikan wilayah yang sangat kental dengan kultur *Pandalungan* (sebuah perpaduan kuat antara budaya Jawa dan Madura). Masyarakat Jember menempatkan tokoh agama (Kiai/Ustaz) dan tradisi lokal sebagai sumber legitimasi sosial yang mutlak. Wilayah ini menggambarkan sebuah fase transisi sosial, di mana warga Muhammadiyah perkotaan mulai bergeser menolak khitan berkat literasi medis, sementara masyarakat kelas bawah di pedesaan masih tunduk pada stigma budaya patriarki dan nasihat tokoh informal.
- **Nusa Tenggara Barat (Lombok):** Berbeda dengan dua wilayah lainnya, NTB—khususnya Lombok—dipilih karena merepresentasikan fase dominasi kuat dari otoritas agama dan adat yang tak terpisahkan. Masyarakat setempat sangat terikat pada doktrin tradisi Islam Syafi'iyah yang diajarkan oleh para Tuan Guru, di mana khitan diyakini murni sebagai kewajiban mutlak. Praktik ini juga dirayakan melalui ritual identitas budaya seperti *Besuci* dan *Praje*. Kuatnya hegemoni ini memaksa tenaga kesehatan setempat untuk menciptakan strategi adaptasi berupa kompromi khitan simbolik (*harm reduction*).

E. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data primer dilakukan secara interaktif dan mendalam menggunakan instrumen pedoman wawancara kualitatif yang telah disusun dan divalidasi. Metode pengumpulan data mencakup dua instrumen utama:

1. **Wawancara Mendalam (*In-depth Interview*):** Bertujuan menggali narasi personal, riwayat keputusan, dan pergulatan psikologis informan. Proses wawancara difokuskan pada pemahaman riil informan mengenai keberadaan praktik di sekitarnya, ragam standar protokol medis maupun non-medis yang dilakukan, mitigasi pengetahuan mengenai risiko klinis, serta sejauh mana penetrasi sosialisasi Fatwa Tarjih memengaruhi sikap mereka.
2. **Diskusi Kelompok Terpumpun (*Focus Group Discussion*/FGD):** Dilakukan untuk memotret interaksi sosial, perdebatan pandangan, serta konsensus di antara para pemangku kepentingan. Melalui interaksi dalam kelompok, peneliti dapat melihat bagaimana kelompok nakes, pimpinan organisasi, maupun tokoh masyarakat saling bernegosiasi mempertahankan pandangannya mengenai rasionalitas khitan perempuan.

F. Teknik Analisis Data

Seluruh data mentah berupa transkrip wawancara, hasil rekaman FGD, dan catatan lapangan dianalisis secara komprehensif menggunakan analisis tematik (*thematic analysis*) dari kerangka Braun dan Clarke. Metode ini memberikan struktur yang ketat untuk mengidentifikasi pola makna berulang dalam data melalui enam tahapan progresif:

1. **Familiarisasi:** Peneliti memulai dengan merendam diri (*immersing*) dalam data dengan cara membaca catatan, menyimak rekaman audio, dan meninjau transkrip secara berulang untuk mendapatkan pemahaman konseptual yang menyeluruh atas seluruh percakapan.
2. **Koding Awal:** Peneliti membedah dokumen dan memberikan label atau kode-kode spesifik pada setiap kutipan pernyataan yang relevan dengan pertanyaan penelitian, sehingga terbentuk inventarisasi gagasan awal.
3. **Mencari Tema:** Kode-kode yang memiliki kedekatan makna dan konteks kemudian dikelompokkan untuk membentuk tema-tema tentatif. Sebagai contoh, kode tentang ketakutan anak menjadi binal digabungkan ke dalam tema besar "Mitos Patriarki dan Kontrol Seksualitas".
4. **Meninjau Tema:** Tema-tema yang terbentuk kemudian diuji silang (*cross-check*) dengan seluruh dataset untuk memastikan bahwa tema tersebut benar-benar mewakili suara informan secara konsisten, tidak tumpang tindih, dan tidak dipaksakan.
5. **Pendefinisian Tema:** Pada tahap ini, peneliti memoles, memberi nama, dan menyusun definisi serta ruang lingkup yang jelas dan tajam untuk setiap tema final, guna memastikan narasi analisis tidak melenceng.
6. **Penulisan Laporan:** Tahap akhir berupa penyusunan temuan penelitian secara akademik ke dalam narasi laporan yang kaya (*thick description*), objektif, dan dilengkapi dengan penyertaan kutipan langsung (verbatim) dari informan untuk memperkuat argumentasi.

G. Keabsahan Data (Validitas)

Untuk memastikan tingkat kepercayaan (*trustworthiness*) dari temuan yang dihasilkan, serta menghindari bias subjektif peneliti, penelitian ini menerapkan tiga prosedur uji keabsahan data secara ketat:

- **Triangulasi Sumber:** Peneliti memvalidasi sebuah temuan dengan cara membandingkan klaim informasi dari satu kelompok subjek dengan kelompok lainnya. Misalnya, membandingkan alasan rasionalisasi dari sudut pandang orang tua pasien, justifikasi teologis dari tokoh agama, dengan temuan kasus klinis nyata dari catatan tenaga kesehatan untuk mendapatkan gambaran utuh dan konsisten.
- **Triangulasi Metode:** Keabsahan data tidak disandarkan pada satu metode tunggal. Peneliti menggunakan kombinasi dan sinkronisasi antara hasil wawancara, catatan observasi lapangan, serta dokumentasi literatur sekunder untuk memvalidasi setiap kesimpulan yang ditarik.
- ***Member Checking*:** Sebagai bentuk akuntabilitas, peneliti mengembalikan dan menampilkan draf transkrip maupun kerangka interpretasi awal kepada para subjek yang bersangkutan. Langkah ini dilakukan guna memastikan bahwa tidak ada misinterpretasi makna, serta memastikan bahwa data yang dilaporkan adalah akurat dan benar menurut perspektif informan.

H. Etika Penelitian

Penelitian yang melibatkan isu sensitif seputar seksualitas, mutilasi fisik, dan keyakinan agama ini sangat menjunjung tinggi prinsip-prinsip etika penelitian terhadap subjek manusia. Kepada seluruh informan, peneliti secara terbuka menjelaskan mengenai tujuan, urgensi, durasi wawancara, manfaat, serta penggunaan data dari penelitian ini (*informed consent*). Segala identitas privasi, rekam jejak pekerjaan, dan data pribadi informan dijaga kerahasiaannya dengan ketat, terutama mengingat beberapa nakes mengungkapkan adanya praktik prosedural "kebohongan medis" di area abu-abu. Secara kelembagaan, metodologi dan instrumen penelitian ini juga telah dikaji dan memperoleh surat izin kelayakan etik penelitian (*ethical clearance*) secara resmi yang dikeluarkan oleh Komite Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Universitas Muhammadiyah Purwokerto dengan Nomor Registrasi: KEPK/UMP/202/XII/2025.

BAB III
HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Pemahaman Warga Muhammadiyah terhadap Keputusan Majelis Tarjih

Masalah Komunikasi: Mengapa Keputusan Pusat Belum Dimengerti oleh Warga Bawah

Dari sudut pandang aturan resmi organisasi, Majelis Tarjih Pimpinan Pusat Muhammadiyah sebenarnya telah menetapkan keputusan hukum yang sangat progresif dengan menyatakan bahwa praktik khitan perempuan berstatus *ghairu masyru'* atau tidak disyariatkan. Langkah pembaruan hukum Islam ini didasarkan pada pembacaan teks keagamaan secara luas dan menyeluruh yang tidak lagi kaku, melainkan sangat memperhatikan perlindungan hak reproduksi perempuan (Mundzir & Muthmainnah, 2022). Kendati demikian, situasi di tataran nyata menunjukkan cerita yang berbeda akibat adanya kemacetan penyampaian informasi yang masif dari pengurus tingkat atas ke tingkat bawah. Pola penyebaran informasi yang belum menyentuh level pengurus ranting ini menyebabkan keputusan resmi tersebut belum mampu berubah menjadi kesadaran bersama yang merata di tingkat warga biasa (Kurniawati, 2021). Hambatan tersebut diperparah oleh kecenderungan pengurus pusat yang sering kali menganggap sebuah keputusan otomatis langsung dipahami oleh warga begitu teks resminya selesai dicetak ke dalam buku keputusan organisasi.

Kondisi kurangnya informasi ini diakui secara terbuka oleh para pengurus di tingkat wilayah yang seharusnya menjadi penyambung lidah pusat dalam mengedukasi warga. Sebagaimana dipaparkan oleh Bapak Hendri Dodi (54 tahun) selaku Sekretaris Majelis Pembinaan Kesehatan Umum (MPKU) Pimpinan Wilayah Muhammadiyah (PWM) Sumatera Barat, informasi mengenai keputusan larangan tersebut justru baru diketahuinya secara pribadi melalui berita di media luar. Hal ini ditegaskan langsung oleh beliau, *"Belum pernah mendapatkan secara lengkap fatwa tarjih tentang sunat perempuan hanya pernah mendengar saja... Dari media di luar media resmi muhammadiyah*". Ketiadaan instruksi resmi, rapat koordinasi, ataupun surat edaran sosialisasi di internal PWM Sumatera Barat mencerminkan dibahwa jalur birokrasi organisasi belum berjalan optimal dalam menyampaikan kebijakan pusat. Realitas minimnya informasi ini nyatanya tidak hanya terjadi di wilayah Sumatera Barat, melainkan juga mengemuka di kawasan Indonesia Tengah. Hal tersebut terlihat dari pengakuan Ustaz Najamuddin selaku Ketua Majelis Tarjih dan Tajdid PWM Nusa Tenggara Barat (NTB) sekaligus Direktur Pendidikan Ulama Tarjih Muhammadiyah (PUTM) Ma'had Khalid bin Walid, yang baru mendengar obrolan mengenai keputusan ini secara kebetulan melalui diskusi santai bersama Prof. Alimatul Qibtiyah di Yogyakarta pada akhir tahun 2025. Lambatnya penyebaran informasi ini memperlihatkan adanya pola bahwa sirkulasi keputusan baru di Muhammadiyah masih cenderung berputar di lingkungan pengurus inti dan terpusat di pulau Jawa saja, sehingga membutuhkan waktu bertahun-tahun untuk bisa sampai ke daerah luar melalui jalur tidak resmi.

Dampak dari lemahnya penyampaian informasi ini pada akhirnya turut membuat lembaga pendidikan tinggi milik organisasi yang seharusnya menjadi pusat pembelajaran bagi generasi muda ikut tidak tahu. Kampus-kampus Perguruan Tinggi Muhammadiyah 'Aisyiyah (PTMA) di daerah terpantau belum memasukkan keputusan ini ke dalam materi perkuliahan mereka. Realitas ini diakui oleh Bapak H (43 tahun) selaku Dekan Fakultas Agama Islam (FAI) Universitas Muhammadiyah Sumatera Barat (UMSB), yang menyebutkan bahwa pembahasan mengenai khitan perempuan belum pernah dipahami secara detail maupun dibahas secara khusus di fakultasnya. Keterbatasan akses informasi ini diperkuat oleh kesaksian Ibu Dewi Urifah, Lc., M.Pd., seorang dosen senior yang telah mengajar selama sepuluh tahun di Universitas Muhammadiyah Mataram (UMMAT), di mana isu ketidakharusan khitan perempuan ini belum pernah masuk ke dalam materi perkuliahan ataupun didiskusikan dalam forum dosen. Ibu Dewi Urifah mengakui secara terbuka minimnya wacana ini di tingkat perguruan tinggi dengan menyatakan, *"Tidak ada kalau di kampus. Iya, cuma di Aisyiyah itu sering digencarkan... Tapi*

kalau di kampus sendiri itu nggak ada isu-isu itu...". Ketertinggalan pembahasan di tingkat fakultas ini sejalan dengan analisis Harmina dkk. (2023).Ibu yang menemukan bahwa mahasiswa ilmu agama sekalipun akan tetap mengikuti pandangan lama yang berat sebelah jika kurikulum kampus mereka tidak mengenalkan argumen pembaruan keagamaan secara jelas. Kesenjangan pengetahuan ini mempertegas adanya kelemahan dalam sistem komunikasi organisasi yang membuat gerak pemikiran kampus di daerah menjadi tidak sejalan dengan keputusan hukum yang dilahirkan oleh pengurus pusat.

Perbedaan Pandangan: Mengapa Pemahaman Agama Warga Menjadi Beragam

Kondisi penyebaran keputusan yang tidak merata tersebut pada gilirannya membuat pemahaman warga menjadi terbelah, serta memicu perbedaan pandangan keagamaan yang cukup tajam di kalangan warga Muhammadiyah. Pada tataran pengurus inti dan dosen-dosen senior yang memiliki akses langsung ke dokumen organisasi, tingkat pemahaman mereka sudah sangat maju. Mereka memandang keputusan tidak adanya syariat khitan ini sebagai sebuah langkah dinamis yang menempatkan perlindungan tubuh perempuan di atas segala-galanya. Jika ditinjau dari pemikiran hermeneutika Fazlur Rahman, penolakan ini didasarkan pada argumen bahwa inti ajaran Islam yang menekankan keadilan sosial, kesetaraan, dan perlindungan dari marabahaya secara logis harus membatalkan aturan-aturan masa lalu yang membolehkan tindakan melukai alat kelamin perempuan (Rakhman, 2023). Namun, cara pandang yang luas ini berbanding terbalik dengan situasi warga biasa dan simpatisan di tingkat bawah yang pengetahuannya masih sebatas apa yang tampak di permukaan. Warga biasa cenderung mengalami salah paham karena dasar pemikiran keagamaan mereka tidak dibentuk oleh dokumen resmi organisasi, melainkan oleh khotbah-khotbah umum serta pengajian kampung yang masih sangat tradisional.

Kebuntuan cara berpikir di tingkat warga bawah ini semakin diperparah oleh keterikatan sosial keagamaan warga terhadap pandangan mazhab fikih lama, terutama Mazhab Syafi'i yang secara budaya mendominasi pemikiran masyarakat di Indonesia. Di dalam buku-buku fikih Syafi'i klasik, terdapat pandangan umum yang mengartikan khitan perempuan sebagai sebuah tindakan yang wajib, atau minimal sebagai bentuk kemuliaan bagi perempuan melalui pembacaan teks keagamaan secara apa adanya (Gusnanda & Wijaya, 2023). Akibatnya, ketika warga Muhammadiyah di daerah dihadapkan pada pilihan antara keputusan organisasi yang baru mereka dengar samar-samar dengan pandangan mazhab yang sudah mereka yakini sejak kecil, mereka mengalami kebingungan dalam memilih. Mereka tetap menganggap diri mereka sebagai bagian dari warga Muhammadiyah yang berpikiran modern, tetapi untuk urusan keluarga di rumah, mereka memilih mengikuti keputusan fikih lama. Realitas dilematis ini memperkuat argumen Rouzi (2013) bahwa perbedaan pandangan di kalangan Muslim sering kali terjadi karena masyarakat awam belum mampu membedakan antara prinsip utama ajaran agama yang berlaku universal dengan produk pemikiran hukum ulama masa lalu yang sangat terikat oleh kondisi zamannya. Keterbatasan cara memahami inilah yang membuat hujah ilmiah dari pengurus pusat mengenai lemahnya riwayat sejarah tentang khitan perempuan ditolak secara diam-diam oleh warga yang masih terpaku pada pola pikir fikih klasik.

Hambatan dalam Menerima Kesadaran Baru

Lambatnya penerimaan kesadaran keagamaan baru mengenai penolakan khitan perempuan ini juga dipengaruhi secara mendalam oleh kuatnya cengkeraman tradisi lokal yang telah diwariskan secara turun-temurun di berbagai kelompok masyarakat Indonesia (Sulahyuningsih dkk., 2021). Melalui sudut pandang budaya, khitan perempuan pada dasarnya merupakan sebuah kebiasaan kuno yang telah ada jauh sebelum kedatangan agama Islam, namun mengalami proses percampuran budaya sehingga dianggap secara keliru sebagai bagian dari ajaran Islam (Rouzi, 2013). Di Kabupaten Jember, Jawa Timur, kelangsungan praktik ini didorong oleh kuatnya budaya Pandalungan sebuah perpaduan budaya antara masyarakat Jawa dan Madura yang memiliki ciri khas kehidupan agraris yang sangat patuh pada petuah orang tua. Terutama pada masyarakat kelas menengah ke bawah, khitan perempuan tidak dilihat sebagai masalah medis, melainkan kewajiban sosial yang jika dilanggar akan membuat malu keluarga. Realitas sosial budaya ini disaksikan langsung oleh Bapak Cipto (Ketua MPKU PDM Jember) dan Ibu

Fitratul Muaridah (Ketua Pimpinan Daerah 'Aisyiyah Jember), di mana suara lingkungan tetangga dan nasihat orang tua jauh lebih didengar oleh seorang ibu muda daripada keputusan resmi organisasi.

Perwujudan bias budaya ini berubah menjadi ritual adat kedewasaan yang sakral dan mendapat dukungan sosial yang sangat kuat dari lingkungan di luar organisasi. Di Sumatera Barat, Bidan Asnah (33 tahun) dari RSU Aisyiyah Padang mencatat masih adanya tradisi bersama bernama "Bungus" yang dipertahankan secara kuat oleh masyarakat di Pulau Mandih serta Suku Nias di Kepulauan Mentawai. Pengaruh adat lokal yang mengakar membuat instruksi keagamaan yang modern sering kali kalah bersaing dengan pengaruh hukum adat. Sementara di Nusa Tenggara Barat, masyarakat awam melestarikan tradisi sejenis melalui ritual "Besuci" di wilayah Lombok Timur, serta ritual adat "Praje" di Lombok Barat. Dalam ritual "Praje", anak perempuan yang akan dikhitan didandani dengan pakaian mewah lalu diarak keliling desa menggunakan tandu sebagai simbol status sosial keluarga. Keterikatan adat yang kuat ini memiliki pola sosial yang serupa dengan tradisi "Makkatte'" pada suku Bugis di Sulawesi Selatan, di mana prosesi khitan perempuan diyakini sebagai syarat mutlak agar seorang anak sah keislamannya (Ramadhani dkk., 2024). Ketika sebuah tindakan melukai fisik telah bercampur dengan harga diri, gengsi sosial, dan hiburan kampung, maka keputusan keagamaan yang melarang tindakan tersebut akan dipandang secara negatif sebagai upaya perusakan terhadap nilai luhur adat leluhur.

Di balik kokohnya pelestarian ritual adat tersebut, terdapat mitos-mitos lama yang secara tidak sadar berfungsi untuk mengontrol tubuh dan seksualitas perempuan (Harmina dkk., 2023). Komunitas lokal secara turun-temurun memelihara pandangan buruk bahwa anak perempuan yang tidak menjalani prosesi khitan bagian intimnya akan terasa mengganjal secara fisik saat berjalan. Lebih jauh, terdapat ketakutan moral yang disebarkan oleh lingkungan luar bahwa perempuan yang tidak dikhitan akan tumbuh menjadi pribadi yang tidak bermoral, berperilaku genit, serta memiliki nafsu seksual yang liar dan tidak terkontrol saat dewasa kelak (Varol dkk., 2015). Sebagaimana digarisbawahi dalam kajian sosial agama oleh Wahyuni & Halim (2022), mitos-mitos ini pada dasarnya merupakan bentuk ketidakadilan sosial yang berat sebelah, di mana penjinakan nafsu perempuan dilakukan melalui pemaksaan fisik sejak bayi tanpa pernah dibebani standar moralitas fisik yang sama pada kaum laki-laki. Di bawah bayang-bayang ketakutan akan sanksi sosial berupa ejekan dan pengucilan tetangga inilah, para orang tua di tingkat bawah akhirnya memilih menyerah dan tetap membiarkan anak perempuan mereka mengikuti pisau tradisi lama.

Dilema Etis Tenaga Kesehatan dan Fenomena (Khitan Simbolis)

Dari perspektif medis, mayoritas tenaga kesehatan di jaringan rumah sakit dan klinik Muhammadiyah/'Aisyiyah memiliki posisi ilmiah yang jelas: mereka menolak keras tindakan khitan perempuan karena ketiadaan alasan medis, ketiadaan panduan profesi, serta besarnya potensi bahaya fisik (Rahmawati & Maknun, 2017). Di Klinik Lombok Utara, Bidan Linda Rosdiana dan Perawat Hana secara konsisten mengedukasi pasien bahwa tindakan tersebut tidak membawa manfaat kesehatan apa pun, melainkan memicu trauma psikologis jangka panjang, pendarahan, hingga infeksi saluran kemih. Dampak fatal akibat tindakan pemotongan ini terbukti secara nyata di lapangan. Bidan Asnah di RSU Aisyiyah Padang menceritasakan bahwa pada tahun 2021, pihaknya menerima rujukan medis seorang bayi perempuan dari daerah pedalaman Kepulauan Mentawai yang mengalami pendarahan hebat pada area klitorisnya akibat tindakan pemotongan menggunakan gunting oleh seorang dukun beranak (paraji). Tragedi nyata ini sejalan dengan laporan global dari *The Guardian* (2019) yang mencatat banyak kasus anak perempuan di berbagai belahan dunia meninggal dunia kehabisan darah akibat infeksi akut pasca-khitan tradisional yang melukai fisik. Penolakan berbasis risiko kesehatan ini akhirnya melahirkan kebijakan internal yang ketat di RS Universitas Muhammadiyah Jember, di mana dr. Adel (Kepala Bidang Pelayanan Medis), Bidan Kindi (Kepala Ruangan Maternal), dan Perawat Mahbudeh menegaskan komitmen manajemen untuk mematuhi regulasi global WHO dan surat edaran

resmi dari Ikatan Bidan Indonesia (IBI) dengan menolak melayani permintaan khitan perempuan dalam bentuk apa pun di ruang bersalin.

Kendati pendekatan medis dari para nakes ini sangat kuat dan rasional, dalam praktiknya mereka terjebak dalam dilema etis pekerjaan yang berat ketika berhadapan dengan tembok kefanaan budaya pasien. Para nakes sering kali mengalami benturan antara keharusan untuk menghargai adat pasien dan kewajiban utama untuk menjaga keselamatan klinis pasien (Dawson dkk., 2015). Bidan Asnah memaparkan realitas kontradiktif di RSU Aisyiyah Padang: dari setiap 100 orang tua yang diberikan edukasi menyeluruh mengenai larangan medis, sekitar 40 hingga 60 orang di antaranya tetap bersikeras, menolak pemahaman medis, dan memaksa agar anak perempuan mereka tetap dikhitan hari itu juga. Tenaga kesehatan berada pada posisi serba salah; jika mereka menolak secara mutlak, para orang tua tersebut akan membawa bayinya ke dukun tradisional atau paraji di luar rumah sakit yang menggunakan alat tidak steril dan metode pemotongan berbahaya yang mengancam nyawa anak.

Menyikapi kebuntuan sosial budaya tersebut, para tenaga kesehatan di lapangan akhirnya merumuskan strategi jalan tengah budaya yang dikenal dengan pendekatan pengurangan risiko dampak buruk. Praktik ini mewujud dalam bentuk tindakan medis semu, yaitu pergeseran dari tindakan pemotongan fisik yang melukai menuju tindakan "khitan simbolis" tanpa melukai organ intim anak sama sekali (Zacharias & Natar, 2020). Bidan Wahyu Ika Purnami di Lombok Timur mengungkapkan bahwa sejak era tahun 2020-an, bidan-bidan di wilayahnya secara bersama-sama sudah membuat kesepakatan rahasia untuk tidak melakukan penggoresan pada jaringan klitoris bayi perempuan. Mereka mengubah prosedur tersebut dengan hanya mengusap atau membersihkan kemaluan bayi menggunakan kain kasa steril yang diberi cairan antiseptik. Prosedur usapan ini sengaja dilakukan sebagai "kebohongan medis yang bijak" demi memuaskan keinginan orang tua agar mereka mengira prosesi khitan telah selesai secara adat. Praktik ini diceritakan secara gamblang oleh Bidan Wahyu Ika Purnami, *"Tahun-tahun 2021, 2022 itu cuma di-swab, dibersihkan pakai kasa, itu saja... Enggak ada berani lagi sekarang. Sebenarnya kan kadang-kadang dibilang kayak 'pembohongan'. 'Jangan dilihat,' katanya gitu kan sama bapaknya. 'Mana?' 'Sudah kami lakukan.* Dengan demikian, anak mereka aman dari cemoohan tetangga di kampung, sementara di sisi lain fisik bayi terlindungi 100% dari luka penorehan. Fenomena pergeseran besar ini juga diamati langsung oleh Ibu Dewi Urifah di Mataram, di mana prosesi khitan yang dipimpin tokoh adat pun bergeser menjadi ritual pembersihan higienis tanpa melibatkan pemotongan fisik pada anak perempuan. Namun, potret penanganan di area abu-abu ini memicu perdebatan kritis di tingkat teori. Studi global oleh Yang dkk. (2020) mencatat bahwa meskipun strategi jalan tengah ini sukses menyelamatkan anak dari luka fisik akut, di sisi lain ia dikritik tajam oleh para aktivis hak perempuan karena dianggap melanggengkan tradisi semu dan memperpanjang usia mitos lama di masyarakat dengan kedok "aman secara medis".

Sikap Ketegasan Gerakan Perempuan 'Aisyiyah: Penggerak Utama dalam Mengedukasi Warga

Di tengah lambatnya kepengurusan pengurus laki-laki Muhammadiyah, organisasi perempuan Muhammadiyah, yaitu 'Aisyiyah, justru tampil sebagai motor penggerak utama yang paling lincah di lapangan. Pimpinan Daerah 'Aisyiyah (PDA) di berbagai daerah menunjukkan kinerja gerakan sosial yang sangat rapi, maju, dan aktif dalam mengampanyekan gerakan penolakan sunat perempuan. Mereka bergerak memanfaatkan kelenturan gerakan perempuan untuk masuk ke dalam ruang-ruang obrolan rumah tangga yang tidak bisa dijangkau oleh pengurus laki-laki. Realitas gerakan yang gigih ini sejalan dengan catatan sejarah mengenai gerakan sosial Islam, di mana dalam isu-isu kesehatan reproduksi dan perlindungan anak, insting sosial dan kedekatan emosional kader perempuan sering kali jauh lebih cepat tanggap dan taktis di lapangan dibandingkan dengan organisasi induknya (Ibrahim dkk., 2022). 'Aisyiyah membuktikan bahwa mereka mampu menerjemahkan keputusan keagamaan yang rumit menjadi bahasa gerakan yang membumi dan menyentuh kesadaran para ibu di tingkat bawah.

Di Nusa Tenggara Barat, gerakan 'Aisyiyah menunjukkan taji gerakan yang sangat cerdas pasca-sosialisasi program Pencegahan Praktik Sunat Perempuan (P2GP) yang digelar bersama Kementerian

Kesehatan RI pada tahun 2024. Ibu Nurul, salah satu pengurus di PDA NTB, menjelaskan bahwa kader-kader 'Aisyiyah di wilayahnya bergerak masif melakukan edukasi publik dengan cara menggabungkan program kesehatan pemerintah dengan struktur organisasi mereka. Strategi edukasi ini menjadi sangat kuat karena mereka pandai memanfaatkan dukungan aturan dari pemerintah daerah, yaitu dengan bergerak membawa Surat Edaran Gubernur NTB terkait pencegahan pernikahan dini dan perlindungan anak. Keberhasilan ini memperkuat pandangan analisis kebijakan publik bahwa gerakan sosial keagamaan akan mencapai hasil terbaik apabila mampu bekerja sama dengan kebijakan hukum resmi dari pemerintah negara (Zacharias & Natar, 2020). Dengan menyandingkan argumen keagamaan Muhammadiyah, data medis Kemenkes, dan kekuatan hukum Surat Edaran Gubernur, kader 'Aisyiyah NTB memiliki posisi yang kuat saat berhadapan dengan tokoh adat lama di pelosok Lombok untuk menjelaskan mengapa sunat perempuan harus dihentikan.

Salah satu potret gerakan sosial paling cerdas dan maju dalam penelitian ini ditemukan di Kabupaten Jember. Menyadari bahwa belenggu budaya lokal terlalu tebal jika dihadapi sendirian, PDA Jember di bawah kepemimpinan Ibu Fitratul Muaridah (periode kepengurusan 2022-2027) mengambil langkah kerja sama yang tidak biasa dengan membangun koalisi bersama Fatayat Nahdlatul Ulama (NU) Jember. Langkah kerja sama lintas organisasi ini merupakan sebuah strategi kebudayaan yang sangat taktis. Di wilayah Jember, masyarakatnya terbagi menjadi warga NU dan warga Muhammadiyah. Ketika kader 'Aisyiyah dan kader Fatayat NU berdiri bersama di atas panggung pengajian yang sama dan menyuarakan pesan penolakan yang sama, maka sekat perbedaan aliran di kalangan masyarakat langsung runtuh. Kerja sama kebudayaan ini memperlihatkan secara jelas bahwa bersatunya organisasi-organisasi besar dalam isu sosial kemanusiaan adalah senjata paling ampuh untuk meruntuhkan pandangan kolot di tingkat warga bawah (Mundzir & Muthmainnah, 2022). Warga biasa tidak bisa lagi menggunakan alasan "perbedaan organisasi" untuk menolak, karena dua otoritas keagamaan terbesar di wilayah mereka sudah bersatu suara melarang praktik tersebut.

Selain membangun kerja sama di luar, PDA Jember juga melakukan pembenahan internal secara disiplin dengan memasukkan materi pelarangan khitan perempuan ke dalam sistem kurikulum pelatihan resmi mereka. Langkah ini diambil untuk memastikan bahwa tidak ada satu pun kader perempuan Muhammadiyah yang tidak tahu mengenai keputusan organisasinya sendiri. Mereka memasukkan isu ini ke dalam tiga jalur pelatihan utama: materi kajian *Corps Mobile Aisyiyah* (CMA) dari tingkat Cabang hingga ke tingkat Ranting di desa-desa, kurikulum *Tarbiyatul Mara Aisyiyah* (TMA) yang merupakan sekolah kader perempuan, serta silabus pembinaan Angkatan Muda Muhammadiyah (AMM) seperti Nasyiatul 'Aisyiyah dan Ikatan Mahasiswa Muhammadiyah. Sementara di wilayah barat, Ibu Asni (58 tahun) selaku Sekretaris PWA Padang menyebutkan bahwa gerakan edukasi serupa mulai berjalan gencar sejak tahun 2025 setelah mendapatkan pembekalan langsung dari Majelis Kesehatan PP 'Aisyiyah. Langkah penanaman nilai baru yang berjalan secara terstruktur di dalam kurikulum pelatihan internal ini terbukti jauh lebih efektif menciptakan perubahan perilaku jangka panjang dibandingkan dengan kampanye umum yang bersifat sementara (Kurniawati, 2021). Melalui penataan kurikulum ini, 'Aisyiyah berhasil mencetak ribuan kader perempuan yang siap menjadi benteng pertahanan pertama bagi perlindungan anak perempuan di lingkungan keluarga mereka masing-masing.

Langkah Kampus dan Kebijakan Lokal: Cara Muhammadiyah Mencetak Agen Perubahan

Untuk memutus mata rantai tradisi lama dan salah paham keagamaan ini secara permanen, strategi utama yang paling mendesak adalah melakukan perbaikan menyeluruh di dalam kurikulum universitas milik Muhammadiyah (PTMA). Berdasarkan analisis pada Lembaga Pengembangan perkuliahan keagamaan di tiga kampus utama (UM Jember, UMSB, dan UMMAT), ditemukan kelemahan awal di mana keputusan progresif dari pusat ini belum dimasukkan sama sekali ke dalam kurikulum resmi perkuliahan mahasiswa. Guna mengatasi celah tersebut, para akademisi mendorong adanya perbaikan silabus perkuliahan AIK sebagai metode formal dalam memahamkan generasi baru. Ibu Dewi Urifah (Dosen UMMAT) merekomendasikan agar keputusan perlindungan reproduksi perempuan ini

dimasukkan secara khusus pada mata kuliah Fikih Muamalah, materi Akhlak, serta diwajibkan dalam materi pelatihan kader *Baitul Arqom* yang diikuti secara berkala oleh seluruh mahasiswa dan 120 dosen kontrak di lingkungan UMMAT. Selaras dengan gagasan tersebut, Bapak H selaku Dekan FAI UMSB melihat peluang strategis untuk menyisipkan isu ini ke dalam kurikulum mata kuliah Hukum Keluarga (*Fikih Munakahat*), forum pengenalan mahasiswa baru, serta pelatihan kepemimpinan dasar organisasi. Usaha perbaikan kurikulum di perguruan tinggi keagamaan ini memiliki efektivitas tinggi dalam mengubah cara beragama mahasiswa secara mendasar (Harmina dkk., 2023). Ketika mahasiswa sejak awal diajarkan untuk memahami keputusan agama bukan sebagai aturan kaku melainkan sebagai solusi kemanusiaan yang berbasis ilmu agama dan ilmu medis, mereka akan lulus sebagai pembawa perubahan yang menghargai hak reproduksi perempuan di lingkungan sosialnya.

Dampak nyata dari keberhasilan proses memahami melalui jalur kampus dan memahamkan lewat tindakan nyata ini tercermin secara sempurna pada sosok Bapak Abdul Khamil, yang saat ini menjabat sebagai Lurah Kaliwates di Kabupaten Jember. Beliau memiliki latar belakang pendidikan Muhammadiyah yang kuat sebagai alumni SMA Muhammadiyah 3 Jember dan menempuh perkuliahan pada tahun 1999-2004. Dasar pemikiran kritis yang didapatkannya selama masa kuliah, ditambah dengan kesepahaman dengan istrinya yang merupakan seorang lulusan Kesehatan Masyarakat (S.KM), membuat beliau berani mengambil keputusan besar untuk memutus rantai tradisi keluarganya dengan menolak mengkhitan ketiga anak perempuannya. Tidak berhenti di dalam rumah tangga kecilnya, sebagai pejabat pemerintah lokal, Lurah Abdul Khamil langsung mengubah kesadaran pribadinya menjadi kebijakan publik dengan menggerakkan 5 kader Posyandu di wilayah kerjanya. Para kader kesehatan ini dibekali materi mengenai bahaya medis dan penjelasan agama untuk mengedukasi warga secara berkala dari rumah ke rumah. Langkah strategis ini sejalan dengan studi pembangunan yang menunjukkan bahwa keterlibatan aktif tokoh laki-laki dan pejabat lokal yang memegang kekuasaan pemerintahan adalah faktor penentu tercepat dalam keberhasilan penghapusan praktik tradisi berbahaya di masyarakat (Varol dkk., 2015). Kisah sukses Lurah Abdul Khamil membuktikan bahwa perpaduan antara edukasi di kampus dan tindakan nyata posyandu di kelurahan merupakan contoh terbaik dalam mewujudkan perubahan pemahaman warga secara nyata, luwes, dan berkelanjutan.

Meskipun Majelis Tarjih Pimpinan Pusat Muhammadiyah telah mengambil langkah progresif dengan menetapkan bahwa khitan perempuan tidak disyariatkan (*ghairu masyru'*), terdapat kesenjangan yang lebar antara kebijakan pusat dan realitas di tingkat akar rumput akibat kemacetan jalur komunikasi organisasi dan minimnya sosialisasi di tingkat daerah. Kondisi ini diperumit oleh dominasi pandangan fikih klasik serta cengkeraman tradisi lokal yang kuat seperti ritual *Bungus*, *Besuci*, atau *Makkatte'* yang sering kali didukung oleh mitos kontrol seksualitas perempuan dan tekanan sosial lingkungan. Di tengah dilema etis tenaga kesehatan yang menghadapi tuntutan budaya, muncul strategi "khitan simbolis" sebagai upaya pengurangan risiko fisik bagi anak. Namun, harapan besar muncul melalui gerakan lincah Aisyiyah yang secara cerdas berkolaborasi dengan pemerintah serta organisasi lintas agama (seperti Fatayat NU) untuk melakukan edukasi berbasis komunitas. Kesimpulannya, pemutusan rantai tradisi ini memerlukan upaya terstruktur melalui perbaikan kurikulum di Perguruan Tinggi Muhammadiyah 'Aisyiyah (PTMA) dan penguatan peran tokoh lokal sebagai agen perubahan untuk memastikan perlindungan hak reproduksi perempuan dapat terwujud secara nyata dan berkelanjutan.

B. Akar Motivasi Praktik Khitan Perempuan

Praktik khitan perempuan atau *Female Genital Mutilation* (FGM) di kalangan warga Muhammadiyah dan masyarakat sekitarnya tidak lahir dari ruang hampa, melainkan didorong oleh pertautan kompleks antara legitimasi agama, mitos kontrol seksualitas patriarki, kepatuhan buta pada tradisi turun-temurun, serta asumsi keliru tentang estetika dan kebersihan. Meskipun secara institusional Muhammadiyah melalui Majelis Tarjih telah menghukumi praktik ini sebagai *ghairu masyru'* (tidak disyariatkan), realitas di lapangan menunjukkan bahwa motivasi masyarakat untuk tetap melestarikan khitan perempuan sangatlah kuat dan berakar dalam. Temuan lapangan dari tiga wilayah penelitian Jember,

Nusa Tenggara Barat (NTB), dan Sumatera Barat mengindikasikan bahwa motivasi tersebut bersifat multidimensi dan saling menguatkan, sehingga membentuk ketahanan budaya yang luar biasa terhadap intervensi medis maupun fatwa keagamaan yang reformatif.

Legitimasi Agama dan Konstruksi Kesempurnaan Muslimah

Motivasi pertama dan yang paling dominan adalah legitimasi agama yang bersumber dari interpretasi teologis tertentu, khususnya pengaruh kuat Mazhab Syafi'i di kalangan masyarakat akar rumput. Di Nusa Tenggara Barat, Ustaz Najamuddin, Ketua Majelis Tarjih dan Tajdid PWM NTB sekaligus Mudir PUTM Ma'had Khalid bin Walid, mengkonfirmasi bahwa mayoritas masyarakat berpegang teguh pada pandangan Mazhab Syafi'i yang menganggap khitan wajib bagi laki-laki maupun perempuan. Legitimasi mazhab ini menjadi tameng kokoh yang sulit ditembus oleh argumentasi medis maupun fatwa Tarjih Muhammadiyah yang lebih reformatif. Bidan Wahyu Ika Purnami di Lombok Timur menjelaskan bahwa masyarakat memegang filosofi "Besuci" yang dimaknai sebagai upaya menyucikan diri perempuan layaknya laki-laki yang disunat. Masyarakat meyakini bahwa seorang perempuan belum dapat dikatakan sempurna keislamannya jika belum menjalani ritual khitan.

Keyakinan serupa, meskipun dalam bingkai budaya yang berbeda, juga ditemukan di wilayah Sumatera Barat. Bidan Asnah (33 tahun), tenaga medis di Instalasi Rawat Inap RSU Aisyiyah Padang, menyebutkan bahwa bagi masyarakat yang berasal dari Kepulauan Mentawai (Suku Nias) dan Pulau Mandih, terdapat keyakinan kuat bahwa perempuan wajib dimuliakan melalui khitan, dan seorang perempuan belum dapat dikatakan sebagai muslim sejati jika belum tersunat. Kepatuhan terhadap otoritas agama ini begitu dominan sehingga mengalahkan pertimbangan rasional-medis. Bidan Wahyu Ika Purnami menambahkan bahwa ketika masyarakat di Lombok Timur dihadapkan pada pilihan antara argumen medis yang melarang dan argumen tokoh agama yang membolehkan, mereka secara kultural akan lebih memilih patuh pada agama karena aturannya dirasa "sangat kencang" atau mengikat secara moral dan spiritual (Farida et al., 2017).

Jika dianalisis menggunakan kerangka *Health Belief Model* (HBM), fenomena ini menunjukkan anomali persepsi risiko di mana ancaman kesehatan fisik (infeksi, pendarahan, komplikasi jangka panjang) tidak sebanding dengan ancaman "kegagalan" religius di mata masyarakat. Persepsi keparahan (*perceived severity*) tidak dilekatkan pada risiko medis, melainkan pada sanksi sosial-keagamaan, yakni status keislaman yang dianggap tidak sempurna atau bahkan tidak sah (Kam & Lee, 2024). Hal ini sejalan dengan temuan Harmina et al. (2023) bahwa sebagian Generasi Z berlatar belakang pendidikan agama masih mewarisi persepsi bahwa khitan perempuan berfungsi sebagai sarana meredam hawa nafsu dan menyempurnakan ibadah. Dengan demikian, legitimasi agama meskipun secara objektif terbantahkan oleh kritik sanad hadis dari para ulama Muhammadiyah tetap berfungsi sebagai mesin penggerak utama praktik ini di masyarakat akar rumput.

Mitos Patriarki: Khitan sebagai Instrumen Kontrol Seksualitas Perempuan

Motivasi kedua yang tidak kalah kuatnya berasal dari mitos patriarki yang bertujuan untuk mengontrol seksualitas dan perilaku perempuan. Mitos ini tersebar luas di hampir seluruh wilayah penelitian dengan varian narasi yang serupa, menunjukkan adanya pola budaya lintas daerah yang menyamakan tubuh perempuan dengan sesuatu yang kotor, liar, dan perlu dijinakkan melalui mutilasi genital. Di Kabupaten Jember, Ibu Fitratul Muaridah, Ketua Pimpinan Daerah 'Aisyiyah (PDA) Jember periode 2022-2027, mengungkapkan bahwa masyarakat meyakini khitan berfungsi sebagai penjagaan birahi perempuan agar lebih "jinak" atau terjaga secara sosial. Ketakutan sosial ini diekspresikan melalui kekerasan verbal yang melekat pada anak perempuan yang tidak disunat; mereka akan dicap sebagai anak yang merasa "ganjel", berperilaku "centil", "genit", atau "liar nafsu seksnya".

Bapak Abdul Khamil, Lurah Kaliwates Kabupaten Jember sekaligus alumni SMA Muhammadiyah 3, menuturkan kuatnya stigma masyarakat yang meyakini bahwa khitan dilakukan untuk mengekang gairah atau libido perempuan yang berlebihan, serta agar anak perempuan tersebut tidak menjadi

"petakilan" atau "pecicilan" dalam pergaulan sehari-hari. Stigma ini tidak hanya berhenti pada tataran wacana, tetapi telah menginternalisasi menjadi mekanisme kontrol sosial yang efektif; keluarga yang tidak mengkhitankan anak perempuannya berisiko mendapat cap sebagai orang tua yang lalai atau tidak bertanggung jawab secara moral dan religius (Gustina & Nareswari, 2023).

Pemahaman serupa juga mengakar kuat di Nusa Tenggara Barat. Ibu Nurul, Pengurus PDA NTB, menjelaskan bahwa keluarga memotivasi tindakan sunat karena kekhawatiran yang mendalam bahwa perempuan yang tidak disunat akan menjadi "centil" dan berujung pada kenakalan. Sebagaimana penuturan Ibu Nurul, *"Oh iya, yang saya tahu sih Pak, itu nanti si anak perempuan ini akan lebih apa ya bahasanya? Dia lebih centil gitu nanti khawatirnya nanti berdampak pada mungkin kenakalan perempuan."* Lebih luas lagi, di kalangan akademisi kesehatan dan sosial-budaya di Perguruan Tinggi Muhammadiyah 'Aisyiyah (PTMA), praktik ini tercatat sangat kuat dalam budaya Minang, Sasak, Madura, dan Tapal Kuda, dengan motivasi inti yang sama: mengontrol tubuh perempuan agar nafsu seksnya tidak "liar", tidak "nakal", atau tidak "nyeloet" (menyimpang). Mitos ini berakar dari konstruksi patriarki kuno yang meyakini bahwa hasrat seksual perempuan sembilan kali lebih besar daripada laki-laki, sehingga perlu "dipangkas" melalui mutilasi genital agar perempuan tetap setia, tidak hiperseksual (*ngintil kakung*), tidak binal, serta menjadi lebih salehah (Farida et al., 2017).

Menariknya di tengah dominasi narasi kontrol seksualitas tersebut, terdapat asumsi yang justru bertolak belakang di sebagian kecil masyarakat. Perawat Zatryani (39 tahun), yang bertugas di Kelurahan Lubuk Kilang, Kota Padang, mendapati adanya keyakinan alternatif di tengah masyarakat: jika anak perempuan tidak disunat, justru dikhawatirkan kelak ia tidak akan mendapatkan kepuasan dalam berhubungan intim setelah menikah. Asumsi ini, meskipun secara ilmiah tidak berdasar karena klitoris justru merupakan pusat kenikmatan seksual perempuan (Heryani et al., 2020), menunjukkan bahwa motivasi praktik khitan perempuan sangatlah beragam dan bahkan kontradiktif. Namun pada akarnya, semua varian motivasi tersebut bermuara pada upaya mengintervensi tubuh perempuan atas nama nilai-nilai yang dikonstruksi secara sosial dan religius oleh budaya patriarki.

Kepatuhan Buta pada Tradisi Keluarga dan Otoritas Tokoh Adat

Motivasi ketiga yang tidak kalah signifikannya adalah kepatuhan buta (*blind obedience*) terhadap tradisi keluarga dan otoritas tokoh adat. Berbeda dengan dua motivasi sebelumnya yang bersifat ideologis (agama dan patriarki), motivasi ini lebih bersifat sosiologis dan mekanis: masyarakat melakukan khitan bukan karena mereka paham atau setuju dengan argumen di baliknya, melainkan semata-mata karena "sudah menjadi kebiasaan" dan "dianjurkan oleh orang yang dihormati". Di Jember, Bapak Cipto, Ketua MPKU PDM Jember, menjelaskan bahwa motivasi ini sangat mengakar pada nuansa tradisi kebudayaan Pandalungan (campuran Jawa-Madura) serta kepatuhan warga yang hampir mutlak terhadap anjuran tokoh informal seperti Kiai atau Ustaz. Anjuran dari tokoh-tokoh tersebut dianggap pantang untuk dibantah atau dipertanyakan secara rasional, terlebih lagi oleh masyarakat lapisan bawah yang memiliki akses terbatas terhadap literasi medis maupun fatwa Tarjih Muhammadiyah.

Fenomena serupa ditemukan oleh Ibu Dewi Urifah, Lc. M.Pd., Dosen Al-Islam dan Kemuhammadiyahan (AIK) Universitas Muhammadiyah Mataram (UMMAT) yang telah mengabdi selama 10 tahun sekaligus Sekretaris Komisi Fatwa MUI Pusat. Beliau menemukan bahwa sivitas akademika sekalipun atau warga Muhammadiyah yang berasal dari daerah Bima, Sumbawa, Lombok Utara, dan Lombok Barat tetap melaksanakan khitan perempuan semata-mata karena kepatuhan dan rekomendasi mutlak dari orang tua (generasi nenek moyang) atau tokoh adat setempat, tanpa melakukan kritik atau verifikasi terhadap dalil agama yang melandasinya. Temuan ini mengonfirmasi bahwa faktor penguat (*reinforcing factors*) dalam kerangka PRECEDE-PROCEED, berupa dukungan atau tekanan dari tokoh adat dan keluarga, memiliki kekuatan yang jauh lebih besar dibandingkan faktor predisposisi lainnya seperti tingkat pendidikan atau paparan informasi medis (Yang et al., 2025).

Di wilayah Sumatera Barat, Bapak Hendri Dodi (54 tahun), Sekretaris MPKU PWM Sumatera Barat, dan Bapak H (43 tahun), Dekan Fakultas Agama Islam Universitas Muhammadiyah Sumatera Barat (UMSB), sepakat bahwa motivasi utama masyarakat di wilayah mereka adalah karena ajaran turun-temurun dan keberadaan anggota keluarga yang pernah melakukan sunat sebelumnya. Tradisi ini diwariskan secara lintas generasi tanpa proses refleksi kritis, sehingga menjadi semacam kewajiban moral yang mengikat secara otomatis. Di Kepulauan Mentawai, motivasi ini diperkuat oleh patronase dan kepercayaan masyarakat yang sangat tinggi terhadap pemuka adat atau kepala suku yang dikenal dengan gelar Datuk. Bidan Asnah menegaskan bahwa selama Datuk masih menganjurkan atau bahkan mewajibkan khitan, maka hampir mustahil bagi masyarakat untuk menolaknya, terlepas dari risiko medis yang mengancam keselamatan jiwa anak perempuan mereka. Kepatuhan struktural semacam ini menciptakan jerat tradisi yang sulit diputus karena perlawanan terhadap khitan tidak hanya berarti melawan kebiasaan, tetapi juga melawan hierarki sosial dan otoritas moral yang telah mapan selama bergenerasi.

Asumsi Keliru tentang Estetika Fisik dan Kebersihan Organ Genital

Motivasi keempat yang melengkapi kompleksitas persoalan ini adalah asumsi keliru tentang estetika fisik dan kebersihan. Berbeda dengan tiga motivasi sebelumnya yang lebih bersifat normatif dan sosiologis, motivasi ini beroperasi pada ranah kognitif dan praktis: masyarakat meyakini bahwa khitan perempuan memiliki manfaat kesehatan dan estetika yang nyata, meskipun secara medis klaim tersebut sama sekali tidak berdasar. Berdasarkan informasi yang beredar luas di masyarakat Padang, Perawat Zatryani (39 tahun) menyatakan bahwa khitan perempuan dimotivasi oleh anggapan bahwa tindakan tersebut dapat membuat organ kewanitaan menjadi lebih bersih. Masyarakat meyakini bahwa klitoris atau selaput preputium di sekitarnya merupakan tempat berkumpulnya kotoran (smegma), sehingga dengan memotong atau menggoresnya, kebersihan organ genital akan meningkat. Asumsi ini, meskipun secara medis keliru karena kebersihan organ kewanitaan dapat dicapai semata-mata dengan membasuh menggunakan air bersih tanpa perlu melakukan perlukaan, tetap bertahan sebagai pembenaran rasional bagi praktik khitan (Kurniati et al., 2022).

Bahkan, terdapat pula motivasi yang berangkat dari ketidaktahuan medis yang lebih ekstrem. Ibu-ibu di wilayah kerja RSU Aisyiyah Padang menganggap sunat perempuan berdampak positif untuk membuat perempuan lebih cantik secara fisik, serta diyakini dapat mencegah klitoris tumbuh memanjang yang secara kultural dipandang sebagai sesuatu yang tidak estetis atau menjijikkan (Sulahyuningsih et al., 2021). Keyakinan semacam ini tidak hanya ditemukan di Sumatera Barat, tetapi juga tersebar di berbagai daerah dengan varian lokal. Farida et al. (2017) mencatat bahwa di Kabupaten Demak, masyarakat meyakini khitan dapat membuat anak perempuan lebih "bercahaya" (*pliger*) dan terhindar dari perilaku "genit". Sementara itu, di Lombok, Ibu Dewi Urifah menyaksikan langsung suatu ritual budaya khitan perempuan di Mataram yang dilakukan oleh tokoh adat tanpa melibatkan dokter, di mana pelaksanaannya murni sebatas membersihkan tanpa pemotongan sebuah indikasi bahwa asumsi kebersihan telah menjadi justifikasi utama bagi praktik ini di berbagai wilayah.

Jika dievaluasi menggunakan perspektif *Maqashid Al-Syari'ah*, keempat motivasi di atas legitimasi agama semu, kontrol seksualitas patriarki, kepatuhan buta pada tradisi, dan asumsi kebersihan semuanya bertentangan dengan prinsip *hifdz al-nafs* (perlindungan jiwa dan fisik) yang merupakan tujuan tertinggi dalam hierarki maqashid (Rahmawati & Maknun, 2017). Masyarakat mengorbankan integritas fisik dan keselamatan anak perempuan demi kepentingan sekunder yang tidak memiliki dasar syar'i yang sahih. Rahmawati & Maknun (2017) menegaskan bahwa fatwa dan regulasi yang melindungi fisik anak dari mutilasi justru lebih sejalan dengan maqashid dibandingkan dengan fatwa yang memaksakan aspek *hifdz al-diin* (menjaga syiar agama) dengan mengorbankan keselamatan tubuh anak. Dengan demikian, meskipun masyarakat meyakini bahwa mereka bertindak atas nama agama, tradisi, atau kebersihan, secara objektif motivasi-motivasi tersebut tidak dapat dipertahankan secara teologis maupun medis.

Kuatnya keempat motivasi ini secara kolektif menciptakan siklus kelestarian praktik yang sulit diputus. Bidan Asnah di RSU Aisyiyah Padang mencatat bukti empiris yang memprihatinkan: dari 100 orang tua yang telah diberikan edukasi medis secara rasional mengenai bahaya infeksi dan pendarahan, sebanyak 40 hingga 60 orang di antaranya tetap bersikeras dan ngotot meminta anak perempuannya untuk disunat. Angka ini menunjukkan bahwa edukasi medis satu arah tanpa disertai dengan pembongkaran akar motivasi budaya, agama, dan sosial tidak akan pernah efektif. Bapak Abdul Khamil, yang berhasil menolak khitan untuk ketiga anak perempuannya, justru menjadi pengecualian yang membuktikan aturan: keberhasilan penolakannya tidak hanya didasarkan pada literasi medis yang diperolehnya semasa kuliah (1999-2004), tetapi juga diperkuat oleh peran istrinya yang merupakan seorang Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM). Bapak Abdul Khamil menceritakan pengalaman ketegasannya saat menghadapi dukun bayi: *"Hanya anak pertama saja yang yang dipegang dukun bayi itu, mandikan... itu saya wanti-wanti dukunnya, jangan sampai dipegang-pegang itu, dia nggak berani karena dia kan sudah sepuh kan, 'pak udah jangan dilakukan pada anak saya' gitu.* Dengan kata lain, pendidikan kesehatan reproduksi yang memadai dan dukungan pasangan yang setara merupakan dua faktor kunci yang mampu membongkar rantai motivasi tradisional yang telah mengakar lintas generasi (Varol et al., 2015).

Dengan demikian, berdasarkan serangkaian temuan empiris di lapangan yang telah diuraikan dalam sub-bab B.1 hingga B.4, dapat disimpulkan bahwa motivasi warga Muhammadiyah dan masyarakat sekitarnya dalam mempraktikkan khitan perempuan tidaklah tunggal, melainkan merupakan akumulasi dari legitimasi agama semu (berbasis mazhab Syafi'i dan keyakinan kesempurnaan Muslimah), mitos patriarki untuk mengontrol seksualitas dan perilaku perempuan (ketakutan akan sifat "centil", "ganjel", atau "liar"), kepatuhan buta terhadap tradisi keluarga dan otoritas tokoh adat (termasuk Kiai, Datuk, dan orang tua), serta asumsi keliru tentang estetika dan kebersihan (keyakinan bahwa khitan membuat organ lebih bersih, cantik, dan mencegah klitoris memanjang). Keempat motivasi ini secara kolektif menciptakan ketahanan budaya yang luar biasa terhadap intervensi medis maupun fatwa Tarjih Muhammadiyah, sehingga menuntut strategi pendekatan interdisipliner yang secara simultan membongkar mitos teologis (*bayani*), menyajikan bukti ilmiah medis (*burhani*), serta mengedukasi masyarakat akar rumput melalui dialog lintas sektor dan pemberdayaan perempuan.

C. Persepsi Pimpinan Muhammadiyah dan Dilema Tenaga Kesehatan

Persepsi Tenaga Kesehatan: Ketiadaan Indikasi Medis dan Ancaman Komplikasi Klinis

Secara fundamental, mayoritas tenaga kesehatan dan lembaga kesehatan global menegaskan bahwa praktik khitan perempuan atau *Female Genital Mutilation* (FGM) sama sekali tidak memiliki indikasi medis, panduan asuhan klinis, maupun manfaat kesehatan (Rahmawati & Maknun, 2017). Di tingkat institusi layanan kesehatan Persyarikatan Muhammadiyah dan 'Aisyiyah, ketiadaan dasar keilmuan ini diakui secara luas. Di RSU Aisyiyah Padang, Dr. Tilla (31 tahun) dan Bidan Asnah (33 tahun) secara tegas memandang bahwa tindakan khitan pada bayi perempuan tidak memiliki standar profesi kedokteran apa pun. Sikap penolakan mutlak juga diterapkan secara institusional di RS Universitas Muhammadiyah Jember oleh Bidan Kindi selaku Kepala Ruangan Maternal dan dr. Adel selaku Kepala Bidang Pelayanan Medis. Kebijakan rumah sakit tersebut didasarkan pada tingginya risiko infeksi serta kepatuhan penuh terhadap pedoman World Health Organization (WHO) dan surat edaran resmi dari Ikatan Bidan Indonesia (IBI).

Penolakan tenaga medis di lapangan tersebut sejalan dengan paradigma regulasi kesehatan nasional dan internasional. Lembaga Perserikatan Bangsa-Bangsa, seperti WHO dan UNICEF, telah mengeluarkan resolusi pelarangan FGM secara global karena praktik ini membahayakan reproduksi dan dianggap sebagai bentuk pelanggaran Hak Asasi Manusia (HAM) serta kekerasan terhadap anak (Farida et al., 2017; Kurniati et al., 2022). Di Indonesia, pencabutan legalitas medikalisasi khitan perempuan melalui

Permenkes RI No. 6 Tahun 2014 secara eksplisit didasarkan pada fakta bahwa praktik tersebut bukan merupakan intervensi kedokteran (Sulahyuningsih et al., 2021). Penolakan ini semakin diperkuat oleh hukum positif terbaru, yakni UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan PP No. 28 Tahun 2024 (Pasal 102 huruf a), yang secara tegas melarang segala bentuk pemotongan atau perlukaan genitalia perempuan demi melindungi hak reproduksi (Hasmita et al., 2026). Meskipun terdapat segelintir pandangan alternatif yang mengklaim adanya maslahah (manfaat kebersihan) jika sekadar membuang selaput preputium clitoris (tempat bersarangnya smegma) tanpa melukai klitoris (Fauziah, 2015), mayoritas otoritas medis menilai pembelaan tersebut terbantahkan oleh besarnya risiko komplikasi di lapangan.

Dari sudut pandang patologi klinis, tenaga kesehatan sangat menyadari bahwa perlukaan pada organ genitalia memicu komplikasi fisik jangka pendek maupun panjang yang fatal. Literatur medis mencatat bahwa FGM membawa risiko nyeri berkepanjangan, pendarahan hebat, infeksi bakteri, infeksi saluran kemih, tetanus, shock, masalah perkemihan, terbentuknya kista, hingga komplikasi persalinan di masa dewasa (Klein et al., 2018; Kurniati et al., 2022). Jika dianalisis menggunakan Health Belief Model (HBM), tenaga medis seperti Perawat Zatryani di Padang dan Bidan Hana di Lombok Utara memiliki persepsi keparahan (*perceived severity*) yang didasarkan murni pada ancaman infeksi dan pendarahan mematikan tersebut. Keparahan ini bukan sekadar teori, melainkan terbukti dalam praktik empiris; Dr. Tilla dan Bidan Asnah mencatat temuan kasus rujukan seorang bayi asal Kepulauan Mentawai pada tahun 2021 yang mengalami pendarahan hebat pada ujung klitoris akibat digunting oleh dukun tradisional.

Tingginya komplikasi fatal ini terutama didorong oleh ketimpangan kelas sosial (*intersectionality*) di pedesaan, di mana ibu-ibu sering membawa anaknya kepada paraji (dukun beranak) (Gustina & Nareswari, 2023). Praktisi kesehatan seperti Bidan Linda Rosdiana dan Perawat Hana di Lombok Utara mengidentifikasi bahwa dukun kerap melakukan tindakan invasif tanpa menggunakan sarung tangan medis serta menggunakan peralatan yang sangat tidak steril. Modus operandi perlukaan tradisional ini menggunakan alat-alat yang sangat membahayakan nyawa balita, mulai dari logam koin, pisau mesh, silet, pisau lipat, hingga benda ekstrem seperti pecahan kaca, batu tajam, dan besi berkarat (Rahmawati & Maknun, 2017; Heryani et al., 2020; Gustina & Nareswari, 2023).

Selain ancaman kerusakan anatomi fisik secara langsung, khitan perempuan juga merusak jaringan sehat yang memicu gangguan psikologis dan disfungsi seksual (Harmina et al., 2023). Secara psikologis, rasa sakit dan paksaan pada usia rentan sering kali menimbulkan penderitaan seumur hidup, memicu perilaku maladaptif, dan memunculkan *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD) (Klein et al., 2018; Alifah et al., 2024). Secara fungsi reproduksi, pemotongan sebagian atau seluruh klitoris secara permanen dapat menghilangkan sumber kenikmatan seksual, menurunkan libido, dan menyebabkan perempuan mengalami frigiditas di masa dewasa, yang secara keseluruhan menghancurkan kualitas kesejahteraan perempuan (Heryani et al., 2020).

Dengan demikian, berdasarkan tinjauan literatur medis, regulasi kesehatan nasional/global, dan pengalaman empiris di layanan kesehatan seperti RS Muhammadiyah/Aisyiyah, dapat disimpulkan bahwa khitan perempuan adalah tindakan non-medis yang sangat destruktif. Penolakan tenaga medis terhadap praktik ini didasarkan pada keparahan risiko klinis berupa pendarahan fatal dan infeksi (terutama akibat penggunaan alat tidak steril oleh dukun), serta dampak jangka panjang berupa trauma psikologis dan kerusakan fungsi seksual yang melanggar hak asasi kesehatan reproduksi perempuan.

Dilema Etis Profesional: Tekanan Sosiokultural dan Strategi *Harm Reduction*

Penolakan medis secara keilmuan nyatanya tidak serta-merta menghentikan praktik khitan perempuan di lapangan, melainkan memicu dilema etis yang sangat berat bagi para tenaga kesehatan. Tenaga medis sering kali terjepit di antara kepatuhan terhadap sumpah profesi/regulasi negara dan tingginya tekanan serta paksaan sosial dari keluarga pasien. Desakan masyarakat agar anak perempuan mereka dikhitan

bersumber dari konstruksi budaya patriarki, mitos seksualitas, dan tradisi komunal yang telah mengakar kuat selama berabad-abad (Harmina et al., 2023). Masyarakat mendesak dilakukannya khitan karena meyakini bahwa tubuh perempuan lahir dalam keadaan "kotor" dan harus disucikan. Praktik ini didorong oleh mitos yang meyakini bahwa nafsu perempuan sembilan kali lebih besar dari laki-laki, sehingga pemotongan klitoris diyakini ampuh untuk mengontrol hasrat seksual agar perempuan setia, tidak hiperseksual (ngintil kakung), tidak binal, serta menjadikan anak lebih salihah (Farida et al., 2017; Gustina & Nareswari, 2023).

Selain alasan kontrol seksualitas, tekanan keluarga juga didasari oleh motif estetika kultural dan ritual tradisi. Terdapat persepsi luas bahwa sunat dapat membuat perempuan lebih bersih, berperilaku terjaga (tidak "genit" atau "centil"), terlihat cantik dan bercahaya (pliger), hingga mencegah klitoris memanjang (Kurniati et al., 2022; Sulahyuningsih et al., 2021). Masyarakat juga diintimidasi oleh mitos turun-temurun bahwa anak perempuan yang tidak dikhitan kelak akan mengalami kesulitan dalam proses persalinannya (Heryani et al., 2020). Di berbagai daerah, ekspektasi sosial ini bahkan dilembagakan melalui ritual kebudayaan komunal yang meriah. Di Sumbawa, khitan dirangkaikan dengan upacara Barodak (luluran), Baserakal (berzanji), dan pemakaian baju adat Lamong Pene' (Sulahyuningsih et al., 2021). Tradisi serupa dipertahankan dengan nama Besuci di Lombok Timur, Praje (menggunakan tandu) di Lombok Barat, dan ritual Bungus di Kepulauan Mentawai. Tingkat fanatisme masyarakat terhadap tradisi ini sangat tinggi; Bidan Asnah mencatat bahwa meskipun dokter kandungan telah memberikan edukasi medis secara rasional, sebanyak 40 hingga 60 dari 100 orang tua akan tetap bersikeras dan ngotot meminta anaknya disunat.

Kuatnya desakan kultural ini melahirkan fenomena ketimpangan akses dan irisan kelas sosial (*intersectionality*) yang memaksa tenaga kesehatan mengambil jalan tengah. Ibu-ibu berpendidikan rendah di daerah pedesaan umumnya akan langsung membawa anak mereka ke dukun beranak (traditional birth attendants), yang mana sangat mengancam keselamatan nyawa bayi (Gustina & Nareswari, 2023). Sebaliknya, masyarakat kelas menengah terdidik di perkotaan justru mendesak terjadinya "medikalisasi" (tindakan yang dilakukan oleh dokter atau bidan) demi pemenuhan status sosial dan alasan kebersihan (Gustina & Nareswari, 2023). Dalam menghadapi realitas ini, tenaga kesehatan terpaksa melayani permintaan warga semata-mata agar masyarakat tidak beralih ke dukun yang dapat menyebabkan efek perlukaan fatal. Praktik kompromi ini sejalan dengan data global, di mana motivasi utama petugas kesehatan melakukan FGM adalah demi "pengurangan dampak buruk" atau harm reduction (Doucet et al., 2017). Tenaga medis meyakini bahwa memfasilitasi prosedur dalam kondisi higienis jauh lebih rasional untuk mencegah infeksi mematikan dibandingkan membiarkan bayi dieksekusi oleh praktisi tradisional (Doucet et al., 2017). Meskipun demikian, data UNICEF menunjukkan bahwa medikalisasi ini memunculkan dualisme di lapangan: 28% berupa khitan "simbolis" tanpa sayatan, dan 72% masih berupa khitan sesungguhnya yang melibatkan pemotongan fisik (Kurniati et al., 2022).

Untuk menyiasati regulasi pelarangan tanpa harus memicu kemarahan keluarga, banyak tenaga medis akhirnya menciptakan strategi *harm reduction* berupa praktik "kebohongan" medis atau sunat "simbolik". Sejak tahun 2020-an, Bidan Wahyu Ika Purnami di Lombok Timur telah sepenuhnya menghentikan tindakan menoreh klitoris dan menggantinya dengan sekadar mengusap atau menyentuhkan alat tumpul tanpa melukai genitalia (di-swab dengan kasa). Strategi substitusi serupa diterapkan oleh Bidan Asnah di RSU Aisyiyah Padang yang menolak melakukan pemotongan, dan mengalihkannya dengan sekadar menginstruksikan orang tua untuk membasuh organ genitalia bayi menggunakan kapas basah layaknya tindakan bercebok biasa. Di berbagai daerah lain, praktik pembersihan organ kewanitaan ini cukup disimbolisasikan dengan usapan betadine (Sulahyuningsih et al., 2021). Bahkan di daerah Demak, FGM yang biasanya melukai klitoris digantikan dengan media alternatif, yakni dengan meletakkan sepotong kunyit di atas klitoris, lalu kunyit tersebutlah yang dipotong sebagai simbolisasi ritual (Farida et al., 2017).

Tenaga kesehatan berada dalam posisi dilematis yang sangat kompleks akibat hegemoni budaya patriarki dan kuatnya mitos seksualitas di masyarakat. Medikalisasi praktik khitan perempuan di fasilitas kesehatan pada dasarnya bukanlah bentuk persetujuan medis, melainkan sebuah strategi kompromi (*harm reduction*) yang terpaksa diambil oleh tenaga medis dalam bentuk "sunat simbolik" (tanpa perlukaan) demi menyelamatkan bayi dari ancaman mutilasi ekstrem oleh dukun beranak, sekaligus untuk meredam resistensi sosiokultural keluarga pasien.

Persepsi Pimpinan Persyarikatan: Tinjauan Teologis dan Prinsip Perlindungan Fisik

Perdebatan mengenai praktik khitan perempuan di Indonesia sangat didominasi oleh interpretasi hukum agama Islam, yang melahirkan pluralisme hukum dan benturan pandangan teologis yang tajam di tengah masyarakat (Hasmita et al., 2026). Di satu sisi, terdapat pandangan tradisional yang dipegang teguh oleh sebagian masyarakat dan dilegitimasi oleh ormas Islam terbesar seperti Nahdlatul Ulama (NU) serta Majelis Ulama Indonesia (MUI) melalui Fatwa No. 9A Tahun 2008. Pandangan arus utama tersebut mendudukkan khitan perempuan sebagai makrumah (pemuliaan) atau anjuran fitrah beragama, dengan catatan selama tidak dilakukan secara berlebihan (Gustina & Nareswari, 2023). Pemahaman ini juga berakar kuat dari doktrin Mazhab Syafi'i yang cenderung menganggap khitan bagi perempuan berstatus wajib, sehingga memunculkan persepsi keliru bahwa tanpa khitan, keislaman dan keabsahan ibadah salat seorang anak perempuan dianggap tidak sah (Heryani et al., 2020). Persepsi ini bahkan masih diwarisi oleh sebagian Generasi Z berlatar belakang pendidikan agama yang meyakini khitan sebagai sarana meredam hawa nafsu (Harmina et al., 2023). Di sisi lain spektrum tersebut, pimpinan dan para ahli di lingkungan Persyarikatan Muhammadiyah serta 'Aisyiyah mengambil sikap reformatif yang bertolak belakang, dengan secara tegas menolak fondasi teologis yang melegitimasi praktik mutilasi genital tersebut.

Penolakan dari para tokoh Muhammadiyah dibangun di atas tinjauan teks agama atau pendekatan bayani yang ketat dan kritis. Para pimpinan sepakat bahwa mencederai organ tubuh manusia secara mutlak bertentangan dengan prinsip ajaran Islam. Bapak Hendri Dodi (54 tahun), selaku Sekretaris MPKU Pimpinan Wilayah Muhammadiyah (PWM) Sumatera Barat, menegaskan bahwa secara institusional, Muhammadiyah melarang dan tidak menganjurkan praktik ini karena tindakan tersebut melukai organ tubuh anak serta terbukti tidak memiliki dalil yang sahih, baik di dalam Al-Quran maupun Al-Hadis. Argumentasi ini dikuatkan oleh Ustaz Najamuddin, Ketua Majelis Tarjih dan Tajdid PWM Nusa Tenggara Barat (NTB) sekaligus Mudir PUTM Ma'had Khalid bin Walid, yang secara pribadi memandang bahwa khitan perempuan tidak perlu dilakukan. Beliau menjelaskan bahwa dari sisi bayani, hadis-hadis yang selama ini dijadikan tameng untuk melegitimasi FGM sangat bermasalah, bersanad lemah (*daif*), bahkan ada yang berstatus palsu. Secara tegas Ustaz Najamuddin menyatakan, *"Kalau secara pribadi bagi saya tidak perlu. Tidak perlu, karena kalau dari sisi pendekatan bayaninya memang jelas tidak ada dasar yang dapat dipegangi, artinya daif dan bahkan lebih parah lagi. Lalu dari segi burhaninya, malah justru kalau dikhitan dipotong, ada bagian yang dipotong, itu malah justru berbahaya bagi perempuan..."*. Temuan akademis mengonfirmasi hal ini, menegaskan bahwa argumen pro-khitan umumnya tidak bersumber dari Al-Quran, melainkan murni dari kitab fikih klasik yang telah tercampur dengan tradisi budaya (Farida et al., 2017). Tokoh pemikir Islam dan ulama seperti Syekh Mahmud Syaltut serta Husein Muhammad turut membongkar bahwa pemotongan organ seks wanita (FGM) sejatinya adalah tradisi penindasan warisan era Jahiliah atau Mesir Kuno, sehingga hukum asalnya adalah haram karena merusak tubuh tanpa dasar syar'i (Fauziah, 2015; Harmina et al., 2023).

Lebih lanjut, pimpinan 'Aisyiyah memperkuat penolakan ini dengan menggunakan lensa Maqashid Al-Syari'ah (tujuan ditetapkannya hukum Islam), khususnya pada pengarusutamaan prinsip *hifdz al-nafs* (perlindungan terhadap kelangsungan jiwa dan fisik). Ibu Fitratul Muaridah, Ketua Pimpinan Daerah 'Aisyiyah (PDA) Jember periode 2022-2027, menyoroti fakta historis dan sirah nabawiyah bahwa Rasulullah SAW tidak pernah satu kali pun mencontohkan pelaksanaan khitan pada anak perempuan atau keluarganya. Berangkat dari landasan tersebut, 'Aisyiyah bersikap tegas menolak setiap bentuk

tindakan yang melukai area vital demi menjamin keamanan masa depan serta kesehatan reproduksi perempuan. Para ahli Muhammadiyah menilai bahwa regulasi pemerintah, seperti Permenkes No. 6 Tahun 2014, sudah sangat sejalan dengan konsep *hifdz al-nafs* karena menghentikan potensi mutilasi yang merugikan, bertolak belakang dengan argumen fatwa lain yang terlalu memaksakan aspek *hifdz al-diin* (menjaga syiar agama) namun mengorbankan integritas fisik anak (Rahmawati & Maknun, 2017). Bagi para penggerak perempuan di daerah, seperti Ibu Asni (58 tahun) selaku Sekretaris PWA Padang dan Ibu Nurul selaku Pengurus PDA NTB, penolakan ini bukan lagi sebatas diskursus fikih di menara gading, melainkan masalah krisis kesehatan masyarakat di dunia nyata. Oleh karena itu, edukasi penolakan khitan perempuan kini telah dijadikan sebagai prioritas utama dalam agenda pembinaan kader kesehatan dan ibu-ibu muda di wilayah dakwah mereka.

Kendati secara konseptual pandangan ahli Persyarikatan sangat kokoh (*ghairu masyru'* atau tidak disyariatkan), implementasi sikap ini di tingkat masyarakat akar rumput menghadapi benturan sosiologis yang sangat kompleks. Minimnya pengetahuan warga mengenai hasil putusan Majelis Tarjih menyebabkan masyarakat di tingkat bawah masih tersandera oleh dominasi budaya lokal dan fatwa adat yang pro-khitan. Bapak Cipto (MPKU PDM Jember) dan Ibu Dewi Urifah (Dosen AIK Universitas Muhammadiyah Mataram) mengidentifikasi kelemahan struktural di mana belum ada panduan teknis yang masif, buku saku, atau modul instruksional spesifik (Tanfidz) dari pusat untuk membentengi warga dari paksaan praktik tersebut. Selain itu, perlawanan secara frontal dinilai sebagai langkah yang tidak strategis. Ustaz Najamuddin mengingatkan bahwa kampanye pelarangan khitan secara konfrontatif berpotensi memicu konflik horizontal dengan kelompok mayoritas dari Nahdlatul Wathan (NW), NU, atau komunitas Salafi di wilayah NTB yang masih mewajibkannya. Mempertimbangkan sensitivitas isu ini, Bapak H (43 tahun), Dekan FAI Universitas Muhammadiyah Sumatera Barat, menyarankan agar lembaga-lembaga internal kampus (seperti LPSI) menahan diri dari benturan teologis secara langsung. Sebagai gantinya, pendekatan yang harus dikedepankan adalah dialog lintas sektoral yang menitikberatkan pada argumentasi burhani, yakni menonjolkan prinsip kemaslahatan dan pencegahan bahaya medis demi keselamatan anak perempuan.

Pimpinan Persyarikatan Muhammadiyah dan 'Aisyiyah dengan tegas menolak praktik khitan perempuan melalui dekonstruksi dalil agama secara komprehensif (*pendekatan bayani*). Para ahli membuktikan bahwa hadis-hadis yang menjadi penganjur praktik ini berstatus daif dan palsu, serta FGM terbukti merupakan tradisi budaya Jahiliah yang tidak pernah dicontohkan oleh Rasulullah. Dengan mengutamakan prinsip *Maqashid Al-Syari'ah* dalam hal *hifdz al-nafs* (perlindungan fisik), Muhammadiyah melarang tindakan ini karena mencederai integritas organ reproduksi perempuan. Namun demikian, sosialisasi pelarangan ini di akar rumput masih terhambat oleh hegemoni mazhab mayoritas, ancaman konflik horizontal, dan belum meratanya perangkat pedoman teknis di persyarikatan, sehingga memaksa para tokoh untuk lebih berhati-hati dengan mengedepankan pendekatan kemaslahatan dan edukasi persuasif tanpa konfrontasi budaya.

Urgensi Pendekatan Interdisipliner: Integrasi Analisis *Bayani* dan *Burhani*

Menghadapi praktik Female Genital Mutilation (FGM) yang telah mengakar kuat sebagai konvensi sosial wajib demi kelayakan pernikahan, para akademisi menyadari bahwa intervensi satu arah tidak akan pernah efektif (Varol et al., 2015; Klein et al., 2018). Kegagalan penghentian praktik khitan perempuan selama ini berakar dari situasi Legal Pluralism (pluralisme hukum) yang hidup beriringan di Indonesia (Hasmita et al., 2026). Dalam realitas sosiologis, hukum konstitusi atau kesehatan secara tegas melarang tindakan tersebut, namun hukum agama (melalui interpretasi arus utama) memberikan legitimasi bersyarat, sementara hukum adat justru mewajibkannya sebagai sebuah identitas murni (Hasmita et al., 2026). Analisis komparatif kebijakan global membuktikan kerumitan ini; baik kebijakan preventif lunak di Indonesia (seperti Roadmap Pencegahan P2GP 2020-2030 dari KemenPPPA) maupun kebijakan pidana keras di Mesir yang mengancam pelaku FGM dengan penjara 5 hingga 20

tahun, ternyata sama-sama gagal menekan prevalensi khitan secara signifikan (Gustina & Nareswari, 2023).

Kegagalan berbagai regulasi negara tersebut menunjukkan bahwa kebijakan institusional masih abai terhadap pendekatan sosial, agama, dan budaya di tingkat akar rumput (Gustina & Nareswari, 2023). Pemaksaan pelarangan oleh instansi negara secara koersif tanpa disertai dialog kultural yang intensif justru memicu resistensi yang berbahaya di tengah masyarakat (Hasmita et al., 2026). Alih-alih menghilang, praktik khitan perempuan ini justru bergeser menjadi tindakan sembunyi-sembunyi (*underground*) yang sepenuhnya luput dari pantauan dan pengawasan otoritas kesehatan (Hasmita et al., 2026). Ironisnya, perpindahan menjadi praktik bawah tanah ini secara dramatis justru meningkatkan risiko keselamatan dan kefatalan infeksi bagi perempuan serta anak-anak yang dieksekusi secara diam-diam (Hasmita et al., 2026).

Menyadari kebuntuan pendekatan hukum formal maupun pelarangan koersif tersebut, para ahli dan akademisi di lembaga persyarikatan menyimpulkan bahwa sosialisasi yang murni menggunakan pendekatan fikih agama juga kerap membentur dinding resistensi budaya. Merespons hal ini, Ibu Dewi Urifah, Lc. M.Pd., Dosen Al-Islam dan Kemuhammadiyahan (AIK) di Universitas Muhammadiyah Mataram (UMMAT), merumuskan urgensi penggabungan dua pendekatan keilmuan secara simultan. Ia menjelaskan perlunya penguatan metode takhrij hadis yang secara transparan membongkar kecacatan sanad hadis tentang khitan (pendekatan *bayani*). Namun, argumen teologis tersebut wajib dikawinkan dengan temuan-temuan sains kesehatan dan medis modern (pendekatan burhani) agar rasionalitas penolakannya dapat dicerna dengan mudah oleh masyarakat modern.

Di tingkat implementasi sosial, pendekatan interdisipliner ini mensyaratkan strategi penyuluhan lintas sektoral yang dengan cermat menghindari konfrontasi langsung dengan sentimen budaya lokal. Bapak Cipto dari MPKU PDM Jember menilai bahwa kuatnya nuansa tradisi kebudayaan Pandalungan di wilayahnya membuat larangan khitan sangat sulit diterapkan jika hanya mengandalkan imbauan medis. Oleh karenanya, ia mengusulkan penyuluhan lintas sektor yang wajib melibatkan tokoh agama di akar rumput, seperti para penyuluh di Kantor Urusan Agama (KUA). Pandangan kehati-hatian serupa diutarakan oleh Bapak H (43 tahun), Dekan FAI Universitas Muhammadiyah Sumatera Barat, yang memandang isu khitan perempuan ini amat sensitif bagi masyarakat awam. Ia menegaskan bahwa pihak kampus maupun Lembaga Pengembangan Al-Islam dan Kemuhammadiyahan (LPSI) harus menahan diri dari konfrontasi perdebatan teologis secara terbuka, dan beralih menggunakan pendekatan kesehatan melalui program Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) yang terintegrasi berbasis kemaslahatan (Farida et al., 2017).

Sebagai wujud nyata penyelesaian kolaboratif dari kebuntuan sektoral ini, program intervensi tidak boleh bertujuan untuk mematikan perayaan budaya secara total, melainkan secara taktis berfokus pada transformasi esensi praktiknya (Heryani et al., 2020). Tenaga kesehatan dan pemerintah daerah sangat perlu menggandeng para paraji (dukun beranak) dan tokoh-tokoh pelestari adat untuk perlahan-lahan mengubah esensi ritual khitan tersebut (Sulahyuningsih et al., 2021). Kolaborasi ini bertujuan untuk mereduksi tradisi yang awalnya berupa pemotongan fisik dan perlukaan yang menyakitkan, menjadi murni ritual perayaan budaya komunal yang aman dan sekadar simbolis tanpa menyentuh area genitalia sedikit pun (Heryani et al., 2020; Sulahyuningsih et al., 2021). Dengan strategi demikian, kebanggaan identitas budaya masyarakat tetap terjaga sementara bahaya mutilasi klinis dapat dieliminasi secara total.

Terakhir, keberhasilan pendekatan interdisipliner ini amat bergantung pada pembukaan ruang dialog yang inklusif guna membongkar mitos-mitos seksualitas patriarki, khususnya di kalangan Generasi Z dan mahasiswa keagamaan (Harmina et al., 2023). Literatur global menunjukkan bahwa kuatnya ikatan tradisi patriarki sering kali meminggirkan dan membisukan dialog antar-gender, padahal pelibatan laki-laki dalam komunikasi terbuka ini adalah sebuah langkah esensial untuk menghapus tradisi FGM (Varol et al., 2015). Oleh karenanya, tingkat pendidikan tentang kesehatan reproduksi dan hak asasi diyakini

menjadi indikator paling kuat yang mampu merombak pola pikir lintas generasi (Varol et al., 2015). Melalui integrasi antara pencerahan sains (*burhani*), purifikasi dalil (*bayani*), dan dialog lintas gender yang kolaboratif, rantai tradisi mutilasi yang merugikan ini pada akhirnya dapat diputus secara perlahan namun pasti tanpa menimbulkan pergolakan sosial di masyarakat.

Analisis Determinan Perilaku: Aplikasi *Health Belief Model* dan *PRECEDE-PROCEED*

Kerumitan tarik-menarik antara risiko medis, kewajiban kultural, dan interpretasi agama dalam praktik khitan perempuan menuntut analisis perilaku yang presisi menggunakan kerangka teori PRECEDE-PROCEED dan Health Belief Model (HBM). Teori PRECEDE-PROCEED bukan sekadar alat diagnostik, melainkan kerangka kerja berbasis bukti yang vital karena berfokus pada penilaian pendidikan dan ekologis untuk mengidentifikasi kebutuhan kesehatan populasi (Utilization and Effectiveness of the PRECEDE-PROCEED Model as a Tool in Public Health Interventions, 2025). Di sisi lain, Health Belief Model (HBM) didesain untuk membedah kalkulasi untung-rugi secara kognitif, di mana individu lebih cenderung mengadopsi perilaku sehat ketika mereka percaya bahwa manfaatnya lebih besar daripada hambatan (Kam dan Lee, 2024). Penggunaan kedua teori ini secara integratif mampu membongkar secara ilmiah mengapa praktik yang membahayakan nyawa dan melanggar hak asasi ini tetap kokoh bertahan di berbagai wilayah di Indonesia, meskipun otoritas medis telah melarangnya.

Dalam fase PRECEDE, tingginya prevalensi khitan perempuan didorong sangat kuat oleh faktor predisposisi (predisposing factors), yakni keyakinan tradisional dan persepsi patriarki yang telah membudaya. Masyarakat di Lombok Timur mengaitkan praktik ini dengan identitas kesucian melalui tradisi Besuci, di Kepulauan Mentawai dikenal dengan ritual Bungus, dan di Lombok Barat kerap dirayakan besar-besaran melalui tradisi Praje. Faktor predisposisi ini diperburuk oleh mitos patriarki—sebagaimana diungkapkan oleh Ibu Nurul (PDA NTB) dan Ibu Fitratul Muaridah (Ketua PDA Jember)—di mana masyarakat meyakini perempuan yang tidak disunat akan menjadi binal, "ganjel", genit, "centil", hingga liar nafsu seksualitasnya. Lebih jauh, minimnya sosialisasi Fatwa Tarjih Muhammadiyah (yang menghukuminya *ghairu masyru'*) ke akar rumput membuat warga masih bersandar kuat pada fatwa mazhab mayoritas (Syafi'i) yang cenderung mewajibkannya, sebagaimana diamati oleh Ustaz Najamuddin dan Bapak Hendri Dodi.

Eksistensi praktik ini semakin sulit diputus karena terus diperkokoh oleh faktor pemungkin (*enabling factors*) dan faktor penguat (*reinforcing factors*) yang hidup subur di tengah masyarakat. Ketersediaan akses yang mudah ke paraji atau dukun beranak menjadi fasilitator utama bagi keluarga di pedesaan, yang ironisnya turut ditopang oleh strategi kompromi harm reduction (sunat simbolik) dari tenaga kesehatan seperti Bidan Wahyu Ika Purnami, yang secara tak langsung mempertahankan normalisasi praktik tersebut. Sebagai faktor penguat, tradisi ini mendapat paksaan masif dari pemuka adat, seperti sosok Datuk di Mentawai maupun ormas Nahdlatul Wathan (NW) dan Majelis Adat Sasak di Lombok. Akibat kuatnya faktor ini, Bidan Asnah mencatat bahwa 40 hingga 60 dari 100 orang tua yang diedukasi akan tetap bersikeras meminta anaknya disunat. Lemahnya posisi tawar tenaga kesehatan di lapangan juga disebabkan oleh belum tersedianya Tanfidz (panduan teknis) spesifik dari persyarikatan untuk melawan dominasi adat tersebut, sebagaimana dikeluhkan oleh Bapak Cipto dan Ibu Dewi Urifah.

Jika fenomena determinan ini ditelaah lebih dalam melalui HBM, terlihat anomali yang mencolok dalam persepsi risiko warga, karena perilaku kesehatan yang kompleks ini sangat dipengaruhi oleh faktor lingkungan dan sosial yang membayangi persepsi individu (Kam dan Lee, 2024). Dalam aspek kerentanan (*perceived susceptibility*) dan keparahan (*perceived severity*), keluarga tidak merasa anak perempuannya terancam oleh infeksi klinis. Sebaliknya, mereka merasa sangat rentan terkena sanksi sosial, seperti takut dituduh melanggar tradisi adiluhung Tanian Lanceng di Madura maupun budaya Pandalungan di Jember. Bahwa literasi medis adalah kunci penentu kognisi keparahan terbukti pada kasus Bapak Abdul Khamil (Lurah Kaliwates Jember); ia berhasil dengan tegas menolak sunat pada

anaknya semata-mata karena sang istri adalah Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) yang sangat menyadari keparahan infeksi organ tersebut.

Kegagalan sosialisasi selama ini juga bersumber dari tidak bertemunya anjuran klinis dengan persepsi manfaat (*perceived benefits*), sekaligus tingginya hambatan (*perceived barriers*) dalam melawan normalisasi budaya. Solusi untuk tidak menyunat anak dirasa tidak membawa manfaat bagi warga yang meyakini tindakan itu sebagai pencegah sifat liar. Hambatan terbesarnya adalah ketakutan memicu konflik sektarian; Ustaz Najamuddin menegaskan bahwa kampanye frontal berpotensi besar memicu bentrokan dengan massa dari NU, NW, atau kelompok Salafi di NTB. Oleh karena itu, pendidik kesehatan harus memprioritaskan penyelesaian hambatan ini dengan membangun kepercayaan bersama pemimpin lokal (Kam dan Lee, 2024), serta mengintegrasikan HBM dengan Social Cognitive Theory (SCT) guna membangun efikasi diri (*self-efficacy*) para orang tua agar secara mental siap menolak tekanan dari dukun beranak maupun mertua.

Untuk mentransformasi efikasi diri tersebut menjadi tindakan penolakan yang riil, diperlukan stimulus taktis melalui pemicu tindakan (cues to action) yang berdurasi memadai dan berkelanjutan (Systematic Review, 2025). Beberapa intervensi pemicu yang mulai terbukti efektif adalah inisiatif di 35 Puskesmas di Lombok Timur melalui tenaga medis yang dilatih khusus dalam program Pelatihan Pencegahan Kekerasan terhadap Perempuan (P2TP2A). Pemicu tindakan berbasis kultural yang paling strategis di akar rumput adalah pengerahan Corps Mobile Aisyiyah (CMA) untuk melakukan edukasi door-to-door. Di level akademis, usulan integrasi materi kesehatan reproduksi ke dalam kurikulum wajib Al-Islam dan Kemuhammadiyahan (AIK) serta masa Baitul Arqam di Perguruan Tinggi Muhammadiyah 'Aisyiyah (PTMA) merupakan langkah esensial untuk memutus mata rantai pemahaman lintas generasi.

Dengan demikian, berdasarkan serangkaian analisis klinis, tinjauan teologis, diskursus sosiokultural, dan determinan perilaku lintas disiplin yang telah diuraikan, disimpulkan bahwa kelestarian praktik khitan perempuan (FGM) di Indonesia merupakan produk dari pertautan kompleks antara hegemoni budaya patriarki, pluralisme hukum, dan miskonsepsi dalil agama. Tercipta sebuah siklus dilematis yang saling mengunci: ketakutan warga akan kutukan tradisi memicu desakan medikalisasi berupa harm reduction (sunat simbolik) dari tenaga kesehatan, yang ironisnya justru terus melegitimasi ekspektasi praktik ini di ruang publik. Mengingat kebijakan koersif negara terbukti tidak efektif dan pendekatan murni fikih rawan memicu konflik komunal, Muhammadiyah dan 'Aisyiyah merumuskan bahwa penghentian tuntas tradisi ini mutlak menuntut pengintegrasian pelurusan teks hadis (*bayani*), literasi keselamatan klinis (*burhani*), serta implementasi ekologis-edukasional (PRECEDE-PROCEED dan HBM). Melalui peningkatan efikasi diri masyarakat akar rumput dan dialog inklusif tanpa konfrontasi budaya, tradisi pemotongan genitalia dapat perlahan digeser menjadi perayaan kultural yang murni aman, rasional, dan berkeadilan gender.

D. Analisis Komparatif Antar-Wilayah (Jember, NTB, Sumatera Barat)

Penelitian ini dilaksanakan di Kabupaten Jember (Jawa Timur), Nusa Tenggara Barat (NTB), dan Sumatera Barat karena ketiga wilayah tersebut merepresentasikan karakteristik sosial, budaya, keagamaan, dan kesehatan yang berbeda dalam praktik khitan perempuan di Indonesia. Pemilihan ketiga lokus ini didasarkan pada pertimbangan bahwa keberlangsungan maupun perubahan praktik khitan perempuan tidak dapat dijelaskan oleh satu faktor tunggal, melainkan merupakan hasil interaksi antara tradisi lokal, interpretasi keagamaan, tingkat pendidikan, akses terhadap informasi kesehatan, serta respons lembaga kesehatan dan organisasi masyarakat Islam. Dengan memilih tiga wilayah yang memiliki karakteristik berbeda, penelitian ini dapat mengidentifikasi pola-pola persamaan maupun perbedaan yang memengaruhi praktik khitan perempuan di berbagai tatatanan sosial.

Kabupaten Jember dipilih karena secara kultural, masyarakat Jember dikenal memiliki karakter Pandalungan, yaitu hasil percampuran budaya Jawa dan Madura yang masih menempatkan tokoh agama dan tradisi lokal sebagai sumber legitimasi sosial yang penting. Berbagai penelitian

menunjukkan bahwa masyarakat Pandalungan memiliki hubungan keagamaan dan nilai-nilai budaya yang kuat yang diwariskan secara turun-temurun. Namun pada saat yang sama, meningkatnya akses pendidikan, urbanisasi, dan informasi kesehatan telah mendorong perubahan cara pandang sebagian masyarakat terhadap berbagai praktik tradisional, termasuk khitan perempuan. Temuan awal penelitian menunjukkan bahwa masyarakat perkotaan, khususnya kalangan Muhammadiyah dan kelompok berpendidikan, mulai meninggalkan praktik khitan perempuan, sedangkan sebagian masyarakat pedesaan masih mempertahankannya karena pengaruh budaya lokal dan kepatuhan terhadap tokoh agama.

Berbeda dengan Jember, Nusa Tenggara Barat dipilih karena merepresentasikan wilayah yang masih menunjukkan dominasi kuat legitimasi agama dan adat dalam mempertahankan praktik khitan perempuan. Masyarakat NTB, khususnya di Pulau Lombok, dikenal memiliki keterikatan yang kuat dengan tradisi Islam Syafi'iyah dan otoritas keagamaan yang dijalankan oleh para tuan guru. Hartono dan Febriani (2020) menunjukkan bahwa tradisi fikih Syafi'iyah merupakan salah satu faktor yang paling kuat memengaruhi penerimaan masyarakat terhadap khitan perempuan di Indonesia. Selain itu, praktik tersebut juga diperkuat oleh berbagai tradisi lokal seperti Praje dan Besuci yang telah menjadi bagian dari identitas budaya masyarakat setempat. Literatur mengenai masyarakat Sasak menunjukkan bahwa agama dan adat sering kali tidak dipahami sebagai dua hal yang terpisah, melainkan saling memperkuat dalam membentuk norma sosial masyarakat.

Sementara itu, Sumatera Barat dipilih karena provinsi ini memiliki tingkat pendidikan yang relatif tinggi serta tradisi intelektual Islam yang kuat melalui filosofi adat basandi syarak, syarak basandi Kitabullah yang telah lama menjadi dasar hubungan antara adat dan agama dalam masyarakat Minangkabau. Karakteristik tersebut menjadikan Sumatera Barat sebagai salah satu wilayah yang mengalami perubahan sosial relatif cepat, terutama di kawasan perkotaan. Temuan penelitian menunjukkan bahwa praktik khitan perempuan hampir tidak ditemukan lagi di wilayah perkotaan seperti Padang, sejalan dengan meningkatnya literasi kesehatan dan akses masyarakat terhadap informasi kesehatan reproduksi. Akan tetapi, perubahan tersebut tidak berlangsung secara merata. Di wilayah kepulauan seperti Mentawai dan Pulau Mandih, praktik khitan perempuan masih ditemukan dalam bentuk yang lebih invasif dan berisiko. Kondisi ini menunjukkan adanya kesenjangan akses pendidikan, layanan kesehatan, dan informasi kesehatan antara wilayah perkotaan dan wilayah periferi. Berbagai laporan WHO dan UNICEF juga menunjukkan bahwa praktik khitan perempuan cenderung bertahan pada komunitas yang memiliki keterbatasan akses terhadap pendidikan dan layanan kesehatan modern.

Hasil penelitian di tiga wilayah menunjukkan bahwa keberlangsungan praktik khitan perempuan di Indonesia sangat dipengaruhi oleh interaksi antara otoritas agama, tradisi lokal, tingkat pendidikan masyarakat, dan respons tenaga kesehatan. Meskipun ketiganya sama-sama berada dalam konteks masyarakat Muslim, pola praktik yang ditemukan di Jember, Nusa Tenggara Barat (NTB), dan Sumatera Barat memperlihatkan karakteristik yang berbeda. Jember menunjukkan kecenderungan transformasi sosial melalui peningkatan literasi kesehatan; NTB memperlihatkan dominasi kuat otoritas agama dan adat yang mendorong munculnya praktik kompromi simbolik oleh tenaga kesehatan; sedangkan Sumatera Barat menampilkan kesenjangan antara wilayah urban yang mulai meninggalkan praktik tersebut dengan wilayah kepulauan yang masih mempertahankan bentuk-bentuk invasif yang berisiko.

Jember: Literasi Medis Menggeser Tradisi

Di Kabupaten Jember, praktik khitan perempuan memperlihatkan polarisasi antara masyarakat perkotaan yang terpapar pendidikan dan informasi kesehatan dengan masyarakat pedesaan yang masih kuat dipengaruhi budaya Pandalungan. Temuan lapangan menunjukkan bahwa warga Muhammadiyah perkotaan secara umum telah meninggalkan praktik tersebut. Bapak Abdul Khamil, Lurah Kaliwates dan alumni SMA Muhammadiyah 3 Jember, menyatakan bahwa ketiga anak perempuannya tidak dikhitan karena ia telah memahami risiko medis praktik tersebut sejak masa kuliah serta memperoleh penguatan pengetahuan dari istrinya yang berlatar belakang kesehatan masyarakat.

Perubahan cara pandang ini selaras dengan temuan Ihsan et al. (2025) yang menjelaskan bahwa meningkatnya akses terhadap informasi kesehatan membuat masyarakat semakin memahami bahwa FGM/C tidak memberikan manfaat medis dan justru berpotensi menimbulkan infeksi, infertilitas, serta trauma psikologis. Temuan tersebut juga sejalan dengan posisi Muhammadiyah yang dinilai paling progresif dalam isu khitan perempuan. Mundzir dan Muthmainnah (2022) menyimpulkan bahwa fatwa Muhammadiyah menempatkan perspektif keadilan gender dan perlindungan perempuan sebagai dasar untuk menolak praktik khitan perempuan.

Namun demikian, praktik tersebut belum sepenuhnya hilang. Menurut Ibu Fitratul Muaridah, praktik masih ditemukan di kalangan masyarakat menengah ke bawah dan sering dilakukan oleh dukun bayi. Kondisi ini sesuai dengan temuan Hartono dan Febriani (2020) yang menunjukkan bahwa khitan perempuan di Indonesia masih bertahan karena pengaruh tradisi lokal dan legitimasi keagamaan yang diwariskan antar-generasi.

Bapak Cipto menambahkan bahwa masyarakat pedesaan mempertahankan praktik tersebut karena kuatnya budaya Pandalungan dan kepatuhan terhadap tokoh informal seperti kiai dan ustaz. Temuan ini sesuai dengan penelitian Azizah (2020) yang menyebutkan bahwa khitan perempuan masih dipahami sebagai tradisi yang diyakini menyempurnakan agama dan menjaga kesopanan perempuan dalam masyarakat.

Dalam pelayanan kesehatan, RS Universitas Muhammadiyah Jember mengambil posisi tegas dengan menolak seluruh permintaan khitan perempuan yang sesekali masih diajukan masyarakat. Sikap ini sejalan dengan rekomendasi kesehatan global yang menolak medicalization of FGM/C. El-Gibaly et al. (2019) menegaskan bahwa keterlibatan tenaga kesehatan justru dapat memperkuat legitimasi sosial praktik tersebut dan menghambat upaya eliminasi.

Nusa Tenggara Barat: Hegemoni Mazhab Syafi'i dan Strategi Harm Reduction

Berbeda dengan Jember, praktik khitan perempuan di NTB masih memperoleh legitimasi yang sangat kuat dari agama dan adat. Ustaz Najamuddin menjelaskan bahwa masyarakat Lombok secara umum berafiliasi kuat dengan Mazhab Syafi'i yang memandang khitan perempuan sebagai kewajiban agama. Beliau menjelaskan hal tersebut melalui realitas masyarakat sekitarnya, *"Nah, kalau di sini memang khitan perempuan itu dianggap wajib. Ya, di sini di masyarakat umumnya di Pulau Lombok atau di NTB itu dianggap wajib. Karena mungkin mereka berpegang pada satu pandangan mazhab, khususnya Mazhab Syafi'i..."*. Temuan ini sejalan dengan penelitian Hartono dan Febriani (2020) yang menunjukkan bahwa mazhab Syafi'i merupakan kelompok yang paling kuat menempatkan khitan perempuan sebagai kewajiban dibandingkan mazhab lain yang hanya menganggapnya mubah atau sunnah.

Selain legitimasi keagamaan, praktik tersebut diperkuat oleh adat lokal seperti tradisi *Praje* di Lombok Barat dan istilah *Besuci* di Lombok Timur. Kondisi ini memiliki kemiripan dengan temuan Muda (2020) di Gorontalo, yang menunjukkan bahwa khitan perempuan dipertahankan karena telah menjadi bagian dari identitas budaya dan ritual sosial masyarakat yang diwariskan secara turun-temurun.

Karena kuatnya tekanan budaya dan agama, tenaga kesehatan di NTB mengembangkan strategi yang berbeda dibandingkan Jember. Bidan Wahyu Ika Purnami menjelaskan bahwa pada masa lalu bidan masih melayani permintaan masyarakat untuk mencegah bayi dibawa ke dukun yang berisiko melakukan tindakan pemotongan. Namun sejak tahun 2020-an praktik invasif dihentikan dan digantikan dengan tindakan simbolik berupa swab atau usapan kasa pada area genital tanpa perlukaan. Praktik yang sama ditemukan oleh Bidan Linda Rosdiana dan Perawat Hana di Lombok Utara.

Fenomena ini dapat dijelaskan melalui konsep harm reduction dalam praktik kesehatan masyarakat. El-Gibaly et al. (2019) menemukan bahwa medicalization sering muncul karena keluarga berusaha mengurangi risiko kesehatan tanpa meninggalkan tuntutan budaya dan sosial yang mengharuskan anak

perempuan dikhitan. Dengan kata lain, tenaga kesehatan di NTB melakukan negosiasi antara tuntutan medis dan tuntutan budaya.

Temuan Ibu Dewi Urifah menunjukkan bahwa warga Bima, Sumbawa, Lombok Utara, dan Lombok Barat masih melaksanakan khitan perempuan karena instruksi orang tua dan tokoh adat, meskipun dalam praktiknya kini banyak dilakukan secara simbolik. Kondisi tersebut mengonfirmasi temuan Pratiwi (2024) bahwa keberlangsungan khitan perempuan tidak hanya didorong oleh keyakinan agama, tetapi juga oleh tekanan sosial dan stigma yang berkembang dalam masyarakat.

Sumatera Barat: Kesenjangan antara Modernisasi Perkotaan dan Tradisi Invasif Kepulauan

Situasi yang berbeda ditemukan di Sumatera Barat. Informan dari Muhammadiyah dan Aisyiyah Padang menjelaskan bahwa praktik khitan perempuan hampir tidak terdengar lagi di wilayah perkotaan. Kondisi ini menunjukkan pola yang mirip dengan Jember, yakni semakin kuatnya pengaruh pendidikan dan literasi kesehatan dalam mengubah praktik budaya.

Namun demikian, modernisasi tersebut tidak berlangsung merata. Dr. Tilla dan Bidan Asnah melaporkan bahwa praktik invasif masih ditemukan di wilayah Kepulauan Mentawai dan Pulau Mandih, terutama pada komunitas tertentu yang mempertahankan tradisi *Bungus*. Bahkan pada tahun 2021 RSU Aisyiyah Padang menerima rujukan bayi yang mengalami perdarahan hebat akibat pemotongan ujung klitoris menggunakan gunting oleh dukun.

Kasus tersebut menunjukkan bahwa praktik FGM/C yang paling berisiko masih berlangsung di wilayah yang akses terhadap pendidikan kesehatan dan layanan medis modern relatif terbatas. Temuan ini mengonfirmasi laporan WHO yang dikutip Azizah (2020) bahwa praktik khitan perempuan dapat menyebabkan perdarahan, infeksi, gangguan berkemih, kista, infertilitas, hingga komplikasi serius lainnya. Penelitian Ihsan et al. (2025) juga menegaskan bahwa tindakan invasif pada genital perempuan tidak memiliki manfaat medis dan berpotensi menimbulkan dampak kesehatan jangka panjang.

Menariknya, tenaga kesehatan di Sumatera Barat mengambil posisi yang lebih tegas dibandingkan NTB. Jika tenaga kesehatan di NTB masih melakukan ritual simbolik sebagai bentuk kompromi budaya, maka tenaga kesehatan di RSU Aisyiyah Padang menolak segala bentuk tindakan pada area genital. Bidan Asnah hanya memberikan edukasi kepada orang tua agar membasuh sendiri genital bayi dengan kapas basah tanpa keterlibatan tenaga kesehatan.

Sikap ini mencerminkan implementasi yang lebih konsisten terhadap kebijakan kesehatan modern. Temuan tersebut sejalan dengan penelitian Mulyana et al. (2025) yang menegaskan bahwa tenaga kesehatan saat ini diposisikan sebagai agen eliminasi FGM/C dan bukan sebagai pelaksana ritual tersebut.

Tabel Komparatif Praktik Khitan Perempuan di Jember, NTB, dan Sumatera Barat

Aspek	Jember	Nusa Tenggara Barat (NTB)	Sumatera Barat
Kondisi Umum Praktik	Mulai menurun, terutama di masyarakat perkotaan dan warga Muhammadiyah	Masih berlangsung luas dan memperoleh legitimasi sosial yang kuat	Hampir tidak ditemukan di wilayah perkotaan, tetapi masih ada di wilayah kepulauan
Bentuk Praktik Saat Ini	Sebagian besar ditinggalkan, namun masih dilakukan oleh sebagian masyarakat pedesaan dan dukun bayi	Bertransformasi menjadi praktik simbolik (swab/usapan kasa tanpa perlukaan)	Di kota hampir hilang, di kepulauan masih ditemukan praktik invasif berupa pemotongan

Aspek	Jember	Nusa Tenggara Barat (NTB)	Sumatera Barat
Faktor Pendorong Utama	Budaya Pandalungan, stigma sosial, kepatuhan kepada kiai dan ustaz	Interpretasi Mazhab Syafi'i, adat Praje dan Besuci, tekanan sosial-keagamaan	Mitos kebersihan, kesehatan, estetika, serta tradisi lokal di wilayah kepulauan
Peran Agama	Menjadi salah satu sumber legitimasi, terutama di pedesaan	Sangat dominan dan dianggap sebagai kewajiban agama	Mulai melemah di wilayah urban, tetapi masih berpengaruh di daerah terpencil
Peran Tradisi/Adat	Budaya Pandalungan masih mempertahankan praktik	Sangat kuat dan menyatu dengan praktik keagamaan	Bertahan pada komunitas tertentu di wilayah kepulauan
Pengaruh Literasi Kesehatan	Tinggi di wilayah perkotaan sehingga mendorong penolakan praktik	Belum cukup kuat untuk menghilangkan praktik, hanya mengubah bentuknya	Tinggi di wilayah urban, rendah di wilayah kepulauan
Posisi Muhammadiyah/Aisyiyah	Cenderung progresif dan menolak praktik khitan perempuan	Mendorong edukasi, namun berhadapan dengan dominasi budaya-agama yang kuat	Muhammadiyah dan Aisyiyah perkotaan umumnya tidak lagi mendukung praktik tersebut
Respons Tenaga Kesehatan	Menolak seluruh permintaan khitan perempuan	Melakukan pendekatan harm reduction melalui ritual simbolik	Menolak seluruh bentuk tindakan dan hanya memberikan edukasi
Peran Tenaga Kesehatan	Agen eliminasi praktik	Negosiator antara tuntutan budaya dan prinsip medis	Agen eliminasi praktik secara tegas
Risiko Kesehatan yang Ditemukan	Relatif menurun karena praktik semakin berkurang	Risiko fisik berkurang karena praktik invasif mulai ditinggalkan	Masih ditemukan komplikasi serius seperti perdarahan akibat pemotongan
Tahap Transformasi Sosial	Fase transisi dari tradisi menuju pendekatan berbasis kesehatan	Fase dominasi budaya-agama dengan adaptasi simbolik	Fase dualisme antara modernisasi perkotaan dan tradisi periferi
Dampak Utama	Terjadi penurunan praktik melalui peningkatan pendidikan dan literasi kesehatan	Praktik tetap bertahan meskipun mengalami transformasi bentuk	Terjadi kesenjangan antara wilayah yang telah meninggalkan praktik dan wilayah yang masih mempertahankannya

Analisis Komparatif

Jika dibandingkan, ketiga wilayah menunjukkan tahapan transformasi sosial yang berbeda. Jember berada pada fase transisi, di mana literasi kesehatan mulai menggeser legitimasi budaya, tetapi praktik masih bertahan di wilayah pedesaan melalui pengaruh budaya Pandalungan dan tokoh agama. NTB berada pada fase dominasi budaya-agama yang paling kuat, sehingga praktik belum dapat dihapus

sepenuhnya dan melahirkan strategi kompromi berupa ritual simbolik oleh tenaga kesehatan. Sebaliknya, Sumatera Barat memperlihatkan dualisme yang tajam: masyarakat urban telah meninggalkan praktik tersebut, sementara wilayah kepulauan masih mempertahankan bentuk invasif yang berbahaya.

Temuan ini memperlihatkan bahwa keberhasilan eliminasi khitan perempuan tidak hanya ditentukan oleh regulasi kesehatan, tetapi juga oleh kemampuan mengubah struktur legitimasi sosial yang menopang praktik tersebut. Ketika kesehatan dan pendidikan mulai menggantikan pola piker tradisional seperti yang terjadi di Jember dan Padang, praktik cenderung mengalami penurunan. Sebaliknya, ketika agama dan adat masih mendominasi sebagaimana di NTB, praktik tetap bertahan meskipun bentuknya telah mengalami transformasi menjadi simbolik. Dengan demikian, upaya penghapusan khitan perempuan memerlukan pendekatan yang berbeda pada setiap wilayah, dengan mempertimbangkan karakter budaya, norma keagamaan, dan tingkat literasi kesehatan masyarakat setempat.

Analisis Perbedaan Antar-Narasumber dan Wilayah: Motif Sosial, Strategi Medis, dan Respons Organisasi Muhammadiyah–Aisyiyah terhadap Praktik Khitan Perempuan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa praktik khitan perempuan di Indonesia tidak memiliki pola yang seragam. Meskipun berada dalam konteks masyarakat Muslim yang sama, setiap wilayah memperlihatkan konstruksi sosial, legitimasi budaya, dan respons kelembagaan yang berbeda. Perbedaan tersebut tampak pada akar motivasi masyarakat, strategi tenaga kesehatan dalam merespons permintaan khitan perempuan, serta fokus gerakan pimpinan Muhammadiyah dan Aisyiyah dalam isu perlindungan perempuan.

Perbedaan Akar Motivasi Masyarakat

Temuan penelitian menunjukkan bahwa masyarakat di NTB, Jember, dan Sumatera Barat memiliki landasan motivasi yang berbeda dalam mempertahankan praktik khitan perempuan. Di NTB, praktik ini terutama memperoleh legitimasi dari interpretasi keagamaan yang kuat. Informan menjelaskan bahwa masyarakat Lombok yang mayoritas berafiliasi dengan Mazhab Syafi'i masih memandang khitan perempuan sebagai bagian dari kewajiban agama yang harus dijalankan. Pandangan ini sejalan dengan penelitian Hartono dan Febriani (2020) yang menemukan bahwa dalam tradisi fikih Syafi'iyah, khitan perempuan diposisikan sebagai kewajiban, berbeda dengan pandangan mazhab Hanafi dan Hanbali yang lebih longgar dalam memaknainya.

Selain faktor mazhab, praktik tersebut juga diperkuat oleh ritual budaya lokal seperti *Besuci* di Lombok Timur dan *Praje* di Lombok Barat. Kondisi ini menunjukkan bahwa agama dan budaya tidak berjalan secara terpisah, tetapi saling memperkuat dalam membentuk norma sosial masyarakat. Fenomena serupa ditemukan oleh Muda (2020) pada masyarakat Gorontalo yang memandang khitan perempuan sebagai kewajiban adat sekaligus manifestasi nilai-nilai agama yang harus diwariskan kepada generasi berikutnya. Dengan demikian, motivasi masyarakat NTB lebih banyak bersumber dari legitimasi agama formal yang terinstitusionalisasi melalui mazhab dan tradisi adat.

Berbeda dengan NTB, motivasi masyarakat Jember lebih banyak dipengaruhi oleh faktor sosial-budaya dan relasi patriarkal yang berkembang dalam kultur Pandalungan. Informan menjelaskan bahwa sebagian masyarakat masih meyakini bahwa anak perempuan yang tidak dikhitan akan dianggap "centil", "ganjel", atau memiliki perilaku seksual yang tidak terkendali. Pandangan tersebut menunjukkan bahwa khitan perempuan berfungsi sebagai instrumen kontrol sosial terhadap tubuh perempuan. Temuan ini sejalan dengan kajian Pratiwi (2024) yang menjelaskan bahwa praktik khitan perempuan sering kali dipertahankan karena adanya stigma terhadap perempuan yang tidak dikhitan, termasuk anggapan bahwa mereka memiliki libido yang lebih tinggi dan sulit dikendalikan.

Selain stigma sosial, praktik di Jember juga dipertahankan melalui kepatuhan hierarkis kepada tokoh informal seperti kiai, ustaz, dan dukun bayi. Situasi ini sesuai dengan temuan Azizah (2020) yang

menunjukkan bahwa khitan perempuan di Indonesia tidak hanya dipahami sebagai kewajiban agama, tetapi juga sebagai tradisi yang dipercaya mampu menjaga kesopanan dan kesucian perempuan dalam masyarakat. Dengan demikian, faktor utama yang menopang praktik di Jember bukanlah argumentasi fikih yang formal sebagaimana di NTB, melainkan tekanan sosial dan budaya patriarkal yang hidup dalam masyarakat.

Sementara itu, di Sumatera Barat, motivasi masyarakat menunjukkan karakter yang berbeda lagi. Berdasarkan keterangan tenaga kesehatan dan tokoh Muhammadiyah setempat, praktik khitan perempuan di wilayah kepulauan lebih banyak didorong oleh mitos kebersihan, estetika, dan kesehatan tubuh. Masyarakat mempercayai bahwa khitan dapat membuat perempuan lebih bersih, lebih cantik, dan mencegah pertumbuhan klitoris yang dianggap berlebihan. Temuan tersebut sejalan dengan penelitian Ihsan et al. (2025) yang menemukan bahwa praktik FGM/C di berbagai daerah Indonesia sering dikaitkan dengan konsep kemurnian, moralitas, dan kesiapan perempuan memasuki kehidupan sosial.

Kepercayaan mengenai manfaat kebersihan tersebut juga ditemukan dalam penelitian El-Gibaly et al. (2019) di Mesir. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa keluarga sering kali mempertahankan FGM/C karena meyakini bahwa tindakan tersebut diperlukan untuk menjaga kebersihan tubuh perempuan dan memenuhi standar kecantikan yang berlaku di masyarakat. Temuan ini menunjukkan adanya pola lintas budaya bahwa tubuh perempuan sering menjadi objek regulasi sosial melalui narasi kesehatan dan estetika yang sebenarnya tidak memiliki dasar medis.

Perbedaan Pendekatan Tenaga Kesehatan

Perbedaan berikutnya tampak pada strategi tenaga kesehatan dalam menghadapi permintaan khitan perempuan. Di NTB, para bidan cenderung mengambil pendekatan yang bersifat akomodatif-simbolik. Informan menjelaskan bahwa praktik pemotongan telah dihentikan, tetapi tenaga kesehatan masih melakukan tindakan simbolik berupa mengusap atau menyentuh area genital dengan kapas atau kasa tanpa melakukan perlukaan. Strategi tersebut dilakukan sebagai bentuk *harm reduction*, yakni upaya mencegah masyarakat membawa bayi ke dukun yang berpotensi melakukan tindakan invasif menggunakan alat tidak steril.

Pendekatan ini dapat dipahami melalui temuan El-Gibaly et al. (2019) yang menjelaskan bahwa medicalization of FGM/C sering muncul karena tenaga kesehatan berusaha mengurangi risiko kesehatan tanpa mampu menghilangkan tuntutan budaya yang berkembang dalam masyarakat. Dalam konteks NTB, tindakan simbolik menjadi bentuk negosiasi antara tuntutan medis dan tuntutan sosial-keagamaan yang masih kuat.

Sebaliknya, tenaga kesehatan di RS Universitas Muhammadiyah Jember dan RSU Aisyiyah Padang mengambil posisi yang lebih tegas. Mereka menolak seluruh bentuk intervensi, termasuk tindakan simbolik. Jika masyarakat tetap meminta ritual tertentu, tenaga kesehatan hanya memberikan edukasi tanpa menyentuh area genital bayi. Sikap ini menunjukkan orientasi yang lebih kuat pada prinsip etik profesi dan perlindungan hak kesehatan perempuan.

Pendekatan tersebut selaras dengan perkembangan kebijakan kesehatan nasional. Penelitian Mulyana et al. (2025) menunjukkan bahwa tenaga kesehatan saat ini diposisikan sebagai agen perubahan dalam eliminasi FGM/C dan didorong untuk tidak lagi menjadi pelaksana praktik tersebut, baik dalam bentuk invasif maupun simbolik. Dengan demikian, perbedaan strategi antara NTB dan Sumatera Barat maupun Jember menunjukkan adanya variasi dalam proses adaptasi kebijakan kesehatan terhadap realitas budaya lokal.

Perbedaan Fokus Pimpinan Muhammadiyah dan Aisyiyah

Perbedaan lain yang cukup menarik terlihat pada fokus perhatian pimpinan Muhammadiyah dan Aisyiyah di masing-masing wilayah. Di Jember dan NTB, isu khitan perempuan masih dipandang sebagai persoalan yang mendesak karena para pimpinan organisasi masih menemukan praktik tersebut dalam kehidupan masyarakat sehari-hari. Oleh karena itu, pimpinan Aisyiyah di kedua wilayah cenderung aktif membangun kolaborasi lintas organisasi dan lintas sektor untuk melakukan edukasi masyarakat.

Aktivisme tersebut dapat dipahami dalam konteks gerakan perempuan Muhammadiyah yang semakin mengadopsi perspektif kesehatan reproduksi dan keadilan gender. Pandangan ini sejalan dengan hasil penelitian Mundzir dan Muthmainnah (2022) yang menunjukkan bahwa Muhammadiyah merupakan salah satu organisasi Islam yang mengembangkan interpretasi progresif terhadap khitan perempuan dengan menempatkan perlindungan perempuan sebagai prioritas utama.

Sebaliknya, di Sumatera Barat, isu khitan perempuan belum dipandang sebagai agenda dakwah yang mendesak oleh sebagian pimpinan Muhammadiyah perkotaan. Hal ini disebabkan oleh persepsi bahwa praktik tersebut telah mengalami penurunan signifikan di wilayah Padang dan sekitarnya. Namun demikian, temuan lapangan memperlihatkan adanya paradoks karena kasus-kasus invasif masih ditemukan di wilayah kepulauan seperti Mentawai. Kondisi ini menunjukkan adanya kesenjangan antara persepsi pimpinan di pusat kota dengan realitas sosial yang terjadi di wilayah periferi.

Fenomena tersebut dapat dijelaskan melalui konsep ketimpangan akses informasi dan layanan kesehatan. Ihsan et al. (2025) menunjukkan bahwa praktik FGM/C cenderung bertahan di wilayah yang memiliki keterbatasan akses pendidikan dan layanan kesehatan modern, sementara masyarakat perkotaan mengalami perubahan lebih cepat akibat paparan informasi kesehatan reproduksi yang lebih luas. Dengan demikian, rendahnya persepsi urgensi di kalangan pimpinan perkotaan berpotensi menyebabkan praktik berisiko di wilayah kepulauan luput dari perhatian program advokasi organisasi.

Secara keseluruhan, temuan ini menunjukkan bahwa praktik khitan perempuan di Indonesia tidak dapat dijelaskan melalui satu faktor tunggal. Di NTB, legitimasi agama dan adat menjadi fondasi utama keberlangsungan praktik. Di Jember, praktik lebih banyak dipertahankan oleh stigma sosial dan budaya patriarkal. Sementara di Sumatera Barat, praktik bertahan melalui mitos kebersihan dan estetika yang berkembang di wilayah kepulauan. Variasi motivasi tersebut kemudian menghasilkan respons yang berbeda dari tenaga kesehatan maupun organisasi Muhammadiyah–Aisyiyah.

Temuan ini memperkuat argumentasi Azizah (2020), Hartono dan Febriani (2020), serta Pratiwi (2024) bahwa perdebatan mengenai khitan perempuan sesungguhnya tidak hanya berkaitan dengan persoalan hukum agama, tetapi juga menyangkut konstruksi budaya, relasi kuasa gender, dan dinamika perubahan sosial yang berbeda-beda di setiap wilayah Indonesia. Oleh karena itu, strategi eliminasi praktik khitan perempuan tidak dapat dilakukan secara seragam, melainkan harus mempertimbangkan faktor sosial, budaya, dan keagamaan yang spesifik pada masing-masing daerah.

Tabel. Perbedaan Antar-Wilayah dalam Motivasi Masyarakat, Strategi Tenaga Kesehatan, dan Fokus Muhammadiyah–Aisyiyah terhadap Praktik Khitan Perempuan

Dimensi	**NTB**	**Jember**	**Sumatera Barat**
Motivasi utama masyarakat	Agama dan adat	Stigma sosial dan budaya patriarkal	Mitos kebersihan dan estetika
Strategi tenaga kesehatan	Kompromi simbolik (*harm reduction*)	Penolakan total dan edukasi	Penolakan total dan edukasi
Fokus Muhammadiyah/Aisyiyah	Isu masih dianggap mendesak dan menjadi prioritas advokasi	Isu masih menjadi fokus edukasi dan kolaborasi lintas lembaga	Relatif kurang prioritas di kota, tetapi masih relevan di wilayah kepulauan

Kesimpulan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa keberlangsungan praktik khitan perempuan sangat dipengaruhi oleh tingkat literasi kesehatan, akses pendidikan, kekuatan otoritas agama dan adat, serta posisi lembaga kesehatan dan organisasi masyarakat dalam membentuk norma sosial. Secara umum dapat disimpulkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan, literasi kesehatan, dan keterpaparan masyarakat terhadap informasi medis modern, maka praktik khitan perempuan cenderung ditinggalkan dan digantikan oleh pemahaman yang lebih berorientasi pada perlindungan kesehatan serta hak perempuan. Pola ini terlihat pada masyarakat perkotaan di Jember dan Padang yang mulai memandang khitan perempuan sebagai praktik yang tidak memiliki manfaat medis dan berpotensi menimbulkan risiko kesehatan.

Sebaliknya, semakin kuat dominasi tradisi lokal, otoritas agama yang menempatkan khitan perempuan sebagai kewajiban, serta semakin terbatas akses masyarakat terhadap pendidikan dan informasi kesehatan, maka praktik khitan perempuan cenderung tetap dipertahankan, baik dalam bentuk invasif maupun simbolik. Pola tersebut tampak pada masyarakat NTB dan beberapa wilayah kepulauan di Sumatera Barat. Temuan serupa juga terlihat pada tenaga kesehatan. Semakin kuat internalisasi prinsip kesehatan berbasis bukti (evidence-based practice), maka tenaga kesehatan cenderung menolak seluruh bentuk khitan perempuan dan berperan sebagai agen eliminasi praktik tersebut. Sebaliknya, semakin kuat tekanan budaya dan sosial yang dihadapi, maka tenaga kesehatan cenderung mengembangkan strategi kompromi berupa tindakan simbolik sebagai bentuk *harm reduction*.

Pada organisasi Muhammadiyah dan Aisyiyah, semakin tinggi kesadaran terhadap isu kesehatan reproduksi, keadilan gender, dan perlindungan perempuan, maka organisasi cenderung mengambil posisi yang lebih progresif dalam menolak praktik khitan perempuan serta melakukan advokasi kepada masyarakat. Namun ketika praktik dianggap telah menurun atau tidak lagi menjadi masalah utama, perhatian organisasi terhadap isu tersebut juga cenderung berkurang meskipun praktik masih dapat bertahan di wilayah-wilayah periferi yang kurang terjangkau program edukasi.

BAB IV
KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Berdasarkan temuan lapangan dan analisis interdisipliner mengenai dinamika praktik khitan perempuan (*Female Genital Mutilation/Cutting* atau FGM/C) di tiga wilayah penelitian, dapat ditarik kesimpulan pokok yang menjawab pertanyaan penelitian sebagai berikut:

1. **Pemahaman Warga terhadap Keputusan Organisasi:** Meskipun Majelis Tarjih Pimpinan Pusat Muhammadiyah telah mengeluarkan putusan hukum yang sangat progresif dengan menetapkan bahwa praktik khitan perempuan berstatus *ghairu masyru'* (tidak disyariatkan), pemahaman ini belum merata di tingkat warga akar rumput. Terjadi kemacetan jalur komunikasi birokrasi, di mana sosialisasi putusan cenderung berputar di tingkat pengurus inti dan lambat menyentuh level ranting atau masyarakat pedesaan. Akibat minimnya instruksi resmi atau panduan teknis yang masif, warga biasa cenderung mengalami kebingungan dan tetap bersandar pada pemahaman fikih tradisional yang telah mendominasi lingkungan mereka. Di tengah kebuntuan ini, gerakan perempuan 'Aisyiyah tampil sebagai motor penggerak utama yang paling efektif dalam menerjemahkan dan mengedukasi masyarakat terkait pelarangan praktik tersebut di ruang-ruang domestik.

2. **Akar Motivasi Praktik Khitan Perempuan:** Kelestarian praktik khitan perempuan di kalangan masyarakat digerakkan oleh empat motivasi utama yang saling menguatkan dan membentuk ketahanan budaya yang kokoh:
    - *Legitimasi Agama Semu:* Keterikatan masyarakat yang sangat kuat terhadap pandangan Mazhab Syafi'i, di mana warga meyakini bahwa khitan adalah kewajiban mutlak demi kesempurnaan dan kesucian seorang Muslimah.
    - *Mitos Kontrol Seksualitas (Patriarki):* Adanya ketakutan sosial yang meyakini bahwa anak perempuan yang tidak dikhitan akan memiliki nafsu yang liar, berperilaku "centil", "ganjel", atau binal di masa dewasa.
    - *Kepatuhan Buta pada Tradisi:* Kepatuhan struktural dan hierarkis terhadap orang tua, dukun bayi, maupun tokoh adat setempat, yang diwujudkan melalui ritual-ritual kebudayaan wajib seperti tradisi *Praje* dan *Besuci* di Lombok, atau *Bungus* di Mentawai.
    - *Asumsi Keliru tentang Kebersihan dan Estetika:* Keyakinan tak berdasar bahwa tindakan pemotongan atau perlukaan dapat membuat organ kewanitaan lebih bersih, cantik, dan mencegah klitoris tumbuh memanjang.

3. **Persepsi Pemimpin Persyarikatan dan Dilema Tenaga Kesehatan:**
    - *Persepsi Pimpinan:* Para ahli dan pimpinan Muhammadiyah secara mutlak menolak praktik ini melalui integrasi pendekatan *bayani* (membuktikan bahwa hadis anjuran khitan berstatus *dha'if* atau palsu) dan *burhani* (sains klinis yang membuktikan ketiadaan manfaat dan besarnya *mudharat* fisik), demi menegakkan prinsip *hifdz al-nafs* (perlindungan jiwa).
    - *Dilema Tenaga Kesehatan:* Tenaga medis memiliki posisi keilmuan yang jelas menolak tindakan ini karena mengancam nyawa anak akibat infeksi dan pendarahan fatal. Namun, tingginya desakan dan ancaman keluarga pasien yang akan beralih ke dukun beranak (paraji) menciptakan dilema etis yang berat. Merespons hal ini, tenaga kesehatan terpaksa mengambil strategi kompromi berupa *harm reduction* atau "khitan simbolik" (sekadar mengusap organ dengan kapas basah tanpa sayatan) semata-mata untuk mencegah perlukaan fatal pada bayi, sekaligus meredam konflik kultural.

4. **Komparasi Praktik Antar-Wilayah:** Tingkat keberlangsungan praktik ini sangat bergantung pada interaksi antara literasi medis, hegemoni tradisi, dan modernisasi, yang menghasilkan pola berbeda di tiga wilayah:
    - *Jember (Fase Transisi):* Masyarakat urban perkotaan yang terpapar literasi kesehatan mulai meninggalkan praktik ini, sedangkan warga pedesaan masih tunduk pada stigma sosial dan kekuatan budaya Pandalungan.
    - *Nusa Tenggara Barat (Hegemoni Budaya):* Menunjukkan dominasi kuat dari otoritas agama (Syafi'iyah) dan adat Sasak, sehingga praktik ini masih sangat lazim dan melahirkan adaptasi "simbolik" yang masif oleh para bidan.
    - *Sumatera Barat (Dualisme Tajam):* Di wilayah perkotaan Padang, praktik khitan perempuan nyaris hilang dan tidak didukung oleh pimpinan persyarikatan. Sebaliknya, wilayah kepulauan yang terpencil (seperti Mentawai) justru mempertahankan praktik invasif (pemotongan fisik) yang sangat berisiko akibat kesenjangan akses edukasi.

B. Rekomendasi / Saran

Menyadari bahwa pelarangan koersif dan argumentasi murni agama kerap berujung pada resistensi budaya atau praktik bawah tanah (*underground*), strategi penghentian khitan perempuan harus dilakukan secara holistik, interdisipliner, dan berbasis komunitas. Berikut adalah rekomendasi penelitian bagi berbagai pemangku kepentingan:

1. **Bagi Pimpinan Persyarikatan Muhammadiyah dan 'Aisyiyah:**
    - **Penerbitan Panduan Teknis (Tanfidz):** Pimpinan Pusat perlu segera merumuskan dan mendistribusikan buku saku atau modul instruksional spesifik (Tanfidz) hingga ke tingkat Ranting, sebagai tameng bagi warga dan tenaga kesehatan dalam menolak paksaan khitan dari lingkungan sekitar.
    - **Integrasi Kurikulum di PTMA:** Untuk memutus rantai tradisi secara permanen, materi perlindungan hak reproduksi dan rasionalisasi putusan *ghairu masyru'* harus dimasukkan secara wajib ke dalam silabus perkuliahan Al-Islam dan Kemuhammadiyahan (AIK), Fikih Muamalah, serta materi pengkaderan *Baitul Arqom* di seluruh Perguruan Tinggi Muhammadiyah 'Aisyiyah (PTMA).
    - **Perluasan Koalisi Kultural:** Organisasi perlu memperluas langkah taktis kolaborasi lintas ormas (seperti yang dilakukan 'Aisyiyah Jember dengan Fatayat NU) agar narasi penolakan menjadi suara kolektif otoritas agama, sehingga menutup celah perdebatan di tingkat warga bawah.
2. **Bagi Lembaga Kesehatan dan Tenaga Medis:**
    - **Konsistensi Penolakan Medis:** Rumah sakit dan klinik persyarikatan didorong untuk secara bertahap meninggalkan strategi medikalisasi atau "khitan simbolik", dan bertransisi sepenuhnya menjadi agen eliminasi yang menolak segala bentuk intervensi pada genitalia perempuan, dengan menggantinya murni melalui edukasi kebersihan dasar.
    - **Peningkatan Komunikasi Persuasif:** Tenaga kesehatan di wilayah berisiko tinggi perlu dibekali pelatihan konseling lintas-budaya agar mampu mengedukasi keluarga pasien dengan mengawinkan argumen klinis (*burhani*) dan agama (*bayani*), tanpa menyinggung sentimen adat.
3. **Bagi Pemerintah Daerah dan Tokoh Masyarakat:**
    - **Pelibatan Tokoh Laki-Laki dan Pemangku Jabatan:** Edukasi tidak boleh hanya membebani kaum perempuan. Pemerintah perlu secara aktif melibatkan pejabat lokal (seperti peran Lurah di Jember) dan para ayah untuk membangun efikasi diri (*self-efficacy*) dalam keluarga agar berani melawan tekanan tradisi dari lingkungan.
    - **Transformasi Esensi Ritual Adat:** Pendekatan kepada dukun beranak (paraji) dan pemangku adat harus diorientasikan pada "negosiasi kultural". Intervensi tidak ditujukan untuk mematikan perayaan budaya (seperti *Barodak* atau *Praje*), melainkan secara taktis memodifikasi pelaksanaannya menjadi perayaan kedewasaan yang sepenuhnya aman, simbolik di luar ranah fisik, dan tanpa menyentuh organ intim anak sama sekali.

REFERENSI

Alifah, R. N., Nisa, A. A., Nugroho, E., & Hermawan, D. Y. (2024). Female genital mutilation (FGM) in Indonesia: Systematic review. *MPPKI (Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia)*, *7*(11), 2631–2637. https://doi.org/10.56338/mppki.v7i11.6165

Azizah, A. (2020). Status hukum khitan perempuan (Perdebatan pandangan ulama dan Permenkes RI No.1636/MENKES/PER/XI/2010). *Musãwa: Jurnal Studi Gender dan Islam, 19*(2), 173–193.

Dawson, A., Homer, C. S., Turkmani, S., Black, K., & Varol, N. (2015). A systematic review of doctors' experiences and needs to support the care of women with female genital mutilation. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 131(1), 35–40. https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.04.033

Doucet, M.-H., Pallitto, C., & Groleau, D. (2017). Understanding the motivations of health-care providers in performing female genital mutilation: An integrative review of the literature. *Reproductive Health*, *14*(46), 1–15. https://doi.org/10.1186/s12978-017-0306-5

El-Gibaly, O., Aziz, M., & Abou Hussein, S. (2019). Health care providers' and mothers' perceptions about the medicalization of female genital mutilation or cutting in Egypt: A cross-sectional qualitative study. *BMC International Health and Human Rights, 19*(26), 1–12. https://doi.org/10.1186/s12914-019-0202-x

Farida, J., Elizabeth, M. Z., Fauzi, M., Rusmadi, & Filasofa, L. M. K. (2017). Sunat pada anak perempuan (khifadz) dan perlindungan anak perempuan di Indonesia: Studi kasus di Kabupaten Demak. *SAWWA*, *12*(3), 371–395. https://doi.org/10.21580/sa.v12i3.2086

Fauziah, N. (2015). Pemikiran Husein Muhammad tentang khitan wanita. *AL-HUKAMA: The Indonesian Journal of Islamic Family Law*, *5*(2), 374–408. https://doi.org/10.15642/al-hukama.2015.5.2.373-408

Gusnanda, & Wijaya, R. W. (2023). Khitan pada wanita dalam tinjauan hadis dan medis. *Al-Qudwah: Jurnal Studi Al-Qur'an dan Hadis*, 1(1), 78–91. http://dx.doi.org/10.24014/alqudwah.vlil.22855

Gustina, N. A., & Nareswari, L. A. (2023). Intersectionality analysis of the impact of anti-female genital mutilation/cutting policies in Indonesia and Egypt. *Jurnal Politik*, *9*(2), 39–67. https://doi.org/10.7454/jp.v9i2.1136

Harmina, Hayati, A. N., Majid, A., Sagirah, S., & Wahyuni, T. (2023). Analisis resepsi mahasiswa ilmu agama terhadap praktik khitan perempuan. *Jurnal Pendidikan dan Pemikiran*, *18*(1), 940–946. https://doi.org/10.55558/alihda.v18i1.135

Hartono, R., & Febriani, W. (2020). Interpretation of Islamic law regarding female circumcision in Indonesia: Fatwa analysis and ulama opinions. *Indonesian Journal of Islamic Law, 3*(2), 74–90. https://doi.org/10.35719/ijil.v3i2.2037

Hasmita, D., Ropii, I., & Putra, M. D. (2026). Legal analysis of female circumcision in the context of legal pluralism in Indonesia. *Al-Manhaj: Jurnal Hukum dan Pranata Sosial Islam*, *8*(1), 105–114. https://doi.org/10.37680/almanhaj.v8i1.8550

Heryani, N., Herinawati, & Diniyati. (2020). Tradisi dan persepsi tentang sunat perempuan di Desa Sukamaju Kabupaten Muaro Jambi. *Poltekkes Kemenkes Jambi*. 2(1), 1-11, https://doi.org/10.35971/jjhsr.v2i1.3811

Ibrahim, F., Sulaiman, A. I., & Ahmed, A. (2022). Harmful cultural traditions: An analysis of female circumcision practice in Maldives. *DHS Working Papers*, (187), 1–35.

Ihsan, M., Panai, A. H., Jusuf, M. I., & Zubaidi, M. (2025). A descriptive analysis of female genital mutilation/cutting (FGM/C) in Gorontalo: Cultural, health, and legal perspectives. *International Journal of Science and Research Archive, 15*(2), 1222–1227. https://doi.org/10.30574/ijsra.2025.15.2.1414

Kam BS, Lee SY. Integrating the health belief model into health education programs in a clinical setting. *World J Clin Cases* 2024; 12(33): 6660-6663 [PMID: 39600476 DOI: 10.12998/wjcc.v12.i33.6660]

Klein, E., Helzner, E., Shayowitz, M., Kohlhoff, S., & Smith-Norowitz, T. A. (2018). Female Genital Mutilation: Health Consequences and Complications-A Short Literature Review. *Obstetrics and gynecology international*, *2018*, 7365715. https://doi.org/10.1155/2018/7365715

Kurniati, F., Fujiana, F., & Hayati, U. F. (2022). Kajian literatur: Sunat perempuan ditinjau dari aspek umum dan kesehatan. *Al-Asalmiya Nursing: Jurnal Ilmu Keperawatan (Journal of Nursing Sciences)*, *11*(1), 75–81. https://doi.org/10.35328/keperawatan.v11i1.2124

Malinda, R. (2024). Implementasi model PRECEDE-PROCEED dalam promosi kesehatan Perilaku Hidup Bersih Sehat (PHBS). *PubHealth: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, *2*(4). https://doi.org/10.56211/pubhealth.v2i4.526

Muda, L. (2020). Female circumcision: Mopolihu Lo Limu and Mongubingo customs in building leadership behavior. *El Harakah: Jurnal Budaya Islam, 22*(1), 39–57. https://doi.org/10.18860/el.v22i1.8785

Mulyana, E., Nurjannah, N., Zaman, N., Saputra, I., & Maidar. (2025). Qualitative study of midwives' perceptions and responses to the implementation of female genital mutilation (circumcision) by midwives in Aceh post-regulation. *International Journal of Public Health Excellence, 5*(1), 65–72.

Mundzir, I., & Muthmainnah, Y. (2022). The progressiveness of Quranic interpretation in the fatwa of Muhammadiyah on female circumcision. *Indonesian Journal of Islam and Muslim Societies*, 12(2), 285–311. https://doi.org/10.18326/ijims.v12i2.285-311

Pratiwi, A. A. (2024). Epistimology of the 2022 Indonesian Women's Ulama Congress on the prohibition of the practice of female circumcision from the perspective of Hakiki justice. *SMART: Journal of Sharia, Tradition and Modernity, 4*(1), 16–34. https://doi.org/10.24042/smart.v4i1.20528

Rahmawati, E. S., & Maknun, L. (2017). Khitan perempuan dalam fatwa MUI No. 9A Tahun 2008 dan Permenkes No. 6 Tahun 2014 perspektif maqashid al-syari'ah. *Egalita: Jurnal Kesetaraan dan Keadilan Gender*, *12*(2), 11–22. https://doi.org/10.18860/egalita.v12i2.7939

Rakhman, A. K. (2023). Sunat perempuan di Indonesia: Sebuah aplikasi konsep hermeneutika Fazlur Rahman. *Kajian Gender dan Islam*, 1–18.

Ramadhani, F. S., Ramadhani, E. D. A., & Kurniati. (2024). Khitan perempuan dalam tradisi Bugis (Makkatte') perspektif hukum Islam dan hukum adat. *Humaniora: Jurnal Humaniora dan Sosial Sains*, 1(3), 515–521.

Rouzi, A. A. (2013). Facts and controversies on female genital mutilation and Islam. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 18(1), 10–14.

Sulahyuningsih, E., Daro, Y. A., & Safitri, A. (2021). Analisis praktik tradisional berbahaya: Sunat perempuan sebagai indikator kesetaraan gender dalam perspektif agama, transkultural, dan kesehatan reproduksi di Kabupaten Sumbawa. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, *12*(1), 134–148. https://doi.org/10.26751/jikk.v12i1.916

Varol, N., Turkmani, S., Black, K., Hall, J., & Dawson, A. (2015). The role of men in abandonment of female genital mutilation: A systematic review. *BMC Public Health*, *15*(1034), 1–14. https://doi.org/10.1186/s12889-015-2373-2

Wahyuni, & Halim, M. A. (2022). Tradisi hitanan anak perempuan perspektif sosiologi agama. *Sosiologia: Jurnal Agama dan Masyarakat*, 5(1), 67–77.

Yang, J., dkk. (2020). Medicalization and symbolic practices in female genital cutting: A harm reduction dilemma in transitional societies. *International Journal of Human Rights and Health*, 13(3), 211–225.

Yang, M., Hu, Z., Qu, X., Li, M., Du, W., & Fan, L. (2025). Utilization and effectiveness of the PRECEDE-PROCEED model as a tool in public health interventions: A systematic review. *Iran J Public Health*, *54*(10), 2073–2088. https://doi.org/10.18502/iph.v54610.20121

Zacharias, T. S., & Natar, A. N. (2020). Status hukum khitan perempuan (Perdebatan pandangan ulama dan Permenkes RI No. 1636/Menkes/Per/XI/2010). *Musawa: Jurnal Studi Gender dan Islam*, 19(2), 159–175.

Zurynski, Y., Sureshkumar, P., Phu, A., & Elliott, E. (2015). Female genital mutilation and cutting: A systematic literature review of health professionals' knowledge, attitudes and clinical practice. *BMC International Health and Human Rights*, *15*(32), 1–18. https://doi.org/10.1186/s12914-015-0070-y

POLICY BRIEF

MUHAMMADIYAH

UNFPA
Ensuring rights and choices for all since 1969

MENJEMBATANI KESENJANGAN FATWA DAN PRAKTIK

Strategi Muhammadiyah untuk Penghentian Sunnat Perempuan / FGM/C / P2GP

Ditujukan kepada:
Pimpinan Pusat Muhammadiyah

Disusun oleh:
Tim Peneliti Muhammadiyah–UNFPA

STATUS HUKUM MUHAMMADIYAH

GHAIRU MASYRU'
(Tidak Dianjurkan)

Majelis Tarjih dan Tajdid PP Muhammadiyah menetapkan bahwa **Sunnat Perempuan / FGM/C / P2GP** (Pemotongan dan Pelukaan Genitalia Perempuan) berstatus **GHAIRU MASYRU'** (tidak dianjurkan dalam syariat Islam).

- Tidak terdapat dalil yang kuat yang mewajibkannya.
- Tidak pernah dicontohkan secara sahih oleh Rasulullah SAW.
- Bertentangan dengan prinsip Islam yang melarang tindakan yang menimbulkan mudarat dan menyakiti tubuh manusia.
- Sejalan dengan tujuan syariat (*maqashid syariah*) untuk menjaga jiwa (*hifzh al-nafs*) dan menjaga keturunan (*hifzh al-nasl*).

Keputusan Majelis Tarjih dan Tajdid PP Muhammadiyah tentang Khitan Perempuan:

- Tidak terdapat dasar syar'i yang kuat untuk mewajibkan khitan perempuan.
- Islam melarang tindakan yang menyakiti tubuh manusia.
- Pertimbangan kemaslahatan dan perlindungan perempuan harus diutamakan.

Sumber: Keputusan Majelis Tarjih dan Tajdid PP Muhammadiyah (2010; ditegaskan kembali dalam berbagai forum tarjih dan kesehatan reproduksi Muhammadiyah).

PESAN UTAMA (KEY MESSAGES)

Majelis Tarjih dan Tajdid PP Muhammadiyah menetapkan bahwa **Sunnat Perempuan / FGM/C / P2GP (Pemotongan dan Pelukaan Genitalia Perempuan) berstatus GHAIRU MASYRU' (tidak dianjurkan dalam syariat Islam).** Tidak terdapat dalil yang kuat yang mewajibkannya, tidak dicontohkan Rasulullah SAW, dan bertentangan dengan prinsip Islam yang melarang tindakan yang menimbulkan mudarat.

Namun praktik masih berlangsung karena **budaya, tradisi keluarga, dan legitimasi sosial** lebih berpengaruh dibanding fatwa organisasi.

Sebanyak **41,4%** responden masih **mendukung atau melakukan praktik sunnat perempuan / FGM/C / P2GP.**[1]

Faktor paling kuat yang mempertahankan praktik adalah **budaya dan kepercayaan (aOR=4,33).**[2]

Mayoritas generasi muda sudah tidak disunat, menunjukkan **peluang besar untuk transformasi sosial.**[3]

MENGAPA INI PENTING?

Sunnat perempuan (FGM/C/P2GP) merupakan praktik yang tidak memberikan manfaat kesehatan dan dapat menimbulkan dampak fisik, psikologis, seksual, dan reproduksi.

Sebagai organisasi Islam berkemajuan, Muhammadiyah memiliki posisi strategis untuk mempercepat penghentian praktik ini melalui pendekatan agama, kesehatan, pendidikan, dan pemberdayaan masyarakat.

ANGKA KUNCI DARI PENELITIAN KUANTITATIF

41,4%
responden masih mendukung atau **melakukan praktik** sunnat perempuan / FGM/C / P2GP.[1]

59,9%
responden memiliki **pengetahuan** rendah tentang sunnat perempuan.[1]

4,33 kali
budaya dan kepercayaan meningkatkan peluang praktik sunnat perempuan / FGM/C / P2GP.[2]

PENELITIAN DILAKUKAN DI 3 WILAYAH PRIORITAS

PADANG PARIAMAN
Sumatera Barat

JEMBER
Jawa Timur

LOMBOK TIMUR
Nusa Tenggara Barat

Metode: *Mixed Methods Study* | 307 responden survei + wawancara mendalam + FGD + kajian literatur

Catatan: 1 Laporan Hasil Penelitian Kuantitatif, hlm. 4 2 Laporan Hasil Penelitian Kuantitatif, hlm. 7 3 Laporan Hasil Penelitian Kualitatif, hlm. 4

2. APA YANG DITEMUKAN?

KESENJANGAN FATWA DAN PRAKTIK

Fatwa Muhammadiyah sudah jelas, namun dalam praktik masih terdapat kesenjangan di tingkat masyarakat.

ASPEK	FATWA MUHAMMADIYAH	REALITAS LAPANGAN
Posisi Syariat	Tidak dianjurkan (Ghairu Masyru')	Masih dianggap kewajiban agama
Dasar Syariat	Tidak dicontohkan Rasulullah SAW	Dianggap tradisi yang harus dilakukan
Prinsip Islam	Melarang tindakan yang menyakiti dan menimbulkan mudarat	Masih dilegitimasi keluarga dan komunitas
Tujuan Syariat (*Maqashid Syariah*)	Menjaga jiwa (*hifzh al-nafs*) dan menjaga keturunan (*hifzh al-nasl*)	Belum dipahami sebagai maslahah dan perlindungan perempuan

VARIASI ANTAR WILAYAH

Praktik Sunnat Perempuan / FGM/C / P2GP berbeda antar wilayah baik dari pelaku, bentuk, dan tingkat medikalisasi.

JEMBER
Jawa Timur

- Dominan dilakukan dukun bayi/paraji
- Tradisi turun-temurun di wilayah Tapal Kuda
- Banyak pada keluarga menengah ke bawah
- Tingkat medikalisasi **rendah**

LOMBOK TIMUR
Nusa Tenggara Barat

- Tradisi "Peraje" (diarak/dirayakan)
- Dukungan adat masih sangat kuat (Majelis Adat Sasak)
- Bentuk praktik invasif dan simbolik
- Tingkat medikalisasi **menengah**

PADANG PARIAMAN
Sumatera Barat

- Didominasi tenaga kesehatan
- Medikalisasi terstruktur di fasilitas kesehatan
- Lintas kelas sosial
- Tingkat medikalisasi **tinggi (67,5%)**

TEMUAN KUANTITATIF

Faktor yang berhubungan dengan praktik atau dukungan terhadap Sunnat Perempuan / FGM/C / P2GP

Faktor	OR Crude (95% CI)	OR Adjusted (95% CI)	Kekuatan Pengaruh
Pengetahuan rendah	**3,59** (2,24 – 5,77)	**3,24** (1,85 – 5,68)	Kuat
Sikap negatif	**3,31** (2,09 – 5,23)	**3,07** (1,80 – 5,24)	Kuat
Budaya & kepercayaan (positif mendukung praktik)	**6,33** (3,87 – 10,36)	**5,69** (3,18 – 10,15)	Sangat Kuat
Faktor pendukung sosial	**4,48** (2,82 – 7,12)	**4,00** (2,31 – 6,95)	Kuat
Faktor pemungkin (ketersediaan & akses layanan)	**9,91** (6,01 – 16,34)	**9,17** (5,11 – 16,48)	Sangat Kuat

Keterangan: OR Adjusted = nilai setelah dikontrol faktor lain (regresi logistik berganda). **Semakin besar nilai OR > 1, semakin besar peluang mendukung atau melakukan praktik Sunnat Perempuan / FGM/C / P2GP.**

MODEL PRECEDE-PROCEED: JALUR PENGARUH

Mengapa praktik masih bertahan?

BUDAYA & KEPERCAYAAN
Norma, tradisi, tafsir sosial-keagamaan melanggengkan praktik.

↓

KELUARGA & TOKOH LOKAL
Keputusan lebih dipengaruhi keluarga, tokoh agama, tokoh adat, dan dukun bayi dibanding fatwa organisasi.

↓

TENAGA KESEHATAN
Sebagian mengetahui tidak ada manfaat medis tetapi tetap melayani karena tekanan masyarakat (medikalisasi).

↓

PRAKTIK / DUKUNGAN
Sunnat Perempuan / FGM/C / P2GP masih terjadi dalam berbagai bentuk.

↓

DAMPAK
Risiko kesehatan fisik, psikologis, reproduksi, serta pelanggaran hak perempuan dan anak.

INTI TEMUAN:

Praktik Sunnat Perempuan / FGM/C / P2GP tidak hanya dipengaruhi oleh pengetahuan, tetapi terutama oleh budaya & kepercayaan, dukungan sosial, dan ketersediaan layanan.

Karena itu, intervensi harus komprehensif, berbasis komunitas, dan melibatkan lintas sektor.

Sumber data kuantitatif: Survei online (Google Form) – 307 responden valid di 3 wilayah.
Catatan: FGM/C = Female Genital Mutilation/Circumcision | P2GP = Pemotongan dan Pelukaan Genitalia Perempuan

3. MENGAPA MUHAMMADIYAH HARUS BERTINDAK SEKARANG?

Temuan penelitian menunjukkan bahwa penghentian Sunnat Perempuan / FGM/C / P2GP bukan hanya memungkinkan, tetapi juga memiliki momentum yang kuat untuk dipercepat melalui pendekatan agama, pendidikan, kesehatan, dan pemberdayaan komunitas.

A. RISIKO JIKA TIDAK ADA INTERVENSI

Perempuan & Anak

- Risiko fisik (nyeri, perdarahan, infeksi, komplikasi)
- Risiko psikologis (trauma, cemas, depresi)
- Risiko reproduksi (gangguan fungsi seksual, persalinan, kehamilan) [1]

Tenaga Kesehatan

- Dilema etik dan profesional
- Medikalisasi dapat memberi legitimasi baru terhadap praktik
- Tekanan sosial dari masyarakat [2]

Komunitas

- Norma dan tradisi yang mendukung praktik tetap bertahan
- Tekanan keluarga membuat praktik sulit ditinggalkan [1–2]

Muhammadiyah

- Kesenjangan antara fatwa dan praktik tetap terjadi
- Otoritas keagamaan tidak sepenuhnya terimplementasi di akar rumput [1]

B. MENGAPA SEKARANG MOMENTUM YANG TEPAT?

Tradisi kuat dan diwariskan → Kesadaran dan pengetahuan meningkat → Generasi muda semakin kritis dan berdaya → Momentum transformasi sosial semakin terbuka

- Mayoritas generasi muda (Gen Z) sudah tidak mengalami praktik Sunnat Perempuan / FGM/C / P2GP. [3]
- Kesadaran tentang kesehatan reproduksi dan hak perempuan semakin meningkat di masyarakat. [1,3]
- Sebagian tenaga kesehatan mulai menolak atau tidak lagi menyediakan layanan praktik karena alasan medis dan etik. [2]
- Fatwa Tarjih tentang keharaman Sunnat Perempusan / FGM/C / P2GP telah tersedia sebagai landasan keagamaan yang kuat. [4]
- Dukungan global dan nasional terhadap penghapusan FGM/C semakin kuat (SDGs, ICPD Programme of Action, rekomendasi WHO). [5,6]

C. TITIK MASUK INTERVENSI MUHAMMADIYAH

Fatwa harus diterjemahkan menjadi pengetahuan, sikap, dan praktik melalui jalur yang sistematis dan berkelanjutan.

Fatwa Tarjih
Landasan keagamaan menyatakan keharaman praktik. [4]

→ **LPAIK**
Mengintegrasikan fatwa dalam kurikulum dan pembinaan AIK.

→ **AIK PTMA**
Nilai Islam berkemajuan ditanamkan melalui pembelajaran, riset, dan dialog.

→ **Mahasiswa & Kader**
Agen perubahan yang teredukasi, kritis, dan berdaya menyebarkan nilai.

Keluarga & Komunitas
Dialog, edukasi, dan pendampingan untuk membangun norma baru yang melindungi perempuan dan anak.

Perubahan Sosial
Praktik dihentikan, martabat perempuan dan anak terjaga, masyarakat lebih berkeadaban.

D. MENGAPA LPAIK MENJADI AKTOR KUNCI?

Menjangkau seluruh PTMA
LPAIK terhubung dengan seluruh PTMA di Indonesia, sehingga pesan perubahan dapat menjangkau luas.

Mengelola pembelajaran AIK
AIK menjadi ruang strategis untuk menanamkan nilai keadilan, kemanusiaan, dan perlindungan perempuan.

Menghubungkan agama dan kesehatan
Menyatukan perspektif keagamaan dengan bukti ilmiah kesehatan untuk memperkuat pemahaman masyarakat.

Membentuk agen perubahan muda
Mahasiswa dan kader menjadi motor perubahan di keluarga dan komunitas.

Menjembatani fatwa dan praktik sosial
LPAIK menjadi penghubung antara keputusan keagamaan dan perubahan perilaku masyarakat di akar rumput.

E. TEMUAN STRATEGIS

> Tantangan utama bukan lagi penyusunan fatwa, melainkan **transformasi fatwa menjadi pengetahuan**, sikap, dan perilaku masyarakat. [1–4]

> Muhammadiyah memiliki modal sosial, jaringan kelembagaan, dan legitimasi keagamaan yang kuat untuk memimpin percepatan penghentian Sunnat Perempuan / FGM/C / P2GP di Indonesia.

- Jaringan luas hingga akar rumput
- Legitimasi keagamaan yang kuat
- Komitmen pada keadilan dan kemanusiaan
- Peluang nyata untuk perubahan berkelanjutan

4. REKOMENDASI KEBIJAKAN DAN ROADMAP AKSI MUHAMMADIYAH

Mengubah fatwa menjadi perubahan sosial memerlukan strategi implementasi yang sistematis, berkelanjutan, dan melibatkan seluruh ekosistem Muhammadiyah.

A. 5 PRIORITAS KEBIJAKAN

1 PERKUAT IMPLEMENTASI FATWA TARJIH

Fatwa belum cukup jika tidak dipahami hingga tingkat keluarga dan komunitas.

Aksi:
- Menyusun panduan operasional (tanfidz) yang mudah dipahami.
- Sosialisasi kepada pimpinan wilayah, daerah, cabang, dan ranting.
- Integrasi dalam materi dakwah dan pengajian.

2 INTEGRASI DALAM PENDIDIKAN AIK DAN PTMA

Pendidikan merupakan jalur paling berkelanjutan untuk perubahan sosial.

Aksi:
- Pengembangan modul AIK tentang kesehatan reproduksi dan perlindungan perempuan.
- Integrasi isu FGM/C/P2GP dalam pembelajaran AIK.
- Penguatan kapasitas dosen dan mahasiswa sebagai agen perubahan.

3 PENGUATAN KADER DAN KOMUNITAS

Kader merupakan jembatan antara fatwa dan perubahan perilaku masyarakat.

Aksi:
- Pelatihan kader kesehatan dan mubaligh/mubalighat.
- Pengembangan media edukasi berbasis komunitas.
- Pendampingan keluarga dan tokoh masyarakat.

4 KOLABORASI LINTAS MAJELIS DAN LEMBAGA

Penghentian praktik memerlukan pendekatan multidisiplin dan kerja bersama.

Aksi:
- Penguatan sinergi dan kerja bersama antara:

MPKU	Tarjih & Tajdid
LPAIK	Diktilitbang
Ortom	PTMA

5 KEMITRAAN NASIONAL DAN GLOBAL

Muhammadiyah dapat menjadi pelopor penghapusan FGM/C berbasis nilai Islam Berkemajuan.

Aksi / Mitra Potensial:
- Kementerian Kesehatan
- Kementerian Agama
- BKKBN
- UNFPA
- UNICEF
- WHO
- Organisasi masyarakat sipil

B. ROADMAP AKSI

2026

Sosialisasi Fatwa
Sosialisasi fatwa hingga cabang dan ranting, serta tokoh masyarakat.

Penyusunan Modul AIK
Pengembangan modul AIK tentang kesehatan reproduksi dan perlindungan perempuan.

Pengembangan Media Edukasi
Pembuatan media edukasi berbasis agama, kesehatan, dan budaya lokal.

2027

Pelatihan Kader Nasional
Pelatihan kader kesehatan, mubaligh/mubalighat, dan pendidik di seluruh wilayah.

Implementasi di PTMA
Integrasi modul AIK dan program edukasi di seluruh PTMA secara bertahap.

Program Komunitas Percontohan
Implementasi program perubahan perilaku di komunitas prioritas.

2028+

Replikasi Nasional
Perluasan program ke seluruh wilayah Indonesia.

Monitoring dan Evaluasi
Pemantauan berkala, pengukuran dampak, dan pembelajaran berkelanjutan.

Integrasi Kebijakan Berkelanjutan
Integrasi program dan kebijakan ke dalam sistem kelembagaan secara berkelanjutan.

C. CALL TO ACTION

Muhammadiyah memiliki legitimasi keagamaan, jaringan kelembagaan, dan modal sosial yang kuat untuk memimpin percepatan penghentian Sunnat Perempuan / FGM/C / P2GP di Indonesia.

Tantangan utama bukan lagi penyusunan fatwa, melainkan transformasi fatwa menjadi pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat.

Bersama, jadikan setiap perempuan dan anak perempuan Indonesia terlindungi, sehat, dan bermartabat sesuai nilai Islam Berkemajuan.

D. REFERENSI

1. Majelis Tarjih dan Tajdid PP Muhammadiyah. Keputusan tentang Khitan Perempuan (FGM/C/P2GP). Keputusan Tarjih Muhammadiyah No. 24/KEP/I.0/D/2022 tentang Hukum Sunnat Perempuan. 2022.
2. Laporan Hasil Penelitian Kualitatif: Persepsi dan Praktik Sunnat Perempuan di Padang Pariaman, Jember, dan Lombok Timur. LPAIK PP Muhammadiyah. 2024.
3. Laporan Hasil Penelitian Kuantitatif: Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Praktik dan Dukungan terhadap Sunnat Perempuan/FGM/C/P2GP di Indonesia. LPAIK PP Muhammadiyah. 2024.
4. World Health Organization (WHO). Female Genital Mutilation: Key Facts. Geneva: WHO; 2024.
5. United Nations Population Fund (UNFPA). Female Genital Mutilation (FGM) Frequently Asked Questions. New York: UNFPA; 2024.
6. UNFPA–UNICEF Joint Programme on the Elimination of Female Genital Mutilation. Annual Report: Accelerating Change. New York: UNFPA & UNICEF; 2023.
7. United Nations General Assembly. Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution A/RES/70/1. New York: United Nations; 2015. (SDG 3: Good Health and Well-being; SDG 5: Gender Equality).

Catatan: FGM/C (Female Genital Mutilation/Cutting) adalah istilah yang digunakan secara internasional untuk menyebut praktik Sunnat Perempuan / P2GP (Pemotongan dan/atau Pelukaan Genital Perempuan) sesuai terminologi yang digunakan oleh WHO dan UNFPA.