



**2**

**Menuju Psikologi Terapan Indonesia**

UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 19 TAHUN 2002 TENTANG HAK CIPTA

PASAL 72  
KETENTUAN PIDANA SANKSI PELANGGARAN

1. Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak mengumumkan atau memperbanyak suatu Ciptaan atau memberikan izin untuk itu, dipidana dengan pidana penjara paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah).
2. Barangsiapa dengan sengaja menyerahkan, menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu Ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

Penyunting:  
Johana E. Prawitasari



2

**Menuju Psikologi  
Terapan Indonesia**



**PENERBIT ERLANGGA**  
PT. Penerbit Erlangga  
Jl. H. Baping Raya No. 100  
Ciracas, Jakarta 13740  
Website: [www.erlangga.co.id](http://www.erlangga.co.id)  
(Anggota IKAPI)

007-150-025-0

ISBN: 978-623-266-439-5

MENUJU PSIKOLOGI TERAPAN INDONESIA JL. 2

Hak Cipta © 2021 pada Penulis. Hak terbit pada *Penerbit Erlangga*.

**Disusun oleh:**

Prof. Johana E. Prawitasari Ph.D. (penyunting), dkk.

**Editor:**

Adi Maulana

**Desain Cover:**

Maya Kumala P.

Buku ini diset dan dilayout oleh Bagian Produksi *Penerbit Erlangga*  
dengan Power Macintosh G5

24 23 22 21 4 3 2 1

Dilarang keras mengutip, menjiplak, memfotokopi, atau memperbanyak dalam bentuk apapun, baik sebagian atau keseluruhan isi buku ini, serta memperjualbelikannya tanpa izin tertulis dari Penerbit Erlangga.

© HAK CIPTA DILINDUNGI OLEH UNDANG-UNDANG

# Daftar Isi

Prakata .....	v
Daftar Isi .....	xiii
Sinopsis.....	xvii
Tentang Penyunting .....	xviii
<b>BAGIAN VI Abnormalitas &amp; Kesehatan Fisik.....</b>	<b>1</b>
<b>BAB 15 Identitas Gender dan Seksualitas pada Interseks</b>	
— <i>Annastasia Ediati</i> .....	1
Pengantar .....	2
Apa Itu Interseks .....	2
Dampak Psikologis DSD .....	16
Intervensi Psikologis: Mikro dan Makro .....	22
Kesimpulan .....	30
Daftar Pustaka .....	31
<b>BAB 16 Identitas Seksual</b>	
— <i>Ciptasari Prabawanti</i> .....	35
Pengantar .....	36
Komponen Psikologis Identitas Seksual .....	37
Studi Identitas Seksual pada Klien Waria:	
Contoh Kasus .....	39
Metode Penelitian .....	41
Karakteristik Sosio-Demografis .....	45

Perilaku Seks .....	47
Identitas Seksual .....	49
Penutup .....	56
Daftar Pustaka .....	57
<b>BAB 17 Model Analisis Konfigural Sebagai Prevensi Primer</b>	
— <i>Ira Paramastri</i> .....	61
Pengantar .....	62
Definisi Kekerasan Seksual pada Anak—KSA .....	63
Dampak KSA .....	65
Proses Traumatisasi .....	66
Analisis Konfigural Sebagai Prevensi Primer .....	78
Penerapan Konsep (Hasil Penelitian) .....	83
Rangkuman .....	85
Daftar Pustaka .....	86
<b>BAGIAN VII Pendampingan Masyarakat</b> .....	91
<b>BAB 18 Pendampingan Masyarakat</b>	
<b>Menggunakan Pendekatan Gestalt</b>	
— <i>Febriana Ndaru Rosita</i> .....	91
Pengantar .....	92
Konsep-Konsep dalam Pendekatan Gestalt .....	95
Siklus Pengalaman Gestalt .....	104
Penutup .....	122
Kesimpulan .....	123
Daftar Pustaka .....	124
<b>BAB 19 Pembekalan Psikologis untuk</b>	
<b>Anak Melalui Proses Menyusui</b>	
— <i>Inge Wattimena, Eli Prasetyo, &amp; Ina Titi Sri Wulandari</i> .....	127
Pengantar .....	128

Metode Mencari Jawaban .....	129
Pembekalan Psikologis untuk Anak .....	135
Penutup .....	164
Daftar Pustaka .....	165
<b>BAGIAN VIII Kebijakan .....</b>	<b>171</b>
<b>BAB 20 Usaha Berhenti Merokok</b>	
— <i>Yayi Suryo Prabandari</i> .....	171
Pengantar .....	172
Etiologi Perokok .....	174
Hambatan Berhenti Merokok .....	182
Intervensi untuk Berhenti Merokok .....	188
Penutup .....	200
Daftar Pustaka .....	200
<b>BAB 21 Sosiodrama untuk Pengelolaan Risiko Bencana</b>	
— <i>Adelina R.Simatupang</i> .....	207
Pengantar .....	208
Pengelolaan Bencana di Indonesia .....	212
Mengapa Sosiodrama? .....	214
Paradigma Baru Pengelolaan Risiko Bencana .....	217
Proses Penyadaran .....	220
Sosiodrama Sebagai Salah Satu Intervensi Membangun Kesadaran Terhadap Kesiap-Siagaan Bencana .....	222
Kesimpulan .....	236
Daftar Pustaka .....	238
<b>BAB 22 Penapisan Kesehatan Mental</b>	
— <i>Indira Primasari</i> .....	239
Pengantar .....	240
Manfaat Penapisan (Screening) Kesehatan Mental .....	242

Penapisan Kesehatan Mental Masyarakat .....	245
Konsep dalam Penapisan Kesehatan Mental .....	246
Aplikasi Penapisan Kesehatan Mental .....	260
Kesimpulan .....	268
Daftar Pustaka .....	269
<b>BAB 23 Tantangan Masa Depan Psikologi Terapan: Sebuah Renungan</b>	
— Anita Novianty .....	273
Tantangan Psikologi Sebagai Sebuah Disiplin Ilmu .....	274
Tantangan Psikologi Sebagai Sebuah Terapan .....	279
Daftar Pustaka .....	292
<b>Purnakata .....</b>	<b>297</b>
<b>Daftar Istilah .....</b>	<b>299</b>
<b>Tentang Penulis .....</b>	<b>306</b>
<b>Indeks .....</b>	<b>322</b>





Bab

15

**Identitas Gender dan  
Seksualitas pada  
Interseks**

—Annastasia Ediati

## PENGANTAR

Interseks belum dipahami secara luas di masyarakat Indonesia, bahkan di kalangan praktisi kesehatan, sehingga sering kali salah dimengerti dan terlambat ditangani. Apakah yang dimaksud dengan interseks, dampak psikologis apa saja yang ditimbulkannya, serta bagaimana komunitas psikologi dapat berperan untuk meringankan beban psikis individu dengan interseks diulas secara ringkas dalam bahasan berikut ini. Dua kasus interseks yang dimuat di media massa ditampilkan untuk membantu pembaca memahami kompleksitas dan dilema yang dihadapi penderita dan keluarganya. Pada bahasan ini dibatasi pada kompleksitas yang berkaitan dengan identitas gender dan seksualitasnya yang sering kali disalahmengertikan dengan menyamakannya dengan identitas gender dan seksualitas pada transgender atau waria.

## APA ITU INTERSEKS?

Interseks, yang secara medis disebut sebagai gangguan perkembangan organ reproduksi (*disorders* atau *differentiation of sex development*, disingkat DSD), merupakan suatu istilah payung yang mencakup berbagai kondisi anomali bawaan di mana perkembangan kromosom seks, hormon seks, dan organ reproduksi seseorang tidak tipikal dengan perkembangan laki-laki atau perempuan pada umumnya (Hughes, Houk, Ahmed, Lee, dan Lawson. Wilkins Pediatric Endocrine Society/ European Society for Paediatric Endocrinology Consensus, 2006). Istilah *hermaphrodit* dulu digunakan untuk merujuk kondisi ini, namun sekarang penggunaan istilah ini harus dihindari karena kurang manusiawi. Dalam bahasa Indonesia, istilah kerancuan kelamin atau kelamin ganda sering kali digunakan sebagai padanan istilah interseks

## PENGERTIAN INTERSEKS

Interseks mencakup berbagai kondisi anomali bawaan di mana perkembangan kromosom seks, hormon seks, dan organ reproduksi seseorang tidak tipikal dengan perkembangan laki-laki atau perempuan pada umumnya (Hughes, Houk, Ahmed, Lee, dan Lawson. Wilkins Pediatric Endocrine Society/European Society for Paediatric Endocrinology Consensus, 2006).

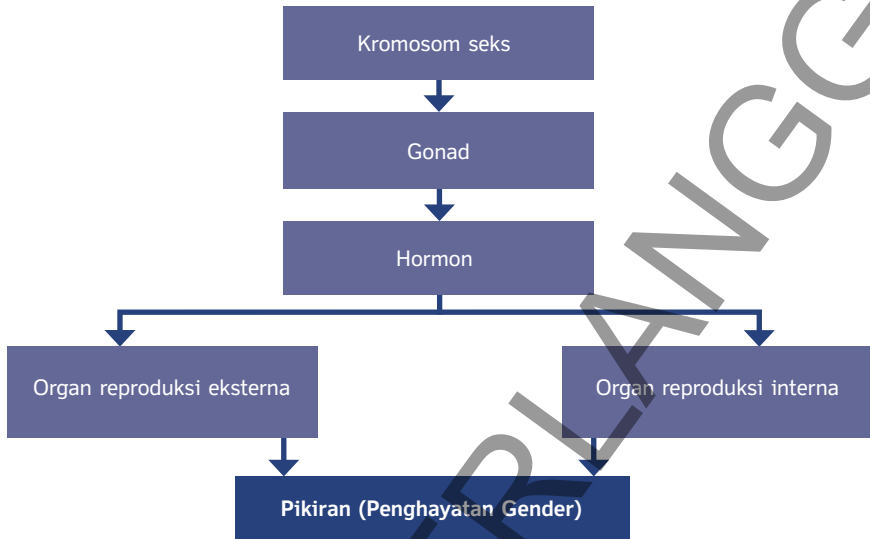
Istilah interseks saat ini digantikan dengan *disorders of sex development* (DSD) atau gangguan perkembangan organ reproduksi.

### Gambar 15.1 Pengertian Interseks

atau *disorders of sex development*. Dalam bahasan ini, istilah interseks digantikan dengan istilah DSD.

## Aspek Multifaktorial dari Jenis Kelamin

Ketika kita membicarakan tentang jenis kelamin seseorang, entah laki-laki atau perempuan, umumnya tidak terbayangkan bahwa ada banyak komponen yang menyertai dari identitas gender seseorang tersebut, meliputi kromosom seks, gen yang turut menentukan (*SRY-gene*), bagian dari tubuh yang merupakan tanda-tanda kelamin primer (ovarium atau testis; klitoris atau penis; vagina atau skrotum), atau hormon seks (misalnya androgen). Gambar 15.2 menunjukkan aspek multifaktorial dari jenis kelamin. Pada sebagian besar orang, dengan mudah jenis kelaminnya ditentukan sejak lahir sebagai laki-laki atau perempuan karena keselarasan tahapan perkembangan organ seks yang dialami. Namun pada sebagian kecil orang dengan DSD, tahapan perkembangan organ seks yang dilalui tidak selaras seperti yang digambarkan pada Gambar 15.3.

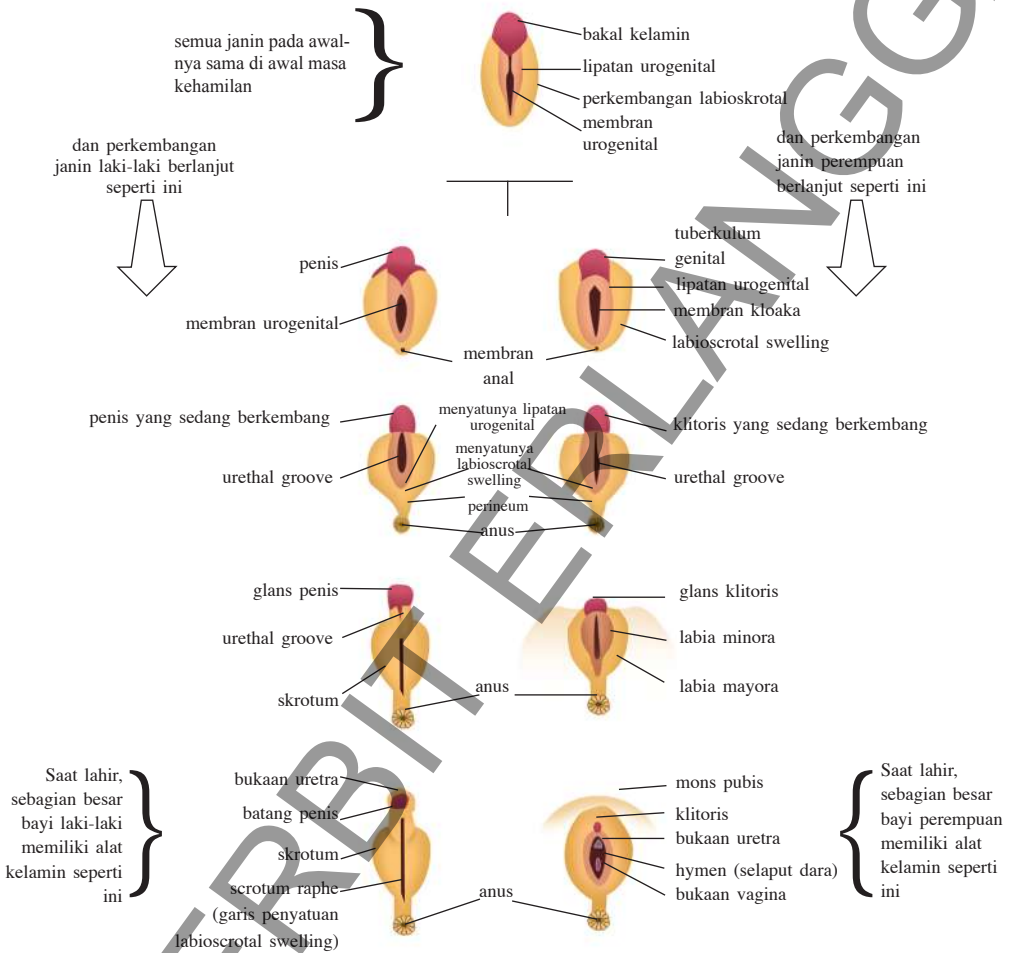


**Gambar 15.2** Multifaktorial yang Menentukan Jenis Kelamin

Pada awal kehamilan hingga janin berusia 5 minggu, jenis kelamin janin belum dapat ditentukan laki-laki atau perempuan karena gonad belum menunjukkan tanda-tanda akan mengarah pada laki-laki atau perempuan. Apabila ditemukan ada gen SRY (*sex-determining region Y*), maka janin akan melalui tahapan selanjutnya untuk menjadi laki-laki. Gambar 15.3 menjelaskan perkembangan genital janin sejak awal kehamilan (sebelum usia 5 minggu) hingga bayi lahir sebagai laki-laki atau perempuan.

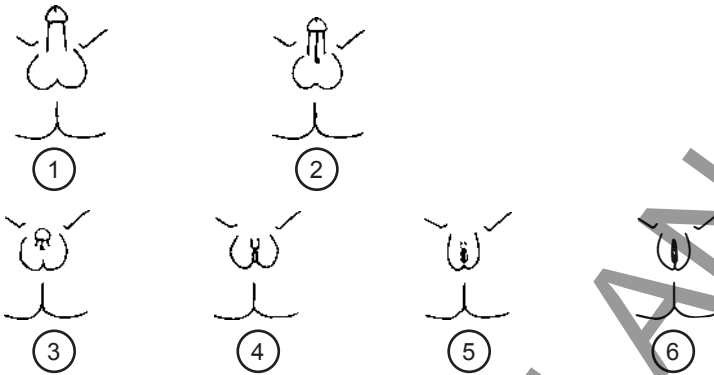
Pada Gambar 15.3 tampak jelas bahwa semua janin memiliki awal yang sama, yakni belum dapat ditentukan laki-laki atau perempuan; kemudian mengalami beberapa tahapan perkembangan seksual hingga akhirnya lahir sebagai laki-laki dan perempuan. Gambar 15.4 menunjukkan variasi genitalia yang sering dijumpai.

Pada umumnya laki-laki memiliki alat kelamin seperti nomor 1 (pada Gambar 15.4), sedangkan perempuan memiliki kelamin seperti nomor



**Gambar 15.3** Perkembangan Genitalia Sebelum Kelahiran

Sumber: Gambar diambil dari Intersex Society of North America. (2006). *Handbook for Parents: Consortium on the Management of DSD*. CA: Intersex Society of North America. Tersedia online di <http://www.dsdguidelines.org/files/parents.pdf>



**Gambar 15.4 Variasi Genitalia Eksterna**

**Sumber:** Gambar diambil dari Intersex Society of North America. (2006). *Handbook for Parents: Consortium on the Management of DSD*. CA: Intersex Society of North America. Tersedia online di <http://www.dsdguidelines.org/files/parents.pdf>

6 (pada Gambar 15.4). Namun sebagian kecil orang, yakni penyandang DSD, kemungkinan memiliki variasi kelamin seperti gambar-gambar lain (no. 2 s/d no. 5) yang diilustrasikan dalam Gambar 15.4. Kondisi DSD yang dimiliki seseorang dapat mempengaruhi kognisinya, yakni bagaimana seseorang mempersepsi dirinya dan mengembangkan konsep dirinya, termasuk identitas gender dan identitas seksualnya. Kondisi DSD menunjukkan dengan jelas bahwa penentuan jenis kelamin, laki-laki atau perempuan, sesungguhnya bukanlah hal yang sederhana karena banyak faktor yang berperan, seperti yang diilustrasikan dalam Gambar 15.2 hingga 15.4. Oleh karena itu, untuk menegakkan suatu diagnosis DSD, diperlukan berbagai macam pemeriksaan, antara lain pemeriksaan fisik, sitogenetik untuk mengetahui kromosom seks, pemeriksaan laboratorium untuk analisis hormon, pemeriksaan USG, terkadang laparoskopi juga diperlukan apabila gonad tidak teraba atau tidak teridentifikasi melalui USG. Dengan demikian bisa dibayangkan, penegakan diagnosis memerlukan pemeriksaan mendalam dan lama,

melibatkan banyak disiplin ilmu, serta membutuhkan biaya yang cukup besar karena tidak semua pemeriksaan hormonal dapat dilakukan di Indonesia, dan sering kali membutuhkan beberapa tahap operasi penyesuaian kelamin. Di samping itu, proses hukum untuk legalitas pergantian gender juga membutuhkan waktu dan biaya.

## Klasifikasi Interseks/DSD

Apa saja yang termasuk dalam kategori DSD? Ada banyak diagnosis yang termasuk dalam kategori DSD, seperti yang telah dirumuskan dalam konsensus bersama para dokter spesialis anak/ahli hormon anak di Chicago, Amerika pada tahun 2006. Tabel 15.1 memuat sekitar 40 diagnosis yang termasuk dalam kategori DSD (Hughes dkk., 2006).

Dari Tabel 15.1 terlihat betapa luas spektrum DSD. Kolom pertama berisi berbagai diagnosis individu yang memiliki kelainan kromosom

**Tabel 15.1** Klasifikasi Disorders of Sex Development (DSD)

Sex chromosome DSD	46,XY DSD	46,XX DSD
A: 47,XXY (Klinefelter syndrome and variants)	<b>A: Disorders of gonadal (testicular) development</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Complete or partial gonadal dysgenesis (e.g. SRY, SOX9, SF1, WT1, DHH etc.)</li> <li>Ovotesticular DSD</li> <li>Testes regression</li> </ol>	<b>A: Disorders of gonadal (ovarian) development</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Gonadal dysgenesis</li> <li>Ovotesticular DSD</li> <li>Testicular DSD (e.g. SRY<math>\beta</math>, dup SOX9, RSP01)</li> </ol>

**B: 45,X  
(Turner  
syndrome  
and  
variants)**

**B: Disorders in androgen synthesis or action**

1. Disorders of androgen synthesis
  - LH receptor mutations
  - Smithe-Lemlie-Opitz syndrome
  - Steroidogenic acute regulatory protein mutations
  - Cholesterol side-chain cleavage (CYP11A1)
  - 3 $\beta$ -hydroxysteroid dehydrogenase 2 (HSD3B2)
  - 17 $\alpha$ -hydroxylase/17,20-lyase (CYP17)
  - P450 oxidoreductase (POR)
  - 17 $\beta$ -hydroxysteroid dehydrogenase (HSD17B3)
  - 5 $\alpha$ -reductase 2 (SRD5A2)
2. Disorders of androgen action
  - Androgen Insensitivity Syndrome
  - Drugs and environmental modulators

**B: Androgen excess**

1. Fetal
  - 3 $\beta$ -hydroxysteroid dehydrogenase 2
  - HSD3B2
  - 21-hydroxylase (CYP21A2)
  - P450 oxidoreductase (POR)
  - 11 $\beta$ -hydroxylase (CYP11B1)
  - Glucocorticoid receptor mutations
2. Fetoplacental
  - Aromatase (CYP19) deficiency
  - Oxidoreductase (POR) deficiency
3. Maternal
  - Maternal virilizing tumours (e.g. luteomas)
  - Androgenic drugs



**C:**  
**45,X/46,XY**  
**(mixed**  
**gonadal**  
**dysgenesis)**

**C: Other**

1. Syndromic associations of male genital development (e.g. cloacal anomalies, Robinow, Aarskog, Hand-Foot-Genital, popliteal pterygium)
2. Persistent Müllerian duct syndrome
3. Vanishing testes syndrome
4. Isolated hypospadias (CXorf6)
5. Congenital hypogonadotropic hypogonadism
6. Cryptorchidism (INSL3, GREAT)
7. Environmental influences
8. Cloacal exstrophy

**C: Other**

1. Syndromic associations (e.g. cloacal anomalies)
2. Müllerian agenesis/hypoplasia (e.g. MURCS)
3. Uterine abnormalities (e.g. MODY5)
4. Vaginal atresis (e.g. KcKusickeKaufman)
5. Labial adhesions
6. Cloacal malformation
7. Cloacal exstrophy

**D:**  
**46,XX/46,XY**  
**(chimerism)**

**Sumber:** Hughes, I. A., Houk, C., Ahmed, S. F., Lee, P. A., dan Group, L. C. (2006). "Consensus Statement on Management of Intersex". *Archives of Disease in Childhood*, 118(2), 554–563.

seks, seperti sindrom Klinefelter (kromosom 47,XXY) beserta variannya, sindrom Turner (kromosom 45,X) beserta variannya, maupun *mosaic chromosome* (45,X/46,XY atau 46,XX/46,XY). Sedangkan kolom kedua berisi berbagai diagnosis pada individu yang secara genetik laki-laki (memiliki kromosom 46,XY) sedangkan kolom ketiga berisi berbagai diagnosis pada individu yang secara genetik perempuan (memiliki kromosom seks 46,XX).

Ada dua tipe DSD yang umum dijumpai pada individu yang secara genetik perempuan (memiliki kromosom 46,XX) dan individu yang secara genetik laki-laki (memiliki kromosom 46,XY), yakni mengenai hiperplasia adrenal kongenital atau selanjutnya disingkat HAK (*congenital adrenal hyperplasia—CAH*) serta sindrom insensitivitas androgen (*androgen insensitivity syndrome—AIS*). Untuk lebih memahami kompleksitas persoalan HAK dan AIS, berikut ini ditampilkan dua kasus yang pernah dimuat di media massa, yakni mengenai bayi yang terlahir dengan kerancuan kelamin (*ambiguous genitalia*) dan seorang remaja yang berubah gender, dari perempuan menjadi laki-laki, karena kondisi DSD-nya.

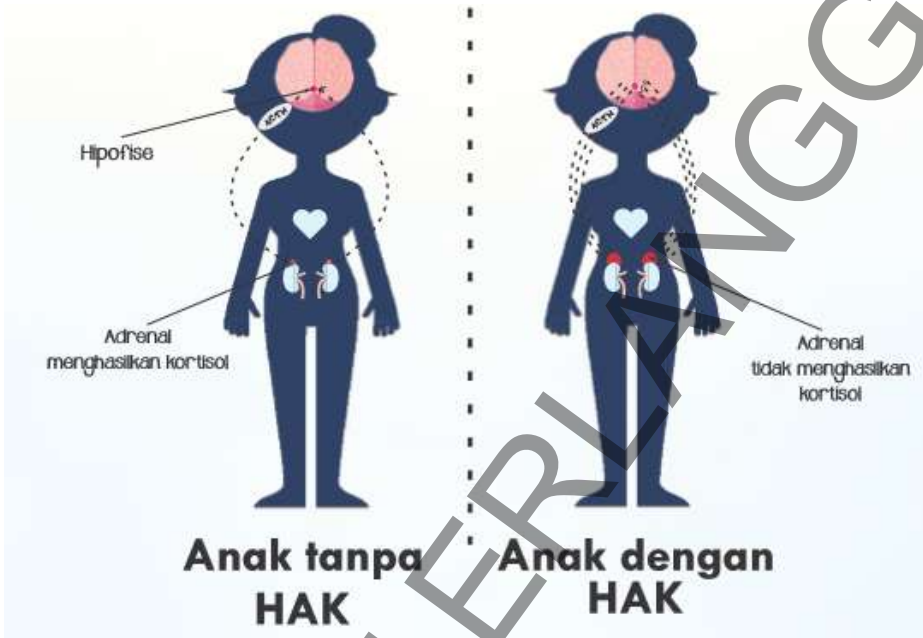
## Kasus 1: Hiperplasia Adrenal Kongenital

Mulanya Hasyim (40) dan istrinya, Anik (36), yakin anak ketiga yang baru lahir adalah perempuan. Saat hamil, tak ada keganjilan apapun. Mereka telah memiliki anak laki-laki dan perempuan. Anak ketiga lahir secara normal dan sehat; kulitnya putih bersih. Tapi setelah beberapa bulan, tampak bayi tersebut memiliki klitorisnya yang tak normal. Untuk memastikan kelamin si bayi, sang bayi pun menjalani tes kromosom, yang hasilnya menunjukkan bayi tersebut adalah perempuan dengan *ambiguous genitalia*. Menurut dokter

ahli endokrin yang menangani, bayi itu mengalami *congenital adrenal hyperplasia* (CAH), yaitu kelainan bawaan yang disebabkan kelainan kromosom dan gen. Saat diwawancara wartawan *Serambi* (Tribunnews.com Network) di Banda Aceh, Rabu (20/11/2013), Hasyim bercerita, sebulan setelah dilahirkan bayinya selalu muntah sehingga ia dehidrasi. Seiring dengan itu vaginanya menghitam dan klitorisnya membesar. Kondisinya makin memburuk. "Saya mondar-mandir ke rumah sakit namun tidak ada jawaban pasti dari dokter anak saat itu. Mereka pun kurang mengetahui terkait kondisi anak saya dan dirujuk ke Medan," tutur Hasyim. Menurut dokter, apabila dalam waktu dua sampai tiga tahun klitoris bayi yang saat ini berusia setahun dua minggu itu tidak juga normal, maka harus dioperasi. "Sakit yang dialami anak saya ini tidak ditanggung oleh asuransi," ungkapnya. Sementara pemeriksaan dilakukan di Amerika Serikat; tiga bulan sekali harus dilakukan kontrol hormon, yang membutuhkan dana Rp1 juta untuk setiap kali pemeriksaan. Selain itu obat yang dibutuhkan harus didatangkan dari Australia, karena tidak tersedia di Indonesia. "Obat yang dikirim bertahan dua sampai tiga bulan; sebelum habis harus pesan lagi karena bila pengobatan terputus, maka klitorisnya akan membesar, membentuk penis, dan seluruh kulit tubuhnya menghitam," ujar Hasyim.

**Sumber:** Mawaddatul Husna, <http://id.berita.yahoo.com/kisah-bayi-perempuan-yang-disangka-lelaki-031746004.html>

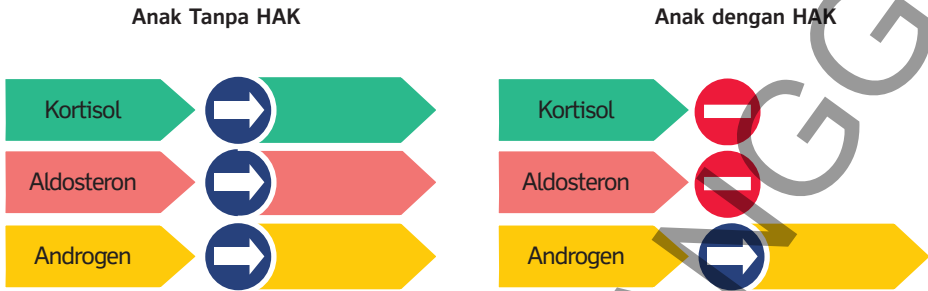
Kasus 1 ini adalah contoh kasus HAK, di mana bayi memiliki kromosom 46,XX namun kelenjar adrenal di dalam tubuhnya memproduksi androgen dalam jumlah tinggi sejak dalam kandungan. Akibatnya, janin mendapatkan paparan androgen berlebihan sehingga tubuh sang bayi mengalami maskulinisasi, terutama pada bagian kelinannya, di mana klitoris membesar melebihi ukuran klitoris bayi perempuan pada umumnya (Hines, 2004). Apa yang terjadi pada anak dengan HAK ditunjukkan pada Gambar 15.5 dan 15.6.



**Gambar 15.5** Apa yang Terjadi pada Anak dengan HAK

**Sumber:** Ediati dan Utari (2016). *Mengenal Hiperplasia Adrenal Kongenital: Bacaan untuk Orangtua*. Semarang: Undip Press. URL: <https://apeg.org.au/patient-resources/other-language-resources/>

Kelenjar hipofise di otak mengatur kerja kelenjar adrenal. Dalam keadaan normal, dengan rangsangan dari ACTH, kelenjar adrenal akan menghasilkan kortisol. Pada anak dengan HAK, kelenjar adrenal tidak dapat menghasilkan kortisol cukup, maka kelenjar adrenal mengirimkan pesan ke kelenjar hipofise untuk meningkatkan ACTH. ACTH semakin keras memacu adrenal untuk menghasilkan kortisol, hingga membesar (*hyperplasia*) namun tetap tidak bisa menghasilkan kortisol. Kondisi ini diilustrasikan dengan Gambar 15.6.



**Gambar 15.6** Hormon pada Anak dengan HAK

**Sumber:** Edianti dan Utari (2016). *Mengenal Hiperplasia Adrenal Kongenital: Bacaan untuk Orangtua*. Semarang: Undip Press. URL: <https://apeg.org.au/patient-resources/other-language-resources/>

Pada kasus 1, diduga bayi memiliki HAK jenis *salt-wasting*, di mana tubuh mengalami kesulitan untuk menahan garam, akibatnya bayi sering kali diare, muntah-muntah, bahkan terkadang tidak tertolong. HAK jenis *salt-wasting* ini termasuk salah satu jenis DSD yang dapat menimbulkan kegawatan, jika tidak diberikan pengobatan untuk mengontrol kadar kortisol dalam darah. Di samping itu, terapi hormonal juga membantu mengendalikan paparan androgen agar tubuh, termasuk genital, tidak bertambah maskulin sehingga memungkinkan aspek feminin berkembang pada bayi perempuan tersebut. Pada kasus-kasus di mana HAK terlambat diidentifikasi, paparan androgen secara terus-menerus menyebabkan tubuh, perilaku, serta minat anak secara perlahan menjadi semakin maskulin. Bahkan di usia 2-3 tahun mereka telah mengidentifikasi dirinya sebagai anak laki-laki, dan bukan lagi sebagai anak perempuan (Edianti dkk., 2015; Edianti, Juniarto, dkk., 2015b; Meyer-Bahlburg dkk., 1996; Meyer-Bahlburg, Dolezal, Baker, Ehrhardt, dan New, 2006).

## Kasus 2: Sindrom Insensivitas Androgen

MA (14 th.) yang terlahir sebagai seorang perempuan pada 25 Agustus 1988 lalu kini resmi menjadi laki-laki. Dalam sidang yang digelar Selasa (11/9/2012), Pengadilan Negeri Kendal memutuskan bahwa MA adalah seorang laki-laki. Selama ini, MA merasa dirinya adalah seorang lelaki. Dia pernah jatuh cinta dan memiliki kekasih seorang perempuan. MA mengaku dirinya tidak tahu jika akan mengalami perubahan fisik sebab sejak lahir hingga dibesarkan sebagai perempuan, ia banyak bermain dengan anak-anak perempuan sebayanya. Saat ia duduk di bangku kelas enam SD, fisik dan suaranya berubah layaknya laki-laki. Meski demikian MA belum menyadari perubahannya hingga ketika ia masuk ke pondok pesantren. MA mulai resah karena ia mulai menyukai temannya yang perempuan. Dengan keputusan pengadilan ini maka MA dan keluarganya tak perlu resah lagi karena kini MA sudah diputuskan secara hukum adalah laki-laki.

**Sumber:** <http://regional.kompas.com/read/2012/09/11/16270977/Akhirnya.Masti.Agustina.Jadi.Laki-laki>

Kasus 2 adalah contoh kasus sindrom insensitivitas androgen atau *androgen insensitivity syndrome* (AIS), di mana individu secara genetik adalah laki-laki (memiliki kromosom 46,XY) namun di dalam tubuhnya, gen yang berfungsi mengolah androgen (*androgen receptor/AR-gene*) mengalami kerusakan atau cacat sehingga tidak dapat berfungsi secara optimal (Hines, Ahmed, dan Hughes, 2003). Apabila kerusakan/cacat tersebut terdapat pada seluruh gen, maka disebut dengan *complete AIS* (CAIS), di mana androgen tidak dapat berfungsi sama sekali dalam tubuh, sehingga tidak terjadi maskulinisasi pada tubuh. Akibatnya, tubuh individu tersebut berkembang menjadi seperti tubuh perempuan (payudara tumbuh, kulit halus, suara, bulu wajah, dan bulu tubuh seperti

layaknya perempuan). Sedangkan jika defek hanya terjadi pada sebagian gen reseptor androgen dalam tubuh, maka disebut dengan *partial AIS* (PAIS). Pada individu dengan PAIS, terdapat derajat maskulinisasi yang sangat bervariasi (Hines dkk., 2003); ada yang terlahir sebagai anak laki-laki dan tetap tumbuh seperti layaknya anak laki-laki; ada pula yang sejak lahir diidentifikasi sebagai perempuan dan diasuh/dibesarkan sebagai perempuan hingga dewasa; namun ada pula yang pada waktu lahir ditetapkan sebagai bayi laki-laki tetapi pada usia pubertas tubuhnya mengalami maskulinisasi yang sangat signifikan sehingga ia

### DILEMA DALAM MENANGANI KASUS HAK DAN AIS

- Jika anak perempuan dengan HAK (memiliki 46,XX karyotip dan paparan androgen dalam tubuh sangat berlebihan), tidak patuh minum obat (*hydrocortisone* dan *fluodrocotisone*) sehingga terjadi maskulinisasi tubuh (badan kekar, suara besar, klitoris membesar) hingga akhirnya mengaku dirinya adalah laki-laki dan jatuh cinta hanya pada perempuan, bagaimanakah penentuan gendernya? Apakah sebaiknya dia tetap perempuan atau direkomendasikan untuk berganti gender sebagai laki-laki?
- Seorang remaja putri dengan 46,XY karyotip memiliki kerancuan kelamin dan didiagnosis PAIS. Dokter meminta psikolog melakukan evaluasi perkembangan gender. Jika tetap menjadi perempuan, maka dokter merekomendasikan testis yang ada di perutnya untuk diangkat. Jika laki-laki, keluarga malu dan takut menghadapi reaksi tetangga, pihak sekolah, dan media. Advise apa yang harus diberikan psikolog tersebut?
- Haruskah kondisi anak diceritakan ke orang lain (keluarga, keluarga besar, teman sekolah, pacar)?
- Kapan orang tua sebaiknya menceritakan kondisi DSD kepada anak mereka? Pada usia berapa yang paling baik?
- Penanganan terintegrasi medis-psiko-sosial membutuhkan waktu dan biaya. Tindakan operasi tidak serta-merta menyelesaikan problem psikologis yang dihadapi penderita.
- DSD sulit dipahami bagi orang awam maupun praktisi kesehatan.

**Gambar 15.7** Dilema Penanganan Kasus DSD

pun kemudian mengalami kebingungan gender dan akhirnya berubah gender menjadi laki-laki, seperti yang digambarkan pada kasus 2.

Gambar 15.7 merangkum berbagai dilema yang dapat muncul dalam penanganan kasus DSD.

## DAMPAK PSIKOLOGIS DSD

Kondisi DSD memunculkan persoalan yang kompleks sehingga membutuhkan penanganan dari berbagai profesi medis dan kejiwaan. Kompleksitas persoalan yang dihadapi antara lain berkaitan dengan penentuan jenis kelamin, perubahan gender, infertilitas, dilema keterbukaan informasi, problem penyesuaian, problem relasi, serta *coping* terhadap reaksi sosial.

### Penentuan Jenis Kelamin

Dalam situasi di mana bayi lahir dengan kelainan organ kelamin, maka orang tua perlu segera membawa bayi tersebut ke rumah sakit rujukan yang memiliki tim ahli agar evaluasi dan penanganan medis dapat segera dilakukan sehingga penentuan jenis kelamin dilakukan berdasarkan hasil pemeriksaan mendalam. Selama proses penanganan tersebut, orang tua akan mendapatkan informasi mengenai penyakit anak serta mendiskusikan persoalan yang berkaitan dengan sakit anak dalam sesi-sesi konseling genetik dan konseling psikologi. Pertanyaan sederhana seperti “Anaknya laki-laki atau perempuan, Pak/Bu?” bisa menjadi stresor berat bagi orang tua maupun sanak keluarganya, karena mereka mungkin belum bisa menjawab jenis kelamin anak. Tidak bisa menjelaskan mengapa jenis kelamin “belum jelas”, di mana kejadian tersebut dianggap “aneh” di masyarakat. Tak jarang, keluarga



ini menjadi topik gosip di masyarakat, terutama bila mereka tinggal di pedesaan. Sering kali, sebagaimana dituturkan oleh beberapa orang tua dari bayi dengan kerancuan kelamin, motivasi tetangga atau kerabat untuk menjenguk ibu yang baru melahirkan dan si jabang bayi lebih didominasi oleh keinginan untuk “menonton” kelainan genital pada sang jabang bayi. Bahkan ketika si jabang bayi tumbuh sebagai anak, ia sering kali menerima ejekan dari teman-temannya, dan ketika ia beranjak dewasa pun masyarakat setempat masih mengingat kelainan yang dimilikinya sejak ia bayi.

Dapat kita bayangkan, beban psikologis yang ditanggung oleh orang tua sejak bayi mereka lahir hingga dewasa, serta beban psikologis anak dengan kondisi DSD. DSD adalah kondisi yang harus disikapi sepanjang hayat. Oleh karena itu, aspek psikologis DSD berkembang seiring dengan tugas perkembangan yang harus dihadapi individu dan pendampingan psikologis yang diperlukan dalam rentang waktu panjang. Sangatlah penting apabila penanganan medis dalam kasus DSD juga mengedepankan pemberian bantuan/pendampingan psikologis dari individu dengan DSD.

## Perilaku Gender

Hasil-hasil penelitian di bidang hormon dan perilaku, baik pada hewan maupun manusia, menunjukkan bahwa paparan androgen level tinggi dapat berpengaruh terhadap berkembangnya perilaku maskulin pada anak perempuan (Hines, 2011; Pasterski dkk., 2007, 2015). Riset-riset pada anak perempuan dengan HAK tersebut menguatkan temuan sebelumnya (Hines, 2008) di mana perilaku anak perempuan dengan HAK lebih tomboy daripada anak perempuan pada umumnya, serta menyukai mainan dan permainan tipe maskulin, seperti mobil-mobilan,

senjata, dsb. Meskipun efek androgen terhadap perilaku maskulin pada anak perempuan sudah banyak terbukti, namun masih belum diketahui sejauh mana dampak paparan androgen terhadap kebingungan gender ataupun perubahan gender (Ediati dkk., 2015b; Meyer-Bahlburg dkk., 2004).

## **Infertilitas**

Ketidakmampuan memberikan keturunan (infertilitas) merupakan persoalan yang mendatangkan kekhawatiran bagi wanita dan pria dewasa yang didiagnosis DSD (Ediati, Juniarto, dkk., 2015a). Ketakutan mendapatkan penolakan dari pasangan (diputus pacar atau diceraikan suami) merupakan kekhawatiran yang mendominasi wanita penderita DSD sehingga mereka cenderung untuk menghindari hubungan dengan lawan jenis, meski mereka sangat mendambakan pasangan hidup (Ediati, dkk., 2015a). Kekhawatiran serupa juga terlontar dari orang tua yang mengetahui anaknya menderita DSD. Hal ini tampaknya mengindikasikan pengaruh budaya masyarakat lokal yang menjunjung tinggi fertilitas (Ediati, Maharani, dan Utari, 2016).

## **Perasaan Tertekan karena Seksualitas**

Dilema yang sering dialami penderita DSD adalah konflik antara ingin merahaskan kondisi DSD-nya versus kebutuhan untuk berbagi beban perasaan; ingin mendapatkan dukungan versus ketakutan mendapatkan penolakan atau bahkan dipermalukan karena orang lain menganggap DSD sebagai suatu kelainan atau abnormal. Kepada siapa harus diceritakan (pacar, calon suami/istri, atau calon mertua), seberapa banyak yang harus diceritakan, atau kapan waktu terbaik untuk menceritakan, sering kali bukanlah pertanyaan yang mudah untuk dijawab bagi penderita DSD.

### PENTING DIINGAT:

Individu dengan interseks (*disorders of sex development / DSD*) memiliki hak sepenuhnya untuk menentukan seberapa banyak informasi mengenai kondisinya dapat dibagikan kepada orang lain.

#### **Gambar 15.8** Hak Terhadap Keterbukaan Informasi Medis

Kecemasan dan ketakutan ini semakin nyata dirasakan oleh perempuan dewasa terutama di usia 20 hingga 30-an yang mungkin merasa terbebani dengan tekanan sosial untuk menikah dan memiliki keturunan (Ediati, dkk., 2015a). Pria dewasa dengan DSD, pada umumnya lebih terbuka dalam menjalin relasi dengan lawan jenis; mereka cenderung terdorong untuk melakukan pendekatan *trial and error* dalam menemukan pasangannya, dan beberapa dari mereka memiliki pacar atau bahkan menikah dengan perempuan tanpa DSD (Ediati, dkk., 2015a). Melalui proses konseling, penderita dapat dibantu untuk mengevaluasi kesiapan dirinya dengan melihat sisi-sisi kelebihan dan kekurangan dari setiap alternatif untuk membuka diri/tidak. Penting untuk ditegaskan bahwa individu dengan DSD memiliki hak sepenuhnya untuk menentukan seberapa banyak informasi mengenai kondisinya dapat dibagikan kepada orang lain. Identitas gender dan seksualitas

## Identitas Gender dan Seksualitas

Pada penderita DSD dengan awitan lambat (*late onset*), sangat sulit menjelaskan kelainan alat kelaminnya kepada orang tuanya sekalipun, apalagi kepada orang lain. Dalam studi yang dilakukan penulis, penulis mendapati bahwa sebagian besar penderita DSD mengalami depresi dan cenderung menarik diri dari pergaulan sosialnya (Ediati, Faradz, dkk., 2015). Pada individu yang mengalami kebingungan identitas

gender, konsep dirinya tampak goyah karena ia sungguh tidak yakin akan jati dirinya: apakah dirinya laki-laki atau perempuan. Akibatnya ia mengalami kesulitan beradaptasi baik dengan dirinya sendiri maupun dengan lingkungan pergaulannya (Ediati, Juniarto, dkk., 2015). Ia bingung dalam menentukan nama panggilannya: mas atau mbak?; bingung dengan pakaian dan gaya rambut yang seharusnya ia miliki; bingung dalam menempatkan diri dalam kehidupan masyarakat: harus berkumpul dengan ibu-ibu atau bapak-bapak?; dan bingung dalam menjalankan ibadahnya sebagai muslim: mengenakan mukena atau sarung dan peci? Ketakutan untuk melakukan kesalahan dan dosa besar dapat membuat penderita semakin larut dalam problem psikologis yang dihadapinya.

Seks dan seksualitas masih menjadi topik yang tabu dalam pembicaraan sehari-hari bagi sebagian anggota masyarakat kita. Dalam hal seksualitas, perilaku seksual laki-laki umumnya berbeda dari perempuan. Penderita DSD yang telah beranjak dewasa, semakin jelas menghadapi risiko sosial, misalnya perempuan semakin cemas menghadapi tuntutan keluarga agar dirinya segera menikah dan memiliki keturunan. Dalam masyarakat patriarkal, perempuan cenderung mendapatkan posisi yang kurang menguntungkan dibanding laki-laki. Perempuan dewasa yang memilih hidup *single* (tidak menikah) dianggap aneh dan memalukan keluarga sehingga perempuan cenderung memilih tidak berpacaran atau menunda perkawinan (Ediati, Juniarto, dkk., 2015c). Di India, sekitar 55,2% pasien DSD memilih tidak menikah karena perasaan takut jika ditolak oleh pasangannya kelak (Gupta, Bhardwaj, Sharma, Ammini, dan Gupta, 2010).

## Orientasi Seksual

Apakah penderita DSD memiliki orientasi seksual homoseksual (suka dengan teman sejenisnya, atau gay/lesbian)? Pertanyaan ini sering kali

dilontarkan, baik oleh orang tua, orang awam, atau bahkan penderita DSD sendiri. Apakah seseorang tertarik dengan lawan jenis, teman sejenis, atau bahkan kedua jenis (biseksual) tidaklah dapat dilihat atau ditentukan dari kromosom seks, gonad, hormon, dan anatomi reproduksi yang dimilikinya. Sementara orang lain yang tidak memiliki kondisi DSD, ada yang tertarik dengan rekan sejenis (gay atau lesbian). Di masyarakat Indonesia yang masih kuat memegang nilai-nilai agama, ada kemungkinan terdapat bias jawaban responden penelitian. Mungkin saja responden tidak menjawab apa adanya mengenai orientasi seksualnya karena ketakutan terhadap reaksi penolakan sosial. Yang jelas, kromosom seks tidak selalu berkaitan dengan orientasi seksual seseorang. Pada individu yang tidak memiliki kondisi DSD, lelaki dengan karyotip 46,XY atau perempuan dengan karyotip 46,XX dapat memiliki orientasi seksual pada teman sejenisnya. Dengan demikian, pada penderita DSD pun kromosom seks tidak dapat digunakan sebagai penentu orientasi seksualnya. Perempuan dengan HAK umumnya memiliki orientasi seksual dengan lawan jenis, demikian pula perempuan dengan CAIS meskipun ia memiliki karyotip 46,XY. Orientasi seksual manusia memiliki kompleksitasnya tersendiri, yang akan dibahas secara tersendiri dalam buku yang lain.

## Sikap Masyarakat

Secara umum, DSD belum dipahami oleh masyarakat luas, bahkan di kalangan praktisi kesehatan. Sering kali penderita DSD keliru disamakan dengan transgender, banci, atau waria. Oleh karenanya, banyak penderita DSD yang mengalami pengalaman yang tidak menyenangkan karena diejek, diolok-olok, digunjingkan di masyarakat, bahkan dikucilkan dari teman sebayanya (Ediati, Maharani, dan Utari, 2016). Di sisi lain, ada juga anggota masyarakat yang berempati dan memberikan dukungan,

baik berupa bantuan dana atau informasi untuk mengakses rumah sakit di mana penanganan terpadu dapat diberikan. Sikap sosial yang negatif dan cenderung kurang menerima keberadaan dan keadaan penderita DSD ini mungkin dikarenakan minimnya pengetahuan yang dimiliki masyarakat mengenai apa itu DSD serta konsep budaya mengenai abnormalitas. Sebagai contoh, di India, penderita DSD dijuluki dengan sebutan *hijra*, yakni sebutan untuk transgender yang hidup terasing dari masyarakat. Di Vietnam, penderita HAK sering menjadi bahan gosip penduduk desa, bahkan dijuluki *ai nam ai nu* yang berarti bukan laki-laki ataupun perempuan (Warne dan Raza, 2008).

## INTERVENSI PSIKOLOGIS: MIKRO DAN MAKRO

Konsensus bersama dalam manajemen kasus DSD (Hughes, Houk, Ahmed, Lee, dan LWPEs1/ESPE2 Consensus Group, 2006) menegaskan pentingnya memberikan perhatian pada aspek psikologi, di samping aspek medis, dalam penanganan individu dengan DSD. Di samping itu, DSD sebagai problem medis yang kompleks membutuhkan keterlibatan para ahli dari berbagai disiplin ilmu agar dapat memberikan hasil yang optimal bagi pasien dan keluarga. Untuk itu, keterlibatan psikolog dan/atau ilmuwan psikologi sangatlah berarti.

Penderita DSD dan orang tua/keluarga membutuhkan pendampingan psikologis dalam rentang waktu lama. Pendampingan psikologis terutama diperlukan untuk membantu penderita melewati transisi tahapan-tahapan perkembangan agar ia dapat melakukan tugas perkembangannya secara optimal. Terlebih, sering kali penderita DSD merasa kesulitan untuk menemukan teman bicara di mana ia dapat dengan bebas dan terbuka mengungkapkan perasaan atau beban pikirannya. Kehadiran dan

bantuan psikolog sangatlah penting. Untuk itu, seorang psikolog perlu memahami DSD serta dampak psikologisnya agar ia dapat memahami kondisi penderita dan memberikan bantuan psikologis yang dibutuhkan. Tidaklah bijaksana meminta penderita untuk menjelaskan kondisi DSD-nya karena DSD sulit dipahami oleh orang awam.

Intervensi mikro lebih sering diterapkan dalam kasus DSD, yakni psikolog memberikan konseling kepada penderita dan/atau orang tua atau keluarganya, atau pasangannya. Konseling umumnya dilakukan beberapa kali setelah pemeriksaan psikologis menemukan adanya persoalan psikologis yang perlu ditangani. Pendampingan psikologis juga perlu dilakukan secara reguler, misalnya pada masa pre-pubertas dan dewasa awal. Di samping itu, konseling psikologi sering kali perlu diberikan kepada orang tua yang mengalami kesulitan menerima kenyataan bahwa anaknya memiliki kondisi DSD. Misalnya orang tua berlarut-larut dalam kesedihan atau hampir selalu bertengkar menyalahkan satu sama lain sebagai pembawa/penyebab sakit.

Intervensi klinis secara makro belum banyak dilakukan, namun mengingat pemahaman di masyarakat mengenai DSD masih sangat kurang, bahkan keliru, intervensi makro yang ditujukan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat untuk segera merujuk individu yang diduga DSD agar segera mendapatkan pengobatan, sangatlah diperlukan. Di negara-negara maju, program skrining mampu mengidentifikasi bayi dengan HAK sehingga terapi dapat segera diberikan untuk menghindari kegawatan. Di Indonesia, bayi dengan HAK mungkin saja meninggal karena kekurangan cairan tanpa sempat teridentifikasi kondisi HAK-nya. Edukasi mengenai dampak psikologis DSD kepada para perawat atau tenaga kesehatan di posyandu sangatlah penting karena mereka sering kali bertindak sebagai ujung tombak dalam layanan kesehatan di Indonesia. Edukasi masyarakat diharapkan membantu

pasien untuk mendapatkan penerimaan yang lebih baik di masyarakat. Peran psikolog masih belum dikenal secara luas di kalangan praktisi medis, terlebih psikolog klinis. Oleh karena itu, psikolog yang terlibat dalam tim multidisiplin dalam penanganan kasus-kasus medis/penyakit kronis memiliki kesempatan besar untuk menunjukkan bahwa penanganan medis, jika dilakukan secara kolaboratif dengan penanganan psikologis, dapat memberikan capaian yang lebih optimal. Oleh karena itu, psikolog yang bekerja sama dalam tim multidisiplin terutama untuk menangani kasus DSD dituntut untuk memiliki ketrampilan berkomunikasi dan bekerja sama, terlebih dalam mengkomunikasikan hasil pemeriksaan psikologis, menyuarakan pentingnya suatu pemeriksaan psikologis sebelum tindakan medis yang bersifat operatif dilakukan, serta mampu berkolaborasi dengan psikiater dalam melakukan pemeriksaan kejiwaan. Dari pengalaman penulis, tak jarang psikolog dilibatkan dalam pemeriksaan kejiwaan bersama psikiater, saling mengkomunikasikan hasil pemeriksaan kejiwaan secara lengkap, serta terlibat aktif dalam diskusi kasus DSD dari perspektif psikiatri maupun psikologi. Hal ini terutama dilakukan pada kasus-kasus DSD di mana indikasi klinis ditemukan, misalnya percobaan bunuh diri, depresi, kecemasan, keraguan/kebingungan identitas gender. Penting untuk mendapatkan informasi selengkap mungkin dari berbagai perspektif sebelum kami (psikolog dan psikiater) memberikan rekomendasi yang berkaitan mengenai perubahan gender. Rekomendasi untuk perubahan gender diberikan setelah pemeriksaan kejiwaan yang cukup lama, serta diikuti dengan evaluasi psikologis selama proses transisi perubahan gender, hingga beberapa tahun ybs menjalani hidupnya sebagai orang dalam gender yang baru.



Hingga saat ini, intervensi psikologis yang dapat membantu penerimaan diri dan penerimaan sosial terhadap penderita DSD masih sangat terbatas ragamnya. Diperlukan keterlibatan para ilmuwan dan praktisi psikologi untuk menciptakan komunitas-komunitas yang peduli dan rela memberikan dukungan sosial dan emosional kepada penderita DSD. Sebagai contoh, kita bisa belajar dari lembaga non-profit CLAN (Caring and Living As Neighbours) yang memiliki komitmen untuk membantu anak-anak dengan penyakit kronis (seperti HAK) yang tinggal di negara-negara berkembang agar memiliki kualitas hidup setara dengan anak-anak dengan kondisi yang sama di negara tetangga yang lebih maju. Info selengkapnya tentang CLAN dapat dibaca di laman ini: <http://www.clanchildhealth.org/> Sebagai anggota komunitas psikologi, kita bisa berperan dalam menciptakan penerimaan sosial masyarakat terhadap penderita DSD dengan memberikan edukasi (misalnya tentang HAK) yang mudah dipahami dan murah (gratis bila perlu). Salah satu yang penulis lakukan adalah berkolaborasi dengan dokter spesialis hormon anak dan dua orang mahasiswa Fakultas Psikologi Universitas Diponegoro untuk menulis buku edukasi tentang HAK untuk orang awam (terutama orang tua penderita). Buku ini ditulis dengan bahasa yang sederhana dan menggunakan ilustrasi gambar yang menarik agar dapat dipahami oleh guru, bidan, perawat, dokter umum, atau orang awam. Buku tersebut dapat diunduh dan digandakan tanpa dipungut biaya di laman ini: <https://apeg.org.au/patient-resources/other-language-resources/>. Rangkuman mengenai intervensi psikologi secara mikro maupun makro yang dapat diterapkan dalam menangani kasus DSD dapat dibaca pada Tabel 15.2.

**Tabel 15.2** Rangkuman Intervensi Psikologi Level Mikro dan Makro dalam kasus DSD

Intervensi Level Mikro	Intervensi Level Makro
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konseling psikologi</li> <li>• Konseling perkembangan gender</li> <li>• Konseling seksualitas</li> <li>• Edukasi penderita DSD tentang <i>coping</i> terhadap DSD</li> <li>• Pelatihan keterampilan sosial, seperti menghadapi situasi sosial yang sulit dihindari</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konseling/terapi keluarga</li> <li>• Edukasi komunitas/masyarakat umum (contoh: lihat booklet edukasi yang disusun oleh Ediati dan Utari, 2016)</li> <li>• Membangun kelompok dukungan sosial di lingkungan terdekat penderita (misalnya, keluarga, teman, tetangga, orang lain)</li> <li>• Diseminasi hasil riset mengenai dampak psikologis CAH untuk mendorong lahirnya kebijakan pemerintah untuk pengadaan obat (<i>fludrocortisone</i> dan <i>hydrocortisone</i>) untuk pengobatan anak dengan CAH.</li> </ul>

Salah satu kendala yang dihadapi oleh psikolog yang berkecimpung dalam penanganan kasus DSD adalah minimnya instrumen baku skala psikologi yang dapat digunakan untuk melakukan evaluasi identitas gender, perilaku gender, kebingungan gender, dan aspek psikologi lain yang terkait. Beberapa upaya adaptasi skala-skala yang umumnya

**Tabel 15.3** Daftar Instrumen Evaluasi Psikologi yang Telah Diadaptasi untuk Indonesia

Nama instrumen	Konstruk yang diukur (target populasi)	Referensi
<b>Gender identity interview for children (GIIC)</b>	Kebingungan gender pada anak usia 6 tahun ke atas	Zucker dkk., 1996; Ediati, dkk., 2015c
<b>Gender identity questionnaire for children (GIQC)</b>	Perilaku peran gender pada anak laki-laki dan perempuan	Cohen-Kettenis, 2006; Ediati, dkk., 2015c
<b>Gender questionnaire (GQ)</b>	Identitas gender (untuk remaja dan dewasa berusia 12 tahun ke atas)	Hines, Brook, dan Conway, 2003; Ediati, dkk., 2015c
<b>Activities questionnaire (AQ)</b>	Perilaku peran gender untuk remaja dan dewasa	Hines dkk., 2003; Ediati, dkk., 2015c
<b>Body image scale (BIS)</b>	Citra tubuh dan kepuasan terhadap bagian-bagian tubuh (untuk usia 18 tahun ke atas)	Lindgren dan Pauly, 1975; Ediati, dkk., 2015a
<b>Female sexual functioning index (FSFI)</b>	Fungsi seksual perempuan yang aktif secara seksual (untuk usia 18 tahun ke atas)	Rosen, Brown, Heiman, Leiblum, dan Ferguson, 2000; Ediati, dkk., 2015a
<b>Female sexual distress scale revised (FSDS-R)</b>	Perasaan tertekan karena seks (untuk usia 18 tahun ke atas)	Derogatis, Clayton, Lewis-D'Agostino, Wunderlich, dan Fu, 2008; Ediati, dkk., 2015a

<b>Male sexual health questionnaire (MSHQ)</b>	Kesehatan dan fungsi seksual laki-laki (untuk usia 18 tahun ke atas)	Rosen dkk., 2004; Ediati, dkk., 2015a
<b>Child behavioral check list (CBCL)</b>	Mengevaluasi problem emosi dan problem perilaku pada anak usia 6-18 tahun, serta kecenderungan psikopatologi berdasarkan laporan orang tua.	Achenbach dan Rescorla, 2001; Ediati dkk., 2015
<b>Youth self-report (YSR)</b>	Mengevaluasi problem emosi dan problem perilaku pada remaja usia 12-18 tahun, serta kecenderungan psikopatologi berdasarkan laporan diri (self-report).	Achenbach dan Rescorla, 2001; Ediati dkk., 2015
<b>Adult self-report (ASR)</b>	Mengevaluasi problem emosi dan problem perilaku pada orang dewasa usia 18 tahun ke atas, serta kecenderungan psikopatologi berdasarkan laporan diri (self-report).	Achenbach dan Rescorla, 2001; Ediati dkk., 2015
<b>TNO-AZL quality of life— for children and adults (TACQOL/ TAAQOL)</b>	Mengevaluasi kualitas hidup terkait kesehatan pada anak, remaja, dan orang dewasa, versi orang tua (untuk anak dan remaja usia 6-15 tahun) dan self-report untuk usia 8-15 tahun dan usia 16 tahun ke atas.	Achenbach dan Rescorla, 2001; Ediati dkk., 2015

## KENDALA YANG DIHADAPI PSIKOLOG

- Instrumen asesmen psikologi baku masih sangat terbatas, terutama untuk mengukur ketidakpuasan gender, identifikasi identitas gender pada anak, remaja, hingga dewasa yang disusun khusus untuk kepentingan evaluasi berkesinambungan sesuai rentang kehidupannya.
- Terbatasnya literature mengenai *disorders of sex development* (DSD), terutama yang membahas mengenai aspek psikologis dan dalam Bahasa Indonesia.
- Belum ada guideline yang bersifat nasional mengenai penanganan medis dan psikologis anak, remaja, dan orang dewasa dengan DSD.
- Psikolog yang mempelajari dan menangani kasus DSD secara multidisiplin sangat minim; padahal penyandang DSD membutuhkan pendampingan psikologis sepanjang hayat dan mereka berada di seluruh penjuru nusantara.

**Gambar 15.7** Kendala yang Dihadapi Psikolog dalam Menangani DSD

digunakan dalam evaluasi psikologi penderita DSD di Barat telah dirintis, sehingga versi Bahasa Indonesia telah tersedia untuk beberapa instrumen psikologis yang tercantum dalam Tabel 15.3.

Keterampilan melakukan observasi dan wawancara mendalam merupakan ketrampilan utama yang juga mendukung psikolog dalam melakukan asesmen psikologi. Dalam hal melakukan konseling, konselor perlu memiliki penguasaan bahasa daerah serta kepekaan mengenali perbedaan budaya konseli yang akan sangat membantu proses konseling agar dapat berfungsi efektif dalam membantu konseli.

## KESIMPULAN

Bab ini memaparkan secara ringkas mengenai interseks, atau dalam istilah sekarang disebut sebagai DSD, dan dampak psikologisnya dengan tujuan untuk menambah wawasan serta meningkatkan kesadaran masyarakat,

terutama anggota komunitas psikologi, mengenai pentingnya peran psikologi, baik dalam asesmen maupun intervensi psikologi untuk membantu penyandang DSD dan keluarganya. Keterbatasan instrumen psikologi untuk melakukan asesmen problem gender dan asesmen psikologis lainnya dapat menghambat kinerja psikolog, namun upaya melakukan adaptasi instrumen dalam Bahasa Indonesia telah mulai dilakukan. Masih diperlukan keterlibatan para ahli psikometri yang memiliki kepedulian untuk menyusun dan/atau melakukan validasi instrumen pengukuran psikologi, terutama yang berkaitan dengan evaluasi perkembangan gender seseorang. Di samping keterampilan melakukan observasi dan wawancara mendalam, keterampilan berkomunikasi dalam bahasa daerah dan kepekaan terhadap budaya masyarakat di mana konseli tumbuh dan berkembang dapat mempengaruhi keberhasilan konseling. Berdasarkan pengalaman penulis mendampingi para penyandang DSD yang sebagian besar berasal dari pedesaan dan dari keluarga kurang mampu, diperlukan keterampilan untuk melakukan konseling dalam bahasa Jawa ngoko maupun krama inggil, menyampaikan informasi dalam tataran praktis sesuai daya tangkap konseli, serta keterampilan untuk membangun kerja sama dengan pihak terkait kehidupan penyandang, seperti Lurah, aktivis LSM, wartawan, anggota keluarga besar, dan pemuka agama setempat, agar mendapatkan penerimaan sosial sehingga intervensi psikologis dapat diberikan secara efektif. Keterampilan inilah yang dulu tidak pernah penulis dapatkan di bangku kuliah maupun *textbook*, namun berperan penting bagi keberhasilan intervensi psikologis yang dilakukan.

## DAFTAR PUSTAKA

Achenbach, T. M., dan Rescorla, L. (2001). *Manual for ASEBA School-Age Forms and Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.

Cohen-Kettenis, P. T. (2006). "A Parent-Report Gender Identity Questionnaire for Children: A Cross-national, Cross-Clinic Comparative Analysis". *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(3), 397–405.

Ediati, A., Faradz, S. M. H., Juniarto, A. Z., van der Ende, J., Drop, S. L. S., dan Dessens, A. B. (2015). "Emotional and behavioral Problems in Late-Identified Indonesian Patients With Disorders of Sex Development". *Journal of Psychosomatic Research*, 79(1), 76–84.

Ediati, A., Juniarto, A. Z., Birnie, E., Drop, S. L. S., Faradz, S. M. H., dan Dessens, A. B. (2015a). "Body Image and Sexuality in Indonesian Adults with a Disorder of Sex Development (DSD)". *Journal of Sex Research*, 52(1), 15–29.

Ediati, A., Juniarto, A. Z., Birnie, E., Drop, S. L. S., Faradz, S. M. H., dan Dessens, A. B. (2015b). "Gender Development in Indonesian Children, Adolescents, and Adults with Disorders of Sex Development". *Archives of Sexual Behavior*, 44(5), 1339–1361.

Ediati, A., Juniarto, A. Z., Birnie, E., Drop, S. L. S., Faradz, S. M. H., dan Dessens, A. B. (2015c). "Gender Development in Indonesian Children, Adolescents, and Adults with Disorders of Sex Development". *Archives of Sexual Behavior*, 44(5), 1339–1361.

DeRogatis, L., Clayton, A., Lewis-D'Agostino, A., Wunderlich, G., dan Fu, Y. (2008). "Validation of the Female Sexual Distress Scale-Revised for Assessing Distress in Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder". *Journal of Sexual Medicine*, 5, 357-364.→

Gupta, D., Bhardwaj, M., Sharma, S., Ammini, A. C., dan Gupta, D. K. (2010). "Long-Term Psychosocial Adjustments, Satisfaction Related to Gender and the Family Equations in Disorders of Sexual Differentiation With Male Sex Assignment". *Pediatric Surgery International*, 26(10), 955–8.

Hines, M. (2008). "Early Androgen Influences on Human Neural and Behavioural Development". *Early Human Development*, 84(12), 805–7.

Hines, M. (2011). "Gender Development and the Human Brain". *Annual Review of Neuroscience*, 34, 69–88.

Hines, M., Ahmed, S. F., dan Hughes, I. A. (2003). "Psychological Outcomes and Gender-Related Development in Complete Androgen Insensitivity Syndrome". *Archives of Sexual Behavior*, 32(2), 93–101.

Hines, M., Brook, C., dan Conway, G. S. (2004). "Androgen and Psychosexual Development: Core Gender Identity, Sexual Orientation, and Recalled Childhood Gender Role Behavior in Women and Men With Congenital Adrenal Hyperplasia (CAH)". *Journal of Sex Research*, 41:1, 75-81.

Hughes, I. A., Houk, C., Ahmed, S. F., Lee, P. A., dan Group, L. C. (2006). "Consensus Statement on Management of Intersex". *Archives of Disease in Childhood*, 118(2), 554–563.

Lindgren, T. W., dan Pauly, I. B. (1975). "A Body Image Scale for Evaluating Transsexuals". *Archives of Sexual Behavior*, 4(6), 639–656.

Meyer-Bahlburg, H. F., Gruen, R. S., New, M. I., Bell, J. J., Morishima, A., Shimshi, M., ... Baker, S. W. (1996). "Gender Change from Female to Male in Classical Congenital Adrenal Hyperplasia". *Hormones and Behavior*, 30(4), 319–332.



Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., Carlson, A. D., Obeid, J. S., dan New, M. I. (2004). "Cognitive and Motor Development of Children With and Without Congenital Adrenal Hyperplasia After Early-Prenatal Dexamethasone". *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 89(2), 610–614.

Meyer-Bahlburg, H. F. L., Dolezal, C., Baker, S. W., Ehrhardt, A. A., dan New, M. I. (2006). "Gender Development in Women With Congenital Adrenal Hyperplasia as a Function of Disorder Severity". *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 667–684.

Pasterski, V., Hindmarsh, P., Geffner, M., Brook, C., Brain, C., dan Hines, M. (2007). "Increased Aggression and Activity Level in 3- to 11-Year-Old Girls With Congenital Adrenal Hyperplasia (CAH)". *Hormones and Behavior*, 52(3), 368–374.

Pasterski, V., Zucker, K. J., Hindmarsh, P. C., Hughes, I. A., Acerini, C., Spencer, D., ... Hines, M. (2015). "Increased Cross-Gender Identification Independent of Gender Role Behavior in Girls with Congenital Adrenal Hyperplasia: Results from a Standardized Assessment of 4- to 11-Year-Old Children". *Archives of Sexual Behavior*, 44(5), 1363–1375.

Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., dan Ferguson, D. (2000). *The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function*, 191–208.

Rosen, R. C., Catania, J., Pollack, L., Althof, S., O'Leary, M., dan Seftel, A. D. (2004). "Male Sexual Health Questionnaire (MSHQ): Scale Development and Psychometric Validation". *Urology*, 64(4), 777–782.

Utari, A., dan Ediati, A. (2016). *Mengenal Hiperplasia Adrenal Kongenital (Congenital Adrenal Hyperplasia): Bacaan untuk Orangtua*. Semarang:

Undip Press. Dapat diakses di <https://apeg.org.au/patient-resources/other-language-resources/>

Warne, G., dan Raza, J. (2008). "Disorders of Sex Development (DSDs), Their Presentation and Management in Different Cultures". *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 9:227–236

Zucker, K. J., Bradley, S. J., Oliver, G., Blake, J., Fleming, S., dan Hood, J. (1996). "Psychosexual Development of Women With Congenital Adrenal Hyperplasia". *Hormones and Behavior*, 30(4), 300–318.

PENERBIT ERLINGGA