



PEMERINTAH PROVINSI KEPULAUAN BANGKA BELITUNG
DINAS PENDIDIKAN
PUSAT LAYANAN AUTIS

Jl. Profesi Komplek Perkantoran Dan Pemukiman Terpadu
Pemerintah Provinsi Kepulauan Bangka Belitung kel. Air Itam telp/fax (0717) 4261429



SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN PENELITIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : Yazid S.E
Jabatan : Wakil Ketua Tim Pengelola Pusat Layanan Autis
Provinsi Kepulauan Bangka Belitung

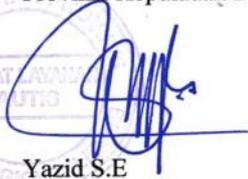
Menerangkan bahwa :

Nama : Lia Lavita
Nim : 5011211030
Judul : Peran Pusat Layanan Autis dan Implikasinya dalam pembinaan anak-anak Autis di Prov. Kep. Babel

Memang benar sebagai mahasiswa Universitas Bangka Belitung, Fakultas ilmu sosial politik jurusan Sosiologi telah melakukan penelitian di Pusat Layanan Autis Provinsi Kepulauan Bangka Belitung.

Dengan demikian surat keterangan ini dibuat dengan benar, untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Wakil Ketua Tim pengelola
Pusat Layanan Autis
Provinsi Kepulauan Bangka Belitung


Yazid S.E

NIP. 197005202005011010

INFORMED CONSENT

Kami yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Yolin Filona

Tanggal lahir : 25 Oktober 1978

Alamat : Belinyu

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Selaku orangtua/ penanggungjawab/ wali dari :

Nama : Jos Gerald

Tanggal lahir : 9 Januari 2012

Alamat : Belinyu

Status hubungan : Ayah/Ibu/ yang lain sebutkan.....

Menyatakan kesediaan dengan sukarela anak/Sdr kami untuk menjalankan serangkaian prosedur psikologis dalam rangka *assessment* dan intervensi yang dilaksanakan di Pusat Layanan Autis Provinsi Kepulauan Bangka Belitung.

Tahap-tahap yang dilakukan dalam prosedur psikologis yang dimaksud adalah :

Tahap 1 : Wawancara

Tujuan : Untuk mendapatkan informasi yang menyeluruh tentang permasalahan dan perilaku ananda/Sdr di PLA dan dirumah

Demi memperlancar keseluruhan tahapan dalam proses tersebut diatas, beberapa hal yang disepakati adalah :

1. Prinsip kesukarelaan

Keterlibatan semua pihak yang terkait praktik ini adalah berdasarkan prinsip kesukarelaan, tanpa ada paksaan atau ancaman dari siapapun

2. Masalah kerahasiaan

Bapak/Ibu siswa akan memberikan informasi sejujur-jujurnya sesuai dengan kenyataan yang sebenarnya dan pihak Pusat Layanan Autis Provinsi Kepulauan Bangka Belitung wajib merahasiakan segala informasi yang diperoleh kepada pihak-pihak yang berkepentingan. Dalam prosedur diatas, ada kemungkinan Pusat Layanan Autis Provinsi Kepulauan Bangka Belitung akan melakukan rekaman. Hasil rekaman tersebut hanya akan disampaikan kepada sesama praktisi yang terkait dalam penanganan ini dan tidak akan disebar luaskan kepada khalayak.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sukarela dan sejujur-jujurnya, untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Pangkalpinang, 24 Juni 2016

Mengetahui
Peneliti

Menyetujui
Orangtua/Wali



(Lia Lavita)



(Yolin Finola)

INFORMED CONSENT

Kami yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Yulinda

Tanggal lahir : 24 Oktober 1967

Alamat : Toboali

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Selaku orangtua/ penanggungjawab/ wali dari :

Nama : Saputri

Tanggal lahir : 22 Juli 2005

Alamat : Toboali

Status hubungan : Ayah/Ibu/ yang lain sebutkan.....

Menyatakan kesediaan dengan sukarela anak/Sdr kami untuk menjalankan serangkaian prosedur psikologis dalam rangka *assessment* dan intervensi yang dilaksanakan di Pusat Layanan Autis Provinsi Kepulauan Bangka Belitung.

Tahap-tahap yang dilakukan dalam prosedur psikologis yang dimaksud adalah :

Tahap 1 : Wawancara

Tujuan : Untuk mendapatkan informasi yang menyeluruh tentang permasalahan dan perilaku ananda/Sdr di PLA dan dirumah

Demi memperlancar keseluruhan tahapan dalam proses tersebut diatas, beberapa hal yang disepakati adalah :

1. Prinsip kesukarelaan

Keterlibatan semua pihak yang terkait praktik ini adalah berdasarkan prinsip kesukarelaan, tanpa ada paksaan atau ancaman dari siapapun

2. Masalah kerahasiaan

Bapak/Ibu siswa akan memberikan informasi sejujur-jujurnya sesuai dengan kenyataan yang sebenarnya dan pihak Pusat Layanan Autis Provinsi Kepulauan Bangka Belitung wajib merahasiakan segala informasi yang diperoleh kepada pihak-pihak yang berkepentingan. Dalam prosedur diatas, ada kemungkinan Pusat Layanan Autis Provinsi Kepulauan Bangka Belitung akan melakukan rekaman. Hasil rekaman tersebut hanya akan disampaikan kepada sesama praktisi yang terkait dalam penanganan ini dan tidak akan disebar luaskan kepada khalayak.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sukarela dan sejujur-jujurnya, untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Pangkalpinang, 24 Juni 2016

Mengetahui

Peneliti



(Lia Lavita)

Menyetujui

Orangtua/Wali



(Yulinda)

INFORMED CONSENT

Kami yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Lilis

Tanggal lahir : 11 April 1985

Alamat : Lampung

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Selaku orangtua/ penanggungjawab/ wali dari :

Nama :Reihan

Tanggal lahir : 10 Juli 2012

Alamat : Lampung

Status hubungan : Ayah/Ibu/ yang lain sebutkan.....

Menyatakan kesediaan dengan sukarela anak/Sdr kami untuk menjalankan serangkaian prosedur psikologis dalam rangka *assessment* dan intervensi yang dilaksanakan di Pusat Layanan Autis Provinsi Kepulauan Bangka Belitung.

Tahap-tahap yang dilakukan dalam prosedur psikologis yang dimaksud adalah :

Tahap 1 : Wawancara

Tujuan : Untuk mendapatkan informasi yang menyeluruh tentang permasalahan dan perilaku ananda/Sdr di PLA dan dirumah

Demi memperlancar keseluruhan tahapan dalam proses tersebut diatas, beberapa hal yang disepakati adalah :

1. Prinsip kesukarelaan

Keterlibatan semua pihak yang terkait praktik ini adalah berdasarkan prinsip kesukarelaan, tanpa ada paksaan atau ancaman dari siapapun

2. Masalah kerahasiaan

Bapak/Ibu siswa akan memberikan informasi sejujur-jujurnya sesuai dengan kenyataan yang sebenarnya dan pihak Pusat Layanan Autis Provinsi Kepulauan Bangka Belitung wajib merahasiakan segala informasi yang diperoleh kepada pihak-pihak yang berkepentingan. Dalam prosedur diatas, ada kemungkinan Pusat Layanan Autis Provinsi Kepulauan Bangka Belitung akan melakukan rekaman. Hasil rekaman tersebut hanya akan disampaikan kepada sesama praktisi yang terkait dalam penanganan ini dan tidak akan disebar luaskan kepada khalayak.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sukarela dan sejujur-jujurnya, untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Pangkalpinang, 29 Juni 2016

Mengetahui
Peneliti

Menyetujui
Orangtua/Wali



(Lia Lavita)



(Lilis)

INFORMED CONSENT

Kami yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Nur Pitriyah

Tanggal lahir : 18 Mei 1991

Alamat : Sungai Liat

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Selaku orangtua/ penanggungjawab/ wali dari :

Nama : Keyla

Tanggal lahir : 2 Mei 2005

Alamat : Sungai Liat

Status hubungan : ~~Ayah/Ibu/ yang lain sebutkan.....~~

Menyatakan kesediaan dengan sukarela anak/Sdr kami untuk menjalankan serangkaian prosedur psikologis dalam rangka *assessment* dan intervensi yang dilaksanakan di Pusat Layanan Autis Provinsi Kepulauan Bangka Belitung.

Tahap-tahap yang dilakukan dalam prosedur psikologis yang dimaksud adalah :

Tahap 1 : Wawancara

Tujuan : Untuk mendapatkan informasi yang menyeluruh tentang permasalahan dan prilaku ananda/Sdr di PLA dan dirumah

Demi memperlancar keseluruhan tahapan dalam proses tersebut diatas, beberapa hal yang disepakati adalah :

1. Prinsip kesukarelaan

Keterlibatan semua pihak yang terkait praktik ini adalah berdasarkan prinsip kesukarelaan, tanpa ada paksaan atau ancaman dari siapapun

2. Masalah kerahasiaan

Bapak/Ibu siswa akan memberikan informasi sejujur-jujurnya sesuai dengan kenyataan yang sebenarnya dan pihak Pusat Layanan Autis Provinsi Kepulauan Bangka Belitung wajib merahasiakan segala informasi yang diperoleh kepada pihak-pihak yang berkepentingan. Dalam prosedur diatas, ada kemungkinan Pusat Layanan Autis Provinsi Kepulauan Bangka Belitung akan melakukan rekaman. Hasil rekaman tersebut hanya akan disampaikan kepada sesama praktisi yang terkait dalam penanganan ini dan tidak akan disebar luaskan kepada khalayak.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sukarela dan sejujur-jujurnya, untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Pangkalpinang, 29 Juni 2016

Mengetahui
Peneliti

Menyetujui
Orangtua/Wali



(Lia Lavita)



(Nur Pitriyah)

LAMPIRAN 3



PEDOMAN WAWANCARA ”PERAN PUSAT LAYANAN AUTIS DAN IMPLIKASINYA DALAM PEMBINAAN ANAK-ANAK AUTIS DI BANGKA BELITUNG”.

Pertanyaan berikut ini mencari data dengan narasumber yang diharapkan akan menjawab apa yang menjadi permasalahan. Berikut beberapa pedoman wawancara :

A. Identitas Informan

Nama :

Jenis Kelamin :

Umur :

Pendidikan :

Status/Pekerjaan :

B. Daftar Pertanyaan Kunci

Orangtua Anak Autis

1. Berapa umur anak Bapak/Ibu terindikasi mengalami autis ?
2. Bagaimana awal Bapak/Ibu mengetahui anak Ibu/Bapak mengetahui autis ?
3. Apa saja perubahan yang Bapak/Ibu ketahui awal anak mengalami autis ?
4. Apa penanganan pertama yang Bapak/Ibu pada saat mengetahui anak terindikasi mengalami autis ?
5. Dari mana Bapak/Ibu mengetahui PLA Provinsi Bangka Belitung ?

6. Apakah ada perkembangan anak Bapak/Ibu selama diberikan layanan PLA ?
Apa saja ?
7. Berapa lama anak Bapak/Ibu sudah diberikan layanan di PLA ?
8. Menurut Bapak/Ibu peran PLA cukup membantu tidak untuk perkembangan anak Ibu/Bapak ?
9. Apa saja informasi dari PLA yang diberikan untuk Bapak/Ibu terkait kebutuhan anak dirumah ?

Staf/ Terapis di Pusat Layanan Autis

1. Bagaimana sejarah berdirinya PLA ?
2. Apa tujuan didirikannya PLA ?
3. Apa Visi dan Misi PLA ?
4. Apa saja persyaratan anak untuk masuk ke PLA ?
5. Berapa jumlah anak autis yang sudah terdaftar di PLA ?
6. Berapa jumlah staf yang bekerja di PLA ?
7. Sejauh mana perkembangan PLA ?
8. Apa saja peran yang diberikan PLA untuk anak autis ?
9. Apa saja keterampilan yang dilakukan terapis untuk anak autis, dan bagaimana fungsinya ?
10. Apa saja program pengembangan yang diselenggarakan PLA untuk anak autis?

11. Berapa lama waktu yang digunakan untuk membina anak autis dalam sekali pertemuan?
12. Berapa ruangan yang dipakai untuk keterapi pada anak autis di PLA ?
13. Biasanya setelah anak autis keluar dari PLA, bisakah anak autis melanjutkan kesekolah formal maupun *non* formal ?



LAMPIRAN 4

Daftar Informan

NO	NAMA	JENIS KELAMIN	UMUR (TAHUN)	STATUS/ PEKERJAAN
1.	WK	Laki-laki	28	<i>Assessor</i>
2.	DIM	Perempuan	30	Terapis Prilaku
3.	DK	Laki-laki	28	Terapis Okupasi
4.	K	Perempuan	26	Terapis SI
5.	MM	Perempuan	23	Sosietri
6.	AF	Perempuan	21	Terapis Wicara
7.	Y	Perempuan	48	IRT
8.	YF	Perempuan	37	IRT
9.	L	Perempuan	31	IRT
10.	NP	Perempuan	25	IRT

LAMPIRAN 5



5.1. Wawancara dengan terapis



5.2. Wawancara dengan terapis



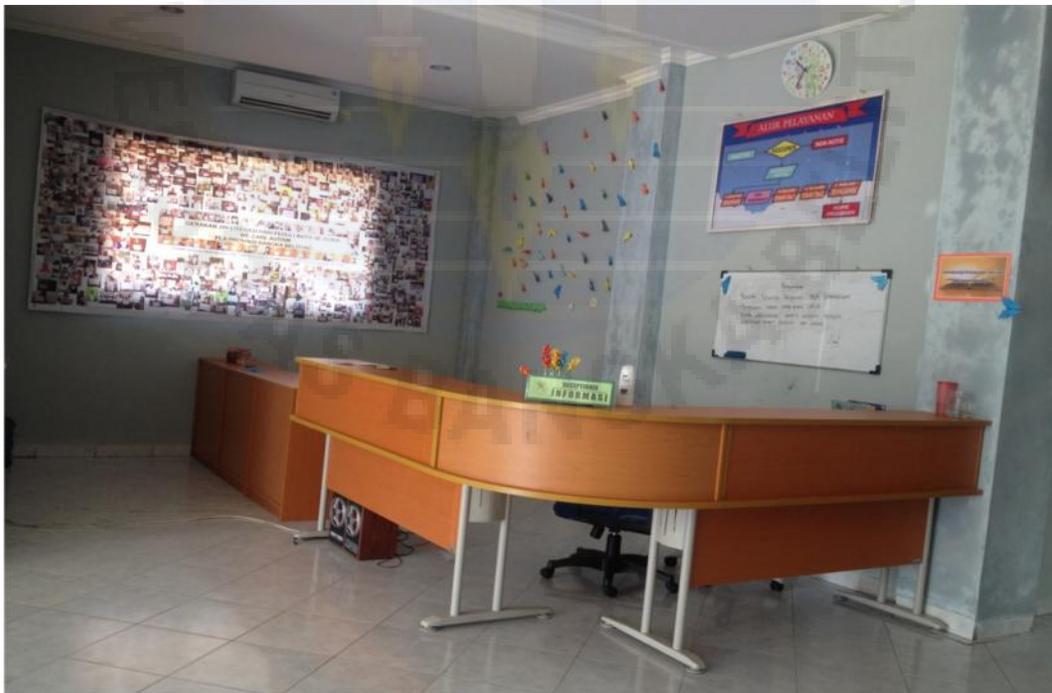
5.3. Wawancara dengan orangtua



5.4. Wawancara dengan orangtua



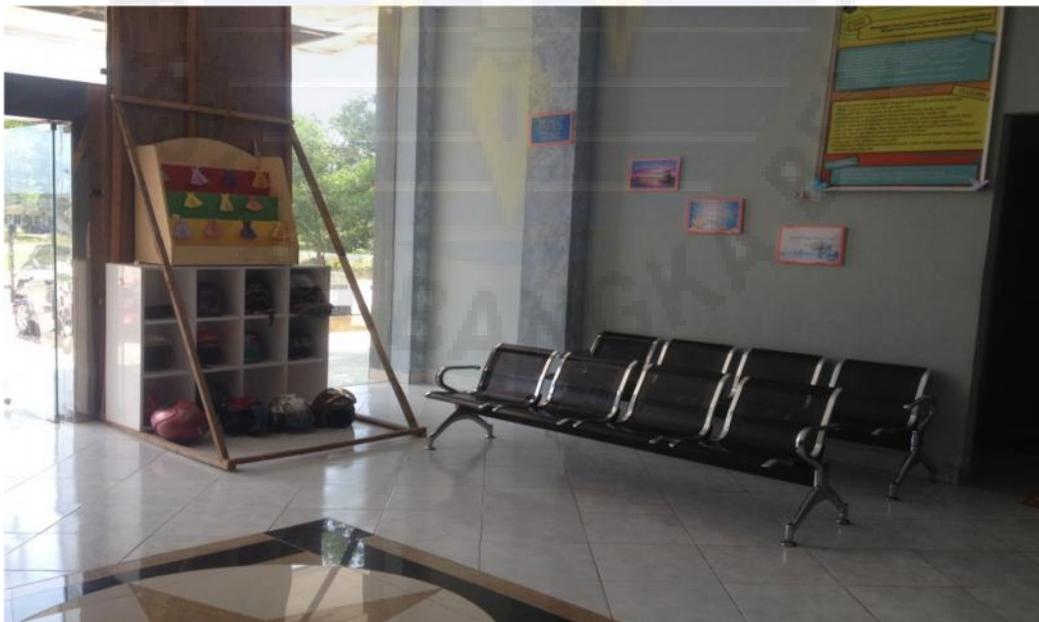
5.5. Kantor Pusat Layanan Autis Provinsi Bangka Belitung



5.6. Receptionis Informasi



5.7. Tempat anak melakukan aktifitas dan tempat untuk penyimpanan barang-barang bawaan anak di PLA (tas, dll).



5.8. Ruang tunggu orangtua ketika anak melakukan keterampilan di PLA



5.9. Alur pelayanan di PLA



5.10. PLA dan orangtua berdiskusi dalam program *family support group*



5.11. Program *outing class* yang diadakan PLA di BBG



5.12. Program *aquatic therapy* yang diadakan PLA di Wisma Aksi



5.13. Kegiatan keterampilan anak autis dan kegiatan olahraga para terapis



5.14. Media/alat-alat pembelajaran anak autis di PLA

LAMPIRAN 6

Curriculum Vitae



Nama : Lia Lavita

Tempat, Tanggal Lahir : Pangkalpinang, 22 Januari 1995

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Pendidikan Terakhir : S1 (Sarjana Sosiologi)

Alamat : JL. RE. Martadinata. Gang Mujair 1
RT/RW005/002 No.33 Kelurahan Rejosari-
Kecamatan Pangkal Balam Kota Pangkalpinang.

Telp/Hp : 0895-3341-07467

Email : lialavita@yahoo.com

Pendidikan Formal

A. 2012-2016 : Universitas Bangka Belitung (Fakultas Fisip,
Jurusan Sosiologi)

B. 2009-2012 : Smk N 1 Pangkalpinang

C. 2006-2009 : Smp N 7 Pangkalpinang

D. 2000-2006 : Sd N 48 Pangkalpinang