






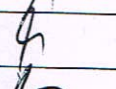

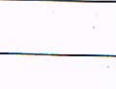





Nama : Masun Yani Yuhastri
 N.I.M : 2014-66-157
 Judul Skripsi : Perbedaan stretching Exercise dan MYOFASCIAL Release pada otot gastrocnemius terhadap fungsional berdiri pd anak cp spastik diplegia
 Pembimbing I : Abdul Chalik median - Amd - Ft, SGP, M-FIS
 Pembimbing II : Maidi Sametto, SKM, Sst. Ft

NO.	HARI / TGL	MATERI KONSULTASI	NAMA PEMBIMBING	PARAF
1.	Jumat/12-06-15	Judul	Bpk. Abdul Chalik median	
2.	minggu/21-06-15	KONSUL Judul	Bpk. maidi Sametto	
3.	Jumat/31-07-15	KONSUL BAB I	Bpk. Abdul Chalik median	
4.	minggu/09-08-15	KONSUL BAB I	Bpk. maidi Sametto	
5.	minggu/16-10-15	KONSUL BAB I dan II	Bpk. maidi Sametto	
6.	minggu/25-10-15	KONSUL BAB I dan II	Bpk. maidi Sametto	
7.	minggu/8-11-15	KONSUL BAB I dan II	Bpk. maidi Sametto	
8.	minggu/22-11-15	KONSUL BAB I, II dan III	Bpk. maidi Sametto	
9.	Jum'at/16-11-15	KONSUL BAB I, II dan III	Bpk. Abdul Chalik median	
10.	Rabu/25-11-15	ACC BAB I, II, III	Bpk. maidi Sametto	
11.	Jum'at/13-11-15	KONSUL BAB I, II dan III	Bpk. Abdul Chalik median	
12.	Jum'at/27-11-15	KONSUL BAB I, II dan III	Bpk. Abdul Chalik median	
13.	Rabu/2-11-15	ACC BAB I, II dan III	Bpk. Abdul Chalik median	
14.	minggu/31-01-16	Revisi proposal	Bpk. maidi Sametto	
15.	Senin/08-02-16	Revisi proposal an ACC	Bpk. Abdul Chalik median	
16.	minggu/14-02-16	ACC PROPOSAL	Bpk. maidi Sametto	

Catatan :

1. Bimbingan skripsi minimal 8 (delapan) kali. Formulir dapat difotokopi sesuai kebutuhan
2. Setelah penulisan skripsi selesai, formulir ini dilampirkan untuk mengajukan ujian sidang



Universitas
Esa Unggul

**UNIVERSITAS ESA UNGGUL
FAKULTAS FISIOTERAPI
FORMULIR BIMBINGAN SKRIPSI**

FORM B

Nama : Masuryani Yuhastri
 N.I.M : 2014-66-157
 Judul Skripsi : Perbedaan Stretching Exercise dan Myofascial Release pada otot gastrocnemius terhadap fungsional berdiri pd anak cpd
 Pembimbing I : Abdul Chalik median, Amd. Ft. S.A.P. M.Fis
 Pembimbing II : Maldi Samakto, SKM, sst. Ft

NO.	HARI / TGL	MATERI KONSULTASI	NAMA PEMBIMBING	PARAF
1.	Minggu/1-05-16	KONSUL SKRIPSI (Bab IV, V, VI)	Bpk. maldi samakto	
2.	Rabu/4-05-16	KONSUL SKRIPSI (Bab IV, V, VI)	Bpk. Abdul Chalik median	
3.	Rabu/4-05-16	ACC Bab IV, V, VI	Bpk. maldi samakto	
4.	Senin/09-05-16	ACC Bab IV, V, VI	Bpk. Abdul Chalik median	
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				

Catatan :

1. Bimbingan skripsi minimal 8 (delapan) kali. Formulir dapat difotokopi sesuai kebutuhan
2. Setelah penulisan skripsi selesai, formulir ini dilampirkan untuk mengajukan ujian sidang











UNIVERSITAS ESA UNGGUL
 FAKULTAS FISIOTERAPI
 FORMULIR KEPESERTAAN AKTIF DALAM KEGIATAN UJIAN
 PROPOSAL / SKRIPSI

FORM I

NAMA MAHASISWA : masuryani Yuhastri

NIM : 201466157

NO.	KEGIATAN UJIAN	TTD. Mahasiswa yang ujian	TTD. Dosen Penguji
1.	Hari / tanggal : Rabu / 16 Desember 2015 Nama Mahasiswa : Risti medio putra NIM : 201466158 Judul PROPOSAL / SKRIPSI)* : Perbedaan Pemberian strengthening Exc dengan kondisi Exc terhadap keseimbangan Lansia	 (Risti)	 (Bpk. Mardani)
2.	Hari / tanggal : Kamis / 17 Desember 2015 Nama Mahasiswa : Cynthia Sally Destria NIM : 201466172 Judul PROPOSAL / SKRIPSI)* : Perbedaan pengaruh Latihan Constraint induced movement Therapy (CIMT) dan Mirror Exc terhadap kemampuan fungsional Anggota gerak atas Pasien pasca stroke	 (Cynthia)	 (Bpk. Prams)
3.	Hari / tanggal : Selasa 22 Desember 2015 Nama Mahasiswa : Cicilia Febiani Harungningrum NIM : 2014-66-137 Judul PROPOSAL / SKRIPSI)* : Perbedaan keseimbangan berdiri dan berjalan pada anak autistic dan non-autistic usia 10-12 tahun	 (Cicilia)	
4.	Hari / tanggal : Selasa 22 Desember 2015 Nama Mahasiswa : GRES NIM : Judul PROPOSAL / SKRIPSI)* : Perbedaan antara latihan yoga for kids Dengan latihan Tai chi terhadap keseimbangan berdiri pada anak usia 5-6 tahun	 (GRES)	

<p>Hari / tanggal : Selasa, 8-3-16 Nama Mahasiswa : Gnes NIM : 201466040 Judul PROPOSAL / SKRIPSI)* : Perbedaan antara Latihan Yoga For Kids Dengan Latihan Tai Chi terhadap keseimbangan pada anak usia 5-6 Tahun</p>		
<p>Hari / tanggal : Selasa, 8-3-16 Nama Mahasiswa : Maulidina NIM : 201466150 Judul PROPOSAL / SKRIPSI)* : Perbedaan Permainan Batu Enggang dan Engklek terhadap Peningkatan keseimbangan anak usia 4-6 Tahun</p>		
<p>Hari / tanggal : Selasa, 8-3-16 Nama Mahasiswa : Nur Erina Rahmatika NIM : 201406030 Judul PROPOSAL / SKRIPSI)* : Hubungan Lama Penggunaan Gadget Dengan nyeri dan kelainan tulang belakang kifosis pd anak cerebral palsy diploji di Klinik Happy Kids Therapy</p>		
<p>Hari / tanggal : Selasa 10/3/16 Nama Mahasiswa : Monda Oefatma NIM : Judul PROPOSAL / SKRIPSI)* : Pengaruh Penambahan ankle Movements Etc pada trunk control Etc terhadap keseimbangan duduk anak CP Spasme diploji.</p>		

Melaporkan,

Mengetahui,

.....) (.....) (.....)

Mahasiswa

Pembimbing 1

Pembimbing 2

catatan:

- Mahasiswa ybs harus hadir 5 menit sebelum dimulainya ujian proposal / skripsi
- Formulir ini merupakan salah satu syarat kelengkapan pendaftaran ujian akhir skripsi S1 Fisioterapi
-)* Pilih salah satu

Lampiran 1 Informed Consent

PERSETUJUAN TINDAKAN FISIOTERAPI DAN KESEDIAAN MENGIKUTI PENELITIAN (INFORMED CONSENT)

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

A. Identitas Anak

1. Nama anak : _____
2. Jenis kelamin anak : _____
3. Umur anak : _____

B. Identitas Wali / Orang Tua

1. Nama Ayah : _____
Usia Ayah : _____
No. Telp Ayah : _____
2. Nama Ibu : _____
Usia Ibu : _____
No. Telp Ibu : _____
3. Alamat : _____

4. No. Telp Rumah : _____

Setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti atau yang membantunya tentang maksud dan tujuan penelitian, cara pelaksanaan dan konsekuensinya serta manfaat bagi perkembangan anak saya dan bagi keajuan perkembangan pelayanan kesehatan, dengan ini menyatakan :

- a. Memahami sepenuhnya maksud dan tujuan penelitian, cara pelaksanaan, dan konsekuensinya
- b. Bersedia mengemukakan dengan sejujur-jujurnya segala hal yang berkaitan data pribadi maupun keluhan yang ada pada anak saya.
- c. Bersedia untuk mengikuti dan menjalankan petunjuk penelitian yang diberikan secara bersung-sungguh dan bertanggung jawab.
- d. Bersedia menghubungi peneliti bila ada hal-hal yang kurang dipahami maupun melaporkan hal-ha yang berkebang selama penelitian.

- e. Bersedia untuk sewaktu-waktu dihubung oleh peneliti guna menyempurnakan penelitian ini.
- f. Tidak akan membebani peneliti berkaitan dengan biaya dan tindakan atas keluhan yang anak saya dan penyelaenggaraan penelitian ini.
- g. Bersedia mengikuti rangkaian kegiatan penelitian yang berjudul :
“PERBEDAAN STRETCHING EXERCISE DAN MYOFASCIAL RELEASE PADA OTOT GASTROCNEMIUS TEHADAP FUNGSIONAL BERDIRI PADA ANAK CEREBRAL PALSY SPASTIK DIPLEGI”

Dengan ketentuan apabila ada hal-hal yang tidak berkenan pada saya, maka sayaberhak mengajukan pengunduran diri dari kegiatan penelitian.

Peneliti,

Jakarta, _____

Responden

—

Saksi I

Saksi II

Alamat :

Alamat :

Hp/Telp :

Hp/Telp :

Lampiran 2 Kuesioner penelitian

KUESIONER PENELITIAN

Yth. Orang tua/wali

Dengan hormat,

Bersamadengan ini, saya mohon kesediaan bapak/ibu untuk dapat melengkapi kuesioner ini. Jawaban yang bapak/ibu berikan akan sangat membantu proses penelitian ini. Kuesioner ini disusun sesuai alat penelitian untuk memenuhi tugas khir (skripsi) yang berjudul : “PERBEDAAN STRETCHING EXERCISE DAN MYOFASCIAL RELEASE PADA OTOT GASTROCNEMIUS TEHADAP FUNGSIONAL BERDIRI PADA ANAK CEREBRAL PALSY SPASTIK DIPLEGI”

(Apabila ada pertanyaan yang kurang dipahami, kolomboleh dikosongkan dahulu dan nantinya akan dibantu oleh peneliti)

Kuesioner ini diisi pada hari/tanggal _____ / _____

Nama : _____

Usia : _____

Jenis Kelamin : _____

Hubungan Dengan anak : _____

Data Anak

Nama Anak : _____

Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan

Tempat/Tanggal Lahir : _____ / _____

Usia Sekarang : _____ Bulan _____ Hari

Berat Badan : _____ Kg

Tinggi Badan : _____ cm

Lingkar Kepala : _____ cm

Anak ke : _____

Jumlah Saudara : _____

Nama Ayah : _____

Usia Ayah : _____
Pendidikan Terakhir : _____
Pekerjaan : _____

Nama Ibu : _____
Usia Ibu : _____
Pendidikan Terakhir : _____
Pekerjaan : _____

Alamat Rumah : _____

Telepon Rumah : _____
No. Hp Ayah / Ibu : _____

RIWAYAT PERKEMBANGAN ANAK

1. Pada kesehariannya sebagian besar waktu anak diasuh oleh ?

Ayah
Ibu
Kakek/Nenek
Pengasuh
Lain-lain _____

2. (Bila orangtua tidak ingat secara pasti usia perkembangan setiap fasenya, boleh diisi dengan perkiraan usianya saja, atau bila tidak ingat sama sekali boleh diisi dengan 'tidak tahu', bila anak tidak melewati salah satu diantara fase perkembangan tersebut, harap diisi dengan 'tidak ada/tidak melewati')

- Angkat Kepala _____ bulan
- Tengkurap _____ bulan
- Berguling _____ bulan
- Duduk _____ bulan
- Keduduk Sendiri _____ bulan
- Merangkak _____ bulan

3. Apakah anak pernah mengalami sakit serius ?

Ya, jelaskan secara singkat

Tidak

Tidak tahu

4. Apakah anak mempunyai riwayat alergi ?

Ya, jelaskan secara singkat

Tidak

Tidak tahu

5. Apakah anak pernah melakukan tes :

a. Mata : Hasil, _____ Tanggal tes, _____, Nama dokter _____

b. Pendengaran: Hasil, _____ Tanggal tes, _____, Nama dokter _____

6. Apakah anak anda pernah menggunakan baby walker ?

Pernah, _____ (lama penggunaan)

Tidak pernah

7. Bagaimana kesan bapak/ibu terhadap anak secara keseluruhan ?

8. Bagaimana perilaku anak sehari-hari ?

9. Kegiatan atau permainan apa yang searang menjadi favorit anak ?

10. Apa yang menjadi perhatian bapak/ibu saat ini ?

11. Apakah anak pernah terjatuh ?

Tidak pernah

Jarang

Kadang-kadang

Sering

Jelaskan _____

12. Apa yang bapak/ibu harapkan dari penelitian ini ?

Lampiran 3 Status Klinis

FORMULIR ASSESMENT

Anamnesis (heteroanamnesis)

1. Identitas

a. Identitas Pasien

Nama Anak : _____

NO. RM : _____

Nama Orangtua : _____

Tanggal Lahir : _____

Umur : _____

Jenis Kelamin : _____

Anak ke : _____

Jumlah Saudara : _____

BB lahir : _____

Panjang lahir : _____

Alamat : _____

Agama : _____

Frekuensi terapi : _____

Tanggal pemeriksaan : _____

b. Identitas Orang Tua

Nama Ayah : _____

Usia : _____

Pekerjaan : _____

Alamat : _____

Nama Ibu : _____

Usia : _____

Pekerjaan : _____

Alamat : _____

2. Riwayat Perkembangan

a. Keluhan Utama

b. Riwayat Pre-natal

c. Riwayat Perinatal

d. Riwayat Post-natal

e. Riwayat Keluarga

3. Pemeriksaan

a. Pemeriksaan Umum

1) Vital Sign

Tekanan darah : _____

Denyut nadi : _____

Pernafasan : _____

Panjang badan : _____ cm

Berat badan : _____ kg

2) Kesan Umum

Kesadaran : _____

Motivasi : _____

Kognitif : _____

Emosi : _____

3) Indicate impairment present in this child

Visual : Billateral blindness

Strabismus

Uncertain

Normal

Hearing (pendengaran) : Billateral deafness

Normal

Speech (bicara) : Non verbal

Uncertain

Normal

Swallowing (menelan) : special spoon (sendok spesial)

Uncertain (tidak menentu)

Normal

4) Level Fungsional

Kemampuan : _____

MACS 1 2 3 4 5

(Manual ability classification system)

Level 1 menggenggam benda / benda ditangan dapat dilakuakn degan mudah dan berhasil

Level 2 menggenggam benda sebagian dengan beberapa penurunan kualitas ataupun kecepatan

Level 3 menggenggam benda dengan sulit dn anak membutuhkan bantuan uuntuk mempersiapkan kegiatan

Level 4 membutuhkan bantuan dari orang lain

Level 5 anak tidak mampu menggenggam benda atau untuk menyellesaikan tindakan bahkan sederhanan dengan tangan

Ketidakmampuan : _____

5) Pemeriksaan Refleks

No.	Refleks	Hasil
1	Sucking refleks	
2	Rooting refleks	
3	Morro refleks	
4	ATNR	
5	STNR	
6	Babinsky refleks	
7	Gaspring refleks	
8	Stepping refleks	

6) Pemeriksaan ekstremitas atas

Subjek	Kanan	Kiri
Deformitas		
Spastisitas		

7) Pemeriksaan ektremitas bawah

Subjek	Kanan	Kiri
Deformitas		
Spasistas		

8) Pola Postural`

Stabilitas Leher : _____

Stabilitas Proksimal : _____

9) Deformitas

Kepala-Leher : _____

Punggung : _____

10) Pemeriksaan tambahan

Palpasi : _____

11) Pemeriksaan fungsional

GMFM A B C D

12) Pemeriksaan LGS

4. Diagnosa Fisioterapi

Berdasarkan pemeriksaan fisioterapi, maka dapat didiagnosan sebagai berikut :

Impairment : _____

Functional limitation : _____

Participation restriction : _____

5. Program/Perencanaan Fisioterapi

6. Intervensi Fisioterapi

7. Home program

8. Edukasi

9. Evaluasi

Lampiran 4 GMFM

Formulir Pemeriksaan GMFM

Berilah tanda (V) untuk skor yang sesuai jika sebuah item masuk dalam not tested (NT), lingkarilah nomor item di kolom sebelah kanan.

Item	D: Berdiri	Skor	NT
52	Dilantai: bangun, berdiri di meja besar	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	52
53	Berdiri: tahan lengan rileks 3 detik	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	53
54	Berdiri: berpegangan pada meja besar, dengan satu tangan, angkat kaki kanan 3 detik	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	54
55	Berdiri: berpegangan pada meja besar, dengan satu tangan, angkat kaki kiri 3 detik	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	55
56	Berdiri: tahan, lengan rileks 20 detik	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	56
57	Berdiri: angkat kaki kiri lengan rileks 10 detik	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	57
58	Berdiri: angkat kaki kanan lengan rileks 10 detik	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	58
59	Duduk di meja kecil: berdiri tanpa bantuan tangan	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	59
60	High knocking: bangun dari posisi knocking dengan lutut kiri tanpa bantuan lengan	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	60
61	High knocking: bangun dari posisi knocking dengan lutut kanan tanpa bantuan lengan	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	61
62	Berdiri: bergerak dari posisi duduk di lantai, gerakan dikontrol	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	62
63	Berdiri: jongkok lengan rileks	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	63
64	Berdiri mengambil benda dari lantai, lengan rileks, kembali ke posisi berdiri	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	64
TOTAL DIMENSI D			

Nb.

0: tidak memiliki inisiatif,

1: inisiatif,

2: bisa melakukan sebagian,

3: bisa melakukan secara keseluruhan (Semua) dan

NT: not tested.

Dimensi	Perhitungan skor dimensi %	Goal area
A	$\text{Total dimensi A} = \frac{\quad}{\quad} \times 100 = \quad \%$ <p style="text-align: center;">51 51</p>	
B	$\text{Total dimensi B} = \frac{\quad}{\quad} \times 100 = \quad \%$ <p style="text-align: center;">60 60</p>	
C	$\text{Total dimensi C} = \frac{\quad}{\quad} \times 100 = \quad \%$ <p style="text-align: center;">42 42</p>	
D	$\text{Total dimensi A} = \frac{\quad}{\quad} \times 100 = \quad \%$ <p style="text-align: center;">39 39</p>	
E	$\text{Total dimensi A} = \frac{\quad}{\quad} \times 100 = \quad \%$ <p style="text-align: center;">72 72</p>	

Perhitungan nilai GMFM

Untuk menentukan hasil total skor dapat dimasukkan rumus :

$$\text{Total skor} = \frac{\quad \% \text{ A} + \quad \% \text{ B} + \quad \% \text{ C} + \quad \% \text{ D} + \quad \% \text{ E}}{\text{Total = Dimensi}}$$

$$= \frac{\quad + \quad + \quad + \quad}{\quad} = \quad \%$$

	GMFM	LGS		Asword
		kanan	Kiri	
Nilai sesudah				
Nilai sebelum				

Test normalitas

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Nilai GMFM	.261	6	.200 [*]	.930	6	.583
Nilai GMFM	.234	6	.200 [*]	.889	6	.310
Nilai GMFM	.238	6	.200 [*]	.950	6	.737
Nilai GMFM	.242	6	.200 [*]	.939	6	.651
Nilai GMFM	.240	6	.200 [*]	.836	6	.120
Nilai GMFM	.226	6	.200 [*]	.842	6	.135

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Mean

Statistics

		Nilai GMFM	Nilai GMFM	Nilai GMFM	Nilai GMFM	Nilai GMFM	Nilai GMFM
N	Valid	6	6	6	6	6	6
	Missing	6	6	6	6	6	6
Mean		35.33	39.83	4.67	36.50	41.67	5.33
Median		36.00	39.50	5.00	35.50	41.00	5.00
Std. Deviation		3.670	2.927	1.862	5.394	3.615	2.251

Test Homogeny

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Nilai GMFM	Equal variances assumed	.513	.490	-.924	10	.377	-2.167	2.344	-7.389	3.056
	Equal variances not assumed			-.924	9.676	.378	-2.167	2.344	-7.413	3.080

Uji hipotesis 1,2

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Nilai GMFM - Nilai GMFM	-4.500	2.074	.847	-6.676	-2.324	-5.316	5	.003
Pair 2	Nilai GMFM - Nilai GMFM	-5.167	2.483	1.014	-7.773	-2.561	-5.096	5	.004

Hipotesis 3

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Nilai GMFM	Equal variances assumed	.298	.597	-.559	10	.588	-.667	1.193	-3.324	1.991
	Equal variances not assumed			-.559	9.660	.589	-.667	1.193	-3.337	2.003

No : III/V/B/UMUM/2016

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Poppy Devita Maharani SE
Jabatan : Direktur Yayasan Bina Anak Pelangi Mandiri
Nama : Syarifah Alawiyah
Jabatan : sekretaris Yayasan

Menerangkan bahwa yang bersangkutan di bawah ini :

Nama : Imasuryani Yuhastri
Alamat Universitas : Universitas Esa Unggul Fakultas Fisioterapi
Jl. Arjuna Utara 9, Tol Tomang, Kebon Jeruk-Jakarta 11510

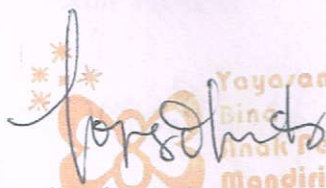
Telah melaksanakan kegiatan penelitian yang berjudul "**Perbedaan Stretching Eercise dan Myofacial Release pada Otot Gastrocnemius Terhadap Fungsional Berdiri pada Anak Cerebral Palsy Spastik Diplegi**" di Klinik Walk This Way Center Jakarta. Penelitian tersebut telah dilaksanakan selama 6 minggu yaitu periode 15 Februari sampai tanggal 21 Maret 2016.

Selama penelitian di Walk This Way Center Jakarta, yang bersangkutan telah melaksanakan penelitian dengan baik dan penuh tanggung jawab.

Jakarta, 18 April 2016

Pengurus Yayasan Bina Anak Pelangi Mandiri

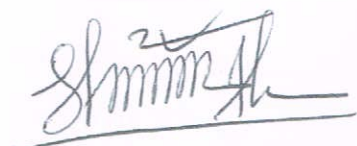
Direktur YBAPM



Yayasan
Bina
Anak Pelangi
Mandiri

Poppy Devita Maharani SE

Sekretaris



Syarifah Alawiyah



*Cacat atau tidak bukanlah ukuran kemampuan seseorang
(Prof. Dr. Soeharso)*

SURAT KETERANGAN PENELITIAN

No. : 012/MHS/IV/2016

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Purnamawati M. R.
Jabatan : Ketua Pengurus Yayasan Pembinaan Anak Cacat (YPAC) Jakarta

Nama : Tetty Kintarty
Jabatan : Sekretaris Yayasan Pembinaan Anak Cacat (YPAC) Jakarta

menerangkan bahwa yang bersangkutan di bawah ini:

Nama : Imasuryani Yuhastri
NIM : 2014661575
Alamat Universitas : Universitas Esa Unggul
Fakultas Fisioterapi – Prodi Fisioterapi
Jl. Arjuna Utara 9, Tol Tomang, Kebon Jeruk, Jakarta 11510

telah melaksanakan kegiatan penelitian Skripsi yang berjudul :

“Perbedaan Stretching Exercise dan Myofascial Release Pada Otot Gastrocnemius Terhadap Fungsional Berdiri pada Anak Cerebral Palsy Spastik Diplegi”

di Klinik Pratama Jakarta CP Center - Yayasan Pembinaan Anak Cacat (YPAC) Jakarta.

Penelitian tersebut telah dilaksanakan mulai tanggal 15 Maret - 26 April 2016.

Selama penelitian di YPAC Jakarta, yang bersangkutan telah melaksanakan penelitian dengan baik dan penuh tanggung jawab.

Jakarta, 26 April 2016
PENGURUS YPAC JAKARTA

Purnamawati M.R.
Ketua



Tetty Kintarty
Sekretaris