

**Susunan Peneliti**

**Peneliti**

- a. Nama Lengkap : dr. Zulfikar
- b. Fakultas : Kedokteran
- c. Perguruan Tinggi : Universitas Sumatera Utara

**Pembimbing I**

- a. Nama Lengkap : Dr. Emir Taris Pasaribu, SpB(K) Onk
- b. NIP : 19520304 198002 1 001
- c. Fakultas : Kedokteran
- d. Perguruan Tinggi : Universitas Sumatera Utara
- e. Bidang Keahlian : Bedah Onkologi

**Pembimbing II**

- a. Nama Lengkap : Dr. Suyatno SpB.(K) Onk
- b. NIP : 196806081 199903 1 001
- c. Fakultas : Kedokteran
- d. Perguruan Tinggi : Universitas Sumatera Utara
- e. Bidang Keahlian : Bedah Onkologi

**Pembimbing III**

- a. Nama Lengkap : Dr. Jamaluddin Sp. PA
- b. NIP : 19610512 198612 1 002
- c. Fakultas : Kedokteran
- d. Perguruan Tinggi : Universitas Sumatera Utara
- e. Bidang Keahlian : Patologi Anatomi

## Lampiran 2

### Rencana Anggaran Penelitian

NO	Uraian	Jumlah
1	Pengumpulan dana dan honoarium	Rp. 2.000.000,-
2	Fotocopi dan lain- lain	Rp. 1.500.000,-
3	Pembuatan Proposal dan Laporan Penelitian	Rp. 1.000.000,-
4	Penggandaan Proposal dan Laporan Penelitian	Rp. 2.000.000,-
	Total	Rp. 6.500.000,-

Sumber dana merupakan dana pribadi dari pelaksana penelitian

**Lampiran 3**

**Jadwal Penelitian**

	<b>NOVEMBER 2013</b>	<b>DESEMBER 2013</b>	<b>JANUARI 2014</b>
<b>PERSIAPAN</b>			
<b>PELAKSANAAN</b>			
<b>PENYUSUNAN LAPORAN</b>			
<b>PENGGANDAAN LAPORAN</b>			

## Lampiran 4

### Naskah Penjelasan Kepada Pasien/Orang Tua/ Kerabat Pasien Lainnya

Yth. Bapak/ Ibu.....

Sebelumnya kami ingin memperkenalkan diri. Kami dokter Zulfikar dan teman-teman, bertugas di Departemen Ilmu Bedah FK USU/ RSUP H. Adam Malik Medan. Saat ini kami sedang melaksanakan penelitian tentang gambaran infiltrasi limfosit pada kelenjar tiroid dan kejadian hipotiroid pada pasien pasca isthmulobektomi.

Bersama ini kami mohon izin kepada Bapak/ Ibu/ Orang Tua/ Kerabat dari..... untuk melakukan pendataan tentang kondisi kesehatan anak/ Kerabat Bapak/ Ibu tersebut. Kami juga memohon izin kepada Bapak/ Ibu untuk melakukan pemeriksaan tersebut di atas pada anak/ kerabat yang sedang menjalani penanganan dari penyakit yang dideritanya tersebut.

Persetujuan keikutsertaan Bapak/ Ibu terhadap pemeriksaan yang dilakukan sesuai dengan penelitian ini di tuangkan dalam Naskah Persetujuan Setelah Penjelasan (PSP). Demikian yang dapat kami sampaikan, atas perhatian Bapak/ Ibu, diucapkan terima kasih.

Hormat Kami,

Peneliti

(dr. Zulfikar)

**Lampiran 5**

**Persetujuan Setelah Penjelasan (PSP)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :.....

Umur :.....tahun L/P

Alamat

:.....

Hubungan dengan pasien: Bapak/ Ibu/ Anak/ Hubungan Kerabat Lain

**PERSETUJUAN**

untuk dilakukan pendataan tentang kondisi kesehatan anak/ kerabat Bapak/ Ibu tersebut. Kami juga memohon izin kepada Bapak/ Ibu untuk melakukan pemeriksaan terhadap anak/ kerabat saya:

Nama :....., Umur:.....tahun

Alamat :.....

yang tujuan, sifat dan perlunya pemeriksaan tersebut di atas, serta resiko yang dapat ditimbulkannya telah cukup dijelaskan oleh dokter dan telah saya mengerti sepenuhnya.

Demikian pernyataan persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

Medan, .....2013

Yang memberikan penjelasan  
persetujuan

Yang membuat pernyataan

dr.....

.....

**Persetujuan dari Komisi Etika Penelitian**

**PERSETUJUAN KOMISI ETIK TENTANG PELAKSANAAN  
PENELITIAN BIDANG KESEHATAN**

Nomor:.....

Yang bertanda tangan di bawah ini, Ketua Komisi Etik Penelitian Bidang Kesehatan fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara, setelah dilaksanakan pembahasan dan penilaian usulan penelitian yang berjudul:

**Gambaran Infiltrasi Limfosit Pada Kelenjar Tiroid dan Kejadian Hipotiroid Pada Pasien Pasca Isthmlobektomi di RSUP H. Adam Malik Medan**

Yang menggunakan manusia sebagai subjek penelitian dengan:

Ketua Pelaksanaan/ Peneliti Utama : dr. Zulfikar

Institusi : Departemen Ilmu Bedah FK USU

Dapat disetujui pelaksanaannya selama tidak bertentangan dengan nilai-nilai kemanusiaan dari kode etik penelitian biomedik.

Medan,.....2013

Komisi Etik Penelitian Bidang Kesehatan  
Fakultas Kedokteran USU

(.....)

Ketua

## Formulir

**Status Pasien****Identitas Pribadi**

Nama : .....

Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan

Usia : .....tahun

T/T Lahir : .....

Alamat : .....

**No. MR:** \_\_\_\_\_ **Tanggal operasi:** \_\_\_\_\_ **Oleh:** \_\_\_\_\_

**Dx. Medis:** \_\_\_\_\_

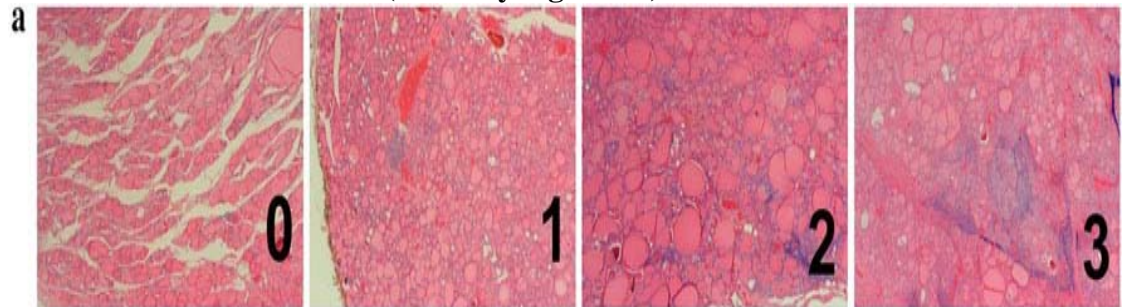
**Tgl. Pemeriksaan Histopatologi:** \_\_\_\_\_

**Hasil Pemeriksaan Histopatologi:** \_\_\_\_\_

**Tgl. Pemeriksaan Laboratorium:** \_\_\_\_\_

**Hasil Pemeriksaan Laboratorium:** \_\_\_\_\_

**Kadar TSH:** \_\_\_\_\_

**Gambar Infiltrasi Limfosit (cek list yang cocok):**

- Kriteria skor histologi infiltrasi limfosit tiroid dibagi menjadi 4 kelompok yaitu:

- 0 : Tidak ada infiltrasi limfosit
- 1 : Insidental, efeknya sedikit mempengaruhi nodul .<1 per lapangan pandang kecil (10-mm field diameter)
- 2 : Signifikan meluas tetapi pertengahan dalam ukuran [1 per lapangan pandang besar (10-mm field diameter)
- 3 : Hashimoto tiroiditis, nodul signifikan meluas dan paling banyak dihubungkan dengan perubahan sel Hurible dan fibrosis jaringan

- Berdasarkan skoring dibagi menjadi 2 kelompok yaitu:

- 1. kelompok Ada (1,2,3)
- 2. kelompok Tidak ada (0)

Fungsi tiroid dinilai dengan mengukur kadar TSH.

- Hasil pengukuran dibagi menjadi 2 kelompok:

- 1. TSH > 5,5  $\mu$ IU/L : Hipotiroid
- 2. TSH < 5,5  $\mu$ IU/L : Normal

Waktu pengukuran kadar TSH : pasca isthmulobektomi