

# SEGITIG



Tim Indonesia di Tephinet Korea Conference, 2-6 November 2009.  
ki-ka: Sukardi, Ratna, Jontari, Baning, Emita, Ira, delegasi dari India, Haripurnomo, Nyoman, Sawitri, Anang



Emita Ajis, alumni FETP UGM, tengah mempresentasikan abstraknya pada Konferensi Tephinet di Korea Selatan

## MENU EDISI INI...

### ARTIKEL UTAMA:

#### EDITORIAL

oleh: I Nyoman Kandun..... 1

### PENYAKIT KALI INI:

Eliminasi Filariasis..... 2

FAKTA SINGKAT ..... 2

### ARTIKEL LAIN:

5th Tephinet Regional Conference..... 3

DEFINISI ..... 3

### ARTIKEL:

#### REFORMASI KESEHATAN

Oleh: I Nyoman Kandun..... 4

### 8 MENIT SAJA

S. Haripurnomo Kushadiwijaya..... 5

PUBLIKASI..... 5

GALERI FOTO..... 6

EDITORIAL..... 6

### editorial:

## PEMBERANTASAN PENYAKIT

Oleh: I Nyoman Kandun

Pada awal 1997, WHO membuat daftar beberapa kandidat penyakit yang dapat dieliminasi dalam waktu (10 tahun ke depan) antara lain: kusta, onchocerciasis, penyakit chagas.

Dengan latar belakang ini pada bulan Maret 1997 di DAHLEM diadakan *"Workshop on the Eradication of Infectious Diseases"*. Kemudian pada bulan Februari 1998, diadakan pertemuan di Atlanta: *"The Conference on Global Disease Elimination and Eradication as Public Health Strategies"*. Pertemuan di Atlanta berupaya membuat daftar kandidat penyakit yang dapat dieliminasi atau dieradikasi dalam konteks strategi kesehatan global. Ada 4 pertanyaan yang diajukan dalam pertemuan tersebut:

- Apa definisi dan kriteria biologis suatu upaya eradikasi?
- Kriteria apa yang dipakai untuk memperkirakan biaya dan manfaat suatu upaya eradikasi?
- Apa kriteria suatu upaya eradikasi dilihat dari aspek sosial dan politik?
- Kapan dan bagaimana suatu upaya eradikasi dilakukan?

Berdasarkan pengalaman dan kegagalan melakukan upaya eradikasi malaria, demam kuning dan framboesia di masa lalu serta keberhasilan membasmi cacar dari muka bumi (catatan:

cacar hapus dari muka bumi dideklarasikan pada tanggal 8 Mei 1980 dalam sidang WHA ke-33), kita dapat belajar mengenai kompleksitas upaya eradikasi suatu penyakit.

Kompleksitas ini terkait dengan aspek biologis, sosial, politik, ekonomi, dan teknologi intervensi.

Paling tidak ada 3 indikator penting yang perlu dipahami bahwa satu kandidat penyakit dapat dieradikasi yaitu:

- Harus tersedia teknologi yang efektif untuk memutuskan rantai "penularan" suatu penyakit
- Tersedia *"diagnostic tools"* suatu penyakit dengan tingkat sensitivitas dan spesifitas tertentu untuk dapat mendeteksi tingkat infeksi di masyarakat yang memungkinkan terjadinya penularan
- Manusia merupakan satu-satunya *"host"* dari *"agent"* penyakit tersebut, tidak ada vertebrata lain sebagai *reservoir*, dan agent tersebut tidak berkembang biak di lingkungan.

Para mahasiswa FETP di masa yang akan datang akan menjadi kader pemberantasan penyakit haruslah memahami konsep-konsep di atas. Perlu pula dipahami definisi tentang kontrol, eliminasi, *eradication*, *extinction*.

## PENYAKIT KALI INI:

## ELIMINASI FILARIASIS



Istilah pemberantasan/pengendalian, eliminasi dan eradikasi telah disarikan secara singkat pada halaman 3 (definisi). Rubrik penyakit kali ini akan membahas tentang eliminasi filariasis.

Filariasis yang lebih dikenal sebagai penyakit kaki gajah oleh masyarakat adalah penyakit menahun disebabkan oleh cacing filaria yang ditularkan oleh vector nyamuk (*mansonia*, *anopheles*, *culex*, *aedes*, *armigeres*). Di dunia ada 83 negara termasuk Indonesia yang meliputi 1.1 miliar penduduk dunia mempunyai risiko tertular/terinfeksi filariasis walaupun filariasis tidak menyebabkan kematian namun apabila tidak mendapat pengobatan dini dapat menyebabkan kecacatan permanen sehingga terjadi stigma sosial hambatan psikososial dan penurunan produktivitas sebagai akibat kecacatan tersebut. Kecacatan muncul akibat penyumbatan saluran limfe oleh *microfilaria*. Filariasis di Indonesia disebabkan oleh tiga species cacing filaria yaitu *Wuchereria bancrofti*, *Brugria malayi*, *Brugria timori*.

Kesepakatan untuk melakukan eliminasi filariasis secara global dituangkan dalam resolusi WHA (World Health Assembly) pada tanggal 13 Mei 1997: “.....the elimination of lymphatic filariasis as a public health problem.....” dan sebagai tindak lanjut dari resolusi WHA tersebut pada tahun 2000 WHO telah mendeklarasikan “The Global Goal of Elimination of Lymphatic Filariasis as a Public Health Problem by 2020”.

Strategi yang dipakai dalam upaya eliminasi filariasis adalah memutuskan rantai penularan melalui pengobatan massal, penatalaksanaan kasus klinis untuk mencegah kecacatan, pengendalian vektor terpadu, kerja sama unit-unit di daerah dan antar negara, serta memperkuat surveilan dan pengembangan penelitian.

Indonesia sebagai salah satu negara anggota WHO telah menetapkan eliminasi filariasis sebagai salah satu program prioritas pemberantasan penyakit menular di Indonesia. Kegiatan eliminasi telah dilakukan sejak ta-

hun 2002 antara lain melalui pengobatan massal MDA (Mass Drug Administration) dengan memberikan pemberian DEC (Diethylo Carbanazine Citrate) dan albendazole kepada seluruh lapisan masyarakat di daerah endemis.



Melalui pemetaan endemisitas, diketahui sampai saat ini di Indonesia ada 318 kabupaten/kota dikategorikan endemis filariasis dengan angka filaria rate >1% dan ada sekitar 125 juta orang di Indonesia mempunyai risiko tertulari.

Dari 318 kabupaten endemis, 97 kabupaten telah melakukan MDA, dimana 44 kabupaten sudah melakukan total MDA, sedangkan sisanya melakukan MDA secara partial. Apabila MDA yang dilakukan selama 5 tahun berturut-turut maka wilayah tersebut akan mencapai status

eliminasi. Sertifikasi eliminasi akan diberikan setelah dilakukan penilaian secara independen dengan menggunakan indikator yang ada.

Dilaporkan adanya beberapa kejadian kematian di kabupaten Bandung akhir-akhir ini setelah dilakukan MDA sebenarnya merupakan peristiwa koinidensi. Namun walaupun merupakan peristiwa koinidensi, peristiwa ini dapat secara langsung dan tidak langsung dapat mempengaruhi keberhasilan upaya eliminasi filariasis.

Opini yang terbentuk di masyarakat oleh pemberitaan media bahwa MDA menyebabkan kematian sangat sulit dikembalikan kepada bahwa obat DEC dan albendazole yang dipakai untuk MDA adalah obat yang sangat aman dengan efek samping yang sangat ringan dan kedua obat ini telah dipakai bertahun-tahun di seluruh dunia tanpa ada efek samping yang berarti. Saat ini lebih dari 0,5 miliar penduduk dunia menerima MDA selama upaya eliminasi global filariasis. Diperlukan suatu *media strategy* yang baik untuk mengawal program kesehatan masyarakat, agar opini yang salah tidak menjadi bumerang.

## — FAKTA SINGKAT —

Direktorat Jenderal P2PL (Pengendalian Penyakit dan Penyehatan lingkungan) dalam bahasa Inggris diterjemahkan sebagai: Directorate General of Disease Control and Environmental Health. *To control* dapat diterjemahkan sebagai Pemberantasan ataupun Pengendalian. Dalam sejarahnya Direktorat Jenderal ini berkali-kali berubah nama. Bermula cikal bakalnya dari KOPEM (Komando Pembasmian Malaria), kemudian menjadi Direktorat Jenderal Pencegahan, Pemberantasan, Pembasmian penyakit Menular (Ditjen P4M) selanjutnya menjadi Direktorat Jenderal Pencegahan Pemberantasan Penyakit Menular (P3M). Kata pembasmian dihilangkan setelah penyakit cacar terbasmi, saat itu diduga tidak ada lagi penyakit yang dapat dibasmi. Dalam perjalanan sejarah selanjutnya Ditjen P3M berubah nama menjadi Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan Pemukiman (P2MPLP), ganti Menteri dan Dirjen namanya diubah lagi menjadi Direktorat Jenderal Pemberantasan penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan (Ditjen P2MPL), kata pemukiman dihilangkan. Sampai akhirnya menjadi Ditjen P2PL setelah Direktorat PPTM (Pengendalian Penyakit Tidak Menular) masuk ke jajaran Ditjen P2MPL pada tahun 2005, kata menular dihilangkan.

## 5th TEPHINET REGIONAL CONFERENCE SEOUL, 2 - 6 NOVEMBER 2009

Tephinet (Training Programs in Epidemiology and Public Health Interventions Network) adalah organisasi non profit yang bertujuan memperkuat kapasitas kesehatan masyarakat secara internasional melalui bantuan dan jaringan dari *field-based training programs*, dimana program ini diharapkan dapat meningkatkan kompetensi dalam pengaplikasian epidemiologi dan kesehatan masyarakat di dunia. Sekarang ini, terdapat sekitar 40 negara yang telah bergabung dalam keanggotaan Tephinet.

Selain program konferensi *International Tephinet* yang diselenggarakan setiap 4 tahun sekali, terdapat juga Tephinet *bi-regional conference* yang diselenggarakan setiap 2 tahun sekali.

Pada tanggal 2-6 November 2009, Korea Selatan terpilih menjadi tuan rumah penyelenggaraan konferensi regional ini, dimana Indonesia ikut berpartisipasi mengirimkan delegasinya yang terdiri dari 5 orang mahasiswa/alumni, 2 orang pembimbing lapangan (Ibu Theodora Baning Rahayujati dan Bpk. Sukardi Pangade), 2 orang pembimbing akademik (Dr. Haripurnomo Kushadiwijaya dari UGM dan Dr. Ratna Djuwita dari UI), direktur FETP Dr. I Nyoman Kandun, dan 2 orang dari Depkes yakni Dr. Andi Muhadir (Direktur Sepim Kesma) dan DR. Hari Santoso (Kasubdit Surveilans Epidemiologi).

Kelima orang mahasiswa/alumni yang dibiayai WHO untuk menghadiri konferensi adalah Erita Ajis, Jontari, Nur Alvira Pasca Wati, Anak Agung Sagung Sawitri, dan Tubianto Anang Zulfikar. Mereka terpilih karena abstrak yang telah mereka kirimkan secara langsung kepada panitia Tephinet telah diterima panitia untuk dipresentasikan. Presentasi ini sendiri terdiri dari 2 jenis, yakni presentasi oral dan poster. Pada tim Indonesia, 4 orang terpilih memberikan presentasi oral, dan 1 orang (Sagung Sawitri) terpilih untuk membuat presentasi poster.

Konferensi ini diselenggarakan selama 5 hari, dengan agenda yang didominasi dengan acara *presentasi oral* dan *plenary session*, namun juga diselingi dengan berbagai kegiatan lain seperti *opening ceremonial* dan *welcome dinner* di hari pertama, *city tour* di hari ke-4, dan *cultural night* di hari terakhir.

Keseluruhan terdapat 53 orang yang mempresentasikan abstraknya secara oral, mereka adalah delegasi dari negara : India, Australia, Filipina, Korea Selatan, Thailand, Hong Kong, Taiwan, Afrika Selatan, China, Pakistan, Malaysia, dan Vietnam.



Persembahan tim Indonesia pada acara cultural night di acara Tephinet Korea

Berikut adalah daftar judul abstrak presentasi oral delegasi Indonesia:

1. *Spatial analysis of Risk Factors for Lymphatic Filariasis Prevalence in Agam District, Indonesia, 2004-2008* oleh Jontari Hutagalung
2. *The relationship between external factors and the incidence of tuberculosis among under-five children in Kuantan Sengingi District of Riau Province* oleh Erita Ajis
3. *Preventing the spread of the dengue vector: risk factors for aedes aegypti presence on ships* Makassar, Indonesia, 2009 oleh Tubianto Anang Zulfikar
4. *Differences of risk factor that affect the existence of the larvae dengue vector (aedes aegypti and aedes albopictus) between the endemic and sporadic villages in Banguntapan Sub District Bantul District* oleh Nur Alvira Pascawati

Pada acara *cultural night* yang dilaksanakan pada hari terakhir, Indonesia mempersembahkan lagu Halo-halo Bandung yang dipimpin oleh Direktur FETP, Dr. I Nyoman Kandun di hadapan seluruh peserta konferensi.

Semoga dengan keanggotaan baru Indonesia di Tephinet dapat membantu meningkatkan kerjasama Indonesia dengan negara-negara lain di bidang kesehatan masyarakat, sebagai wujud cerminan semangat *one world one health*.

-dewi-

## DEFINISI...

### To control

Dalam bahasa Indonesia diterjemahkan sebagai pemberantasan atau pengendalian yaitu upaya yang sengaja dilakukan untuk menurunkan angka insidens, prevalens, morbiditas, dan mortalitas suatu penyakit pada tingkat yang disepakati tidak menjadi masalah kesehatan masyarakat. Angka yang dianggap sebagai bukan masalah kesehatan masyarakat untuk tiap negara atau wilayah tidaklah sama, tergantung tingkat status kesehatan masyarakat dan kemampuan suatu negara untuk melakukan pengendalian.

### Eliminasi suatu penyakit

Upaya yang sengaja dilakukan untuk menurunkan insidens suatu penyakit pada suatu wilayah tertentu sampai nol. Walaupun insidens penyakitnya sudah nol, namun upaya pengendaliannya harus terus dilakukan karena *agent* penyebab penyakitnya masih tetap ada. Contohnya adalah tetanus neonatorum di banyak negara maju tetanus neonatorum sudah nol karena pertolongan

persalinan dilakukan oleh tenaga profesional dan imunisasi tetanus toksoid diberikan kepada wanita usia subur. Untuk mempertahankan tetanus neonatorum agar tetap nol, persalinan oleh tenaga profesional dan pemberian tetanus toksoid kepada wanita usia subur terus dilakukan

### Eradikasi

Dengan upaya yang sengaja, insidens suatu penyakit mencapai nol secara global dan bersifat permanen. Tidak diperlukan lagi upaya intervensi karena agentnya sudah tidak ada lagi di alam sekitar kita. Contohnya adalah cacar. Beberapa penyakit tertentu memenuhi syarat untuk dilakukan eradikasi seperti polio, campak, hepatitis B, dll.

### Extinction (ekstingsi), punah

Agent suatu penyakit tidak lagi ditemukan di alam sekitar maupun di laboratorium. Contoh: belum ada, karena virus cacar hidup masih disimpan di Amerika dan Rusia. Kalau pada tahun 2012 nanti, Amerika dan Rusia memusnahkan virus cacar hidupnya di laboratorium maka cacar dianggap punah.



## Reformasi Kesehatan

Oleh : I Nyoman Kandun

Kata reformasi sebetulnya dinegara kita lantang diteriakkan oleh Amien Rais pada saat gencarnya gerakan menumbangkan pemerintahan Orde Baru Suharto menjelang tahun 1998an. Sedangkan kata "reformasi kesehatan" sudah muncul sejak lama dikumandangkan yang dalam bahasa Inggrisnya disebut "*Health Reform*".

Semua negara di dunia mengadopsi konsep "reformasi kesehatan" dan merupakan agenda hampir semua Negara di dunia, meski tiap negara memaknainya secara berbeda. Makna reformasi sebetulnya adalah perubahan radikal terhadap kesalahan masa lalu. Tentunya upaya melakukan reformasi bidang kesehatan harus masih dalam koridor **Sistem Kesehatan Nasional**. Sistem kesehatan pada hakekatnya terdiri dari subsistem pelayanan dan subsistem pembiayaan.

Agenda reformasi kesehatan apapun akan gagal apabila masyarakat tidak ikut serta bertanggung jawab atas upaya kesehatan masing-masing baik yang bersifat promotif-preventif maupun kuratif-rehabilitatif. Berdasarkan data pengguna Askeskin dan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) maka, pola penyakit yang menghabiskan dana yang dialokasikan oleh pemerintah untuk upaya pengobatan adalah untuk penyakit kanker, stroke, jantung koroner, dan penyakit kronik degeneratif serta berbagai penyakit katastropik seperti gagal ginjal dan lain lainnya. Disamping dana juga dihabiskan untuk pengobatan penderita penyakit menular pada saat terjadi KLB atau wabah, penyakit infeksi/menular menahun seperti Tb, kusta, filariasis, HIV/AIDS dan untuk penderita gizi buruk.

Sebagian besar penyakit-penyakit tersebut sebetulnya bisa dicegah dengan **Gaya Hidup Sehat** (tidak merokok, tidak minum alkohol, tidak menjadi pecandu narkoba, olah raga teratur, gizi seimbang, istirahat cukup, tidak stress, cukup rekreasi, perilaku sex yang aman) dan **Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)** yaitu menjaga kebersihan perorangan dan lingkungan dengan baik. Serta imunisasi untuk PD3I.

Reformasi kesehatan di perkotaan dimulai dengan tidak membiarkan masyarakat bertoleransi dengan berbagai faktor risiko kesehatan seperti kehadiran lingkungan yang tidak sehat dan tempat perindukan nyamuk *Culex* dan nyamuk *Aedes aegypti* (penyebab penyakit demam berdarah), **tikus, lalat, kecoa** dan vektor penyakit lainnya tanpa berusaha memusnahkannya. Begitu pula reformasi kesehatan di pedesaan yang menempatkan Puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan

masyarakat dan sebagai "**Agent of Change**" tidak membiarkan Puskesmas hanya sebagai tempat pengobatan orang sakit. Di desa dengan "**Desa Siaga**" sebagai pengejawantahan konsep "**Primary Health Care**" hendaknya Puskesmas secara proaktif dan partisipatif melakukan upaya promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, agar masyarakat mampu menolong dirinya sendiri dan mandiri dalam menjaga kesehatan mereka, baik pada tingkat individu, keluarga dan masyarakat.

Puskesmas yang di wilayah kerja mereka



merupakan daerah endemis dan prevalensi penyakit tertentu tinggi, baik penyakit menular maupun penyakit tidak menular, Puskesmas tersebut harus mempunyai kemampuan untuk menegakkan diagnosa dan pengobatan yang tepat, didukung oleh SDM, peralatan dan obat-obatan yang memadai. Misalnya Puskesmas di daerah endemik malaria, filariasis, schistosomiasis, cysticercosis, rabies dsb, harus mampu mendiagnosis dan mengobati penyakit-penyakit tersebut selain melakukan upaya pemberantasannya.

Selama ini dan sudah terjadi bertahun-tahun tenaga kesehatan hanya terpaku dan secara pasif menunggu kedatangan pasien didalam gedung Puskesmas untuk diobati. Tentunya petugas kesehatan sesuai dengan ilmu dan pendidikannya seyogyanya keluyuran melakukan kegiatan diluar gedung mengunjungi rumah-rumah penduduk. Walaupun kalau dilihat dari segi tingginya *income* per kapita Indonesia jauh lebih tinggi dibandingkan dengan Kuba dan Sri Lanka. Namun AKB nya jauh lebih tinggi dari ke dua negara tersebut yaitu sekitar 32/1000 KH, akibat mutu dan pemerataan pelayanan kesehatan yang kurang.

Dalam debat calon wakil presiden, Boediono menggambarkan reformasi kesehatan sebagai peningkatan kegiatan luar gedung. Ini mirip para dokter Kuba yang

bekerja di Timor Leste saat ini. Mereka memiliki determinasi kuat untuk mengunjungi rumah penduduk, khususnya di daerah terpencil, sehingga dapat menularkan pengetahuan dan perilaku sehat kepada masyarakat. Bukan kebetulan, angka kematian bayi yang menggambarkan tingkat kesehatan masyarakat di Kuba (6 kematian bayi per 1.000 kelahiran hidup) mengungguli AS (7 kematian bayi per 1.000 kelahiran hidup). (Kompas, 12 Nov 2009, Hari Kusnanto). Angka Kematian Bayi di Sri Lanka juga menakjubkan sebesar 11,2/1000 KH pada tahun 2003.

Kegagalan reformasi kesehatan di Indonesia untuk memperbaiki indikator status kesehatan masyarakat diakibatkan terbatasnya analisis kebijakan, kebijakan yang mengutamakan pendekatan kuratif, implementasi yang **top-down**, tidak taat asas, dan tidak sabar dengan konsep otonomi dan desentralisasi sehingga tidak mengundang partisipasi dan rasa memiliki pemerintah lokal, maupun masyarakat.

Reformasi kesehatan sejak akhir 1980- an hingga 1990-an didominasi ide desentralisasi, otonomi rumah sakit, kontribusi masyarakat dalam menanggung biaya pelayanan kesehatan, ditambah pertumbuhan sektor swasta dan asuransi kesehatan. Tahun 2000-an masalah reformasi kesehatan kian beragam, kebanyakan bertujuan untuk menjamin keadilan dan pemerataan layanan kesehatan dan jaminan universal layanan kesehatan, dengan perhatian khusus keluarga miskin. (Kompas, 12 Nov 2009, Hari Kusnanto).

Dimanakah peran lulusan FETP dalam reformasi kesehatan? Lulusan FETP dapat berperan aktif dalam proses perumusan dan penentuan kebijakan pembangunan kesehatan disemua level melalui kemampuan dan kompetensi mereka dalam melakukan pengumpulan, pengolahan, dan analisis data kesehatan serta kemampuan mereka mengidentifikasi serta mengelola faktor risiko penyakit dan masalah kesehatan. Dengan kemampuan melakukan pendekatan risiko, yang pada hakekatnya adalah pendekatan sistem, banyak yang bisa dilakukan lulusan FETP.

Kurikulum pendidikan FETP yang menyer-takan 75% penugasan lapangan dan 25% pelajaran di kelas sangatlah tepat untuk konteks negara berkembang seperti Indonesia asalkan ada keterpaduan antara dosen, pembimbing lapangan serta pejabat di Dinas Kesehatan dalam membimbing mahasiswa sehingga produk lulusan FETP bisa **Link and Match** dengan kebutuhan Negara berkembang seperti Indonesia.

## Publikasi

8 *menit saja*

## 1. Artikel

Jika anda ingin mengetahui lebih lanjut mengenai virus H5N1 yang erat kaitannya dengan unggas, dan bagaimana kotoran unggas yang dijadikan pupuk oleh masyarakat akan menjadi potensi penyebaran virus

ini kepada manusia, artikel ini dapat memberikan referensi yang tepat tentang bagaimana menyikapinya. Silakan download artikel selengkapnya di website [www.penyakitmenular.info/fetp](http://www.penyakitmenular.info/fetp)

## 2. Advocacy Book

Perjalanan FETP semenjak berdiri, kemudian mengalami dorman, hingga sekarang bangkit kembali menjadi FETP Indonesia dengan dukungan Depkes dan WHO dan memiliki suatu sekretariat yang mengikat UI-UGM dalam kerjasama yang solid merupakan proses yang membutuhkan waktu dan berliku. Dengan segera dicetaknya *Advocacy Book* mengenai FETP dan perkembangannya, diharapkan bisa menjadi catatan menarik bagi perkembangan FETP Indonesia.

Name:

Silvester Haripurnomo Kushadiwijaya

Place of birth:

Jakarta

Grew up:

Jakarta, Bogor, Subang, Bandung, Yogyakarta

Work:

Universitas Gadjah Mada, School of Medicine

Why interested with epidemiology:

It is an important tool I learnt in Medical School; It is a tool to answer questions on relations and distribution of diseases causes and factors . It helps solve mysteries in epidemics

Interesting experience with epidemiology:

Finding the asymptomatic case of diphtheria that had initiated an outbreak in a district

Favorite food:

Salads with olive oil in them

Hobby:

Listening to classical musics from many places

Favorite Place:

All kinds of garden: in the cities, campuses, hospitals, and hotels

Story behind the photo:

At the Tephinet Conference in South Korea



## SEKRETARIAT FETP

NEST, Gedung C Lantai 4  
Ditjen PP&PL Depkes RI  
Jakarta Pusat 10560

Phone: 021-42877601  
Fax: 021-42877601  
E-mail: fetpindonesia@yahoo.com



World Health  
Organization



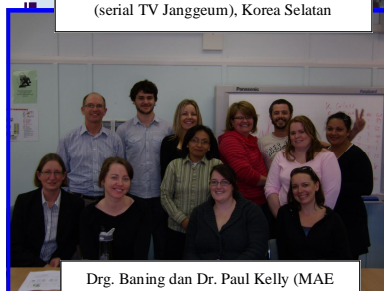
## GALERI FOTO



Para peserta konferensi berfoto bersama pada Konferensi Tephinet di Korea Selatan, 2-6 November 2009



Tim Indonesia berpose pada saat city tour di lokasi pembuatan film Jewel in The Palace (serial TV Janggeum), Korea Selatan



Drg. Baniang dan Dr. Paul Kelly (MAE Australia) berfoto dengan mahasiswa FETP Australia angkatan 2009



Dr. Miko dan Drg. Baniang tengah berdiskusi dengan Pembimbing Akademik FETP Australia



Jontari (FETP UGM) tengah mempresentasikan abstraknya pada Konferensi Tephinet di Korea Selatan



Sagung Sawitri berfoto di depan posternya bersama Dr. Haripumomo (FETP UGM) pada konferensi Tephinet



Sukardi Pangade, Pembimbing Lapangan FETP yang mengikuti konferensi Tephinet, berpose di Theme Park, Korsel



Dr. Haripumomo (UGM) dan Dr. Ratna Djuwita (UI) di Konferensi Tephinet Korea Selatan



Dr. Triyuni Miko Wahyono dan Drg. Th. Baniang Rahayujati di depan gedung NCEPH Australia dalam rangka studi banding Pembimbing Akademik FETP ke Australia

### EDITORIAL:

Ketua Editor: I Nyoman Kandun, Penulis/Editor/Desain/Layout: Dyah Kusumodewi, Editor: Hari Santoso, Kontributor: Th. Baniang Rahayujati, Sagung Sawitri, Jontari, Tubianto Anang Zulfikar, Emita Ajis

Editor mempersilakan anda untuk ikut berkontribusi dengan menyumbangkan artikel, berita, foto, informasi kegiatan, dan opini dari pembaca. Editor memiliki hak untuk mengedit agar sesuai dengan desain dan layout apabila diperlukan.

Komentar/saran:

fetpindonesia@yahoo.com

Buletin FETP ini merupakan publikasi internal bagi komunitas FETP di Indonesia, dipublikasikan tiga bulan sekali dan diedarkan secara elektronik (e-mail). Segala isi dari buletin ini tidak selalu mencerminkan kebijakan dari sekretariat FETP/Depkes.