

Pertemuan VI

Topik : Kebijakan Perbaikan Gizi Indonesia: Program-program spesifik

Dosen: Nadiyah, S.Gz, M.Si, CSRS

Prodi : Ilmu Gizi/FIKES

Landasan kebijakan program pangan dan gizi dalam jangka panjang di tingkat Nasional cukup kuat. Hal ini dirumuskan dalam Undang-Undang No. 17 tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) tahun 2005—2025. Pendekatan multi sektor dalam pembangunan pangan dan gizi pada UU tersebut telah dinyatakan dengan jelas, bahwa pembangunan gizi meliputi produksi, pengolahan, distribusi, hingga konsumsi pangan, dengan kandungan gizi yang cukup, seimbang, serta terjamin keamanannya.

Pembangunan jangka panjang dijalankan secara bertahap dalam kurun waktu lima tahunan, dirumuskan dalam dokumen Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) yang ditetapkan dalam Peraturan Presiden (Perpres). RPJMN tahap ke-2 periode tahun 2010—2014, juga telah memberikan landasan yang kuat untuk melaksanakan program pangan dan perbaikan gizi. Dalam RPJMN tahap ke-2 terdapat dua indikator *outcome* yang berkaitan dengan gizi yaitu prevalensi kekurangan gizi (gizi kurang dan gizi buruk) sebesar <15 persen dan prevalensi *stunting* (pendek) sebesar 32 persen pada akhir 2014. Sasaran program gizi juga telah dirumuskan dengan jelas yaitu lebih difokuskan terhadap ibu hamil sampai anak usia 2 tahun. Penjabaran lebih rinci dari RPJMN, pada tingkat Kementerian Lembaga telah disusun Rencana Strategis Kementerian Lembaga (Renstra KL) yang ditetapkan dalam Peraturan Menteri. Dalam Renstra Kementerian Kesehatan tahun 2010-2014. Perencanaan tahunan program pangan dan gizi di tingkat nasional dituangkan dalam Rencana Kerja Pemerintah (RKP), yang merupakan dokumen perencanaan lebih operasional untuk setiap tahunnya. Sedangkan di tingkat daerah dituangkan dalam Rencana Kerja Pemerintahan Daerah (RKPD).

A. Kondisi Umum dan Masalah Gizi

Indonesia termasuk dalam negara dengan berpendapatan menengah, dengan pertumbuhan ekonomi mencapai 6,1 persen dan 6,4 persen tahun 2010 dan 2011. Dalam kondisi krisis ekonomi dunia, Indonesia berhasil mempertahankan pertumbuhan ekonomi tinggi diantara negara G-20 bersama-sama Tiongkok dan India. Sementara itu sebagian besar sasaran MDGs sudah dicapai atau hampir dicapai, yaitu sasaran kemiskinan dan kelaparan, kesetaraan gender, pendidikan penurunan prevalensi penyakit menular, khususnya TBC.

Masalah gizi kurang dan gizi buruk balita pada Riskesdas 2018 menunjukkan adanya penurunan dari 19,6% pada tahun 2013 menjadi 17,7% pada tahun 2018, namun angka ini belum tepat menacapai target RPJMN 2019 sebesar 17%. Total anak balita pendek dan sangat pendek menurun dari 37,2% pada tahun 2013 menjadi 20,8% pada tahun 2018. Total anak baduta pendek dan sangat pendek 29,9% pada tahun 2018 sedangkan Target RPJMN 2019 total pendek dan sangat pendek pada baduta sebesar 28%. Total balita kurus dan sangat kurus 12,1% pada tahun 2013 menurun menjadi 10,2% pada tahun 2018. Kurang Energi Kronis pada ibu hamil menurun dari 24,2% pada tahun 2013 menjadi 17,3% pada tahun 2018. Proporsi ibu hamil meningkat dari 37,1% tahun 2013 menjadi 48,9% pada tahun 2018.

Dengan angka-angka masalah gizi kurang pada modul di pertemuan sebelumnya, Indonesia sudah memasuki era beban ganda. Disatu pihak masih banyak anak kurus dan pendek karena kurang gizi, di pihak lain banyak anak gemuk. Pola penyakit juga mulai bergeser dari penyakit menular ke penyakit tidak menular (PTM).

WHO dalam berbagai publikasinya telah mengumumkan bahwa penyebab kematian nomor satu di dunia termasuk di Asia dan Indonesia adalah PTM. Di Indonesia Penyebab kematian karena penyakit menular menurun dari 44,2 persen tahun 1995 menjadi 28,1 persen tahun 2007. Sedang pada periode yang sama kematian karena PTM meningkat hampir 50 persen dari 41,7 persen menjadi 59,5 persen (Atmarita, 2010).

Telah diuraikan dibab-bab terdahulu bahwa ada hubungan antara masalah gizi kurus, pendek atau pendek-kurus, pada masa balita dengan tubuh pendek dan gemuk saat dewasa. Demikian juga hubungannya dengan PTM tidak saja pada usia lanjut tetapi juga pada usia muda. Data 2007 mencatat 19 persen penderita

hipertensi sudah terjadi pada usia 25-34 tahun, dan 29,9 persen pada usia 35—44 tahun. Keadaan itu terjadi pada masyarakat miskin dan kaya dengan prevalensi yang hampir sama yaitu sekitar 30 persen.

Para pakar telah mengkaji mendalam selama 1—2 dekade terakhir bagaimana mekanisme terjadinya hubungan tersebut. Telah diketahui bahwa semua masalah anak pendek, gemuk, PTM bermula pada proses tumbuh kembang janin dalam kandungan sampai anak usia 2 tahun. Apabila prosesnya lancar tidak ada gangguan, maka anak akan tumbuh kembang normal sampai dewasa sesuai dengan faktor keturunan atau gen yang sudah diprogram dalam sel. Sebaliknya apabila prosesnya tidak normal karena berbagai gangguan diantaranya karena kekurangan gizi, maka proses tumbuh kembang terganggu. Akibatnya terjadi ketidaknormalan, dalam bentuk tubuh pendek, meskipun faktor gen dalam sel menunjukkan potensi untuk tumbuh normal (Barker, 2007).

Penelitian juga menunjukkan bahwa proses tumbuh kembang janin dipengaruhi oleh kondisi fisik dan kesehatan ibu waktu remaja dan akan menjadi ibu. Dengan demikian upaya untuk mencegah terjadinya gangguan tumbuh kembang janin sampai menjadi kanak-kanak usia 2 tahun difokuskan pada ibu hamil, anak 0—23 bulan dan remaja perempuan pranikah yang dibahas sebagai kelompok 1000 HPK

Berikut ini diuraikan upaya-upaya untuk mencegah dan mengurangi gangguan baik langsung (spesifik) maupun tidak langsung (sensitif) pada kelompok 1000 HPK.

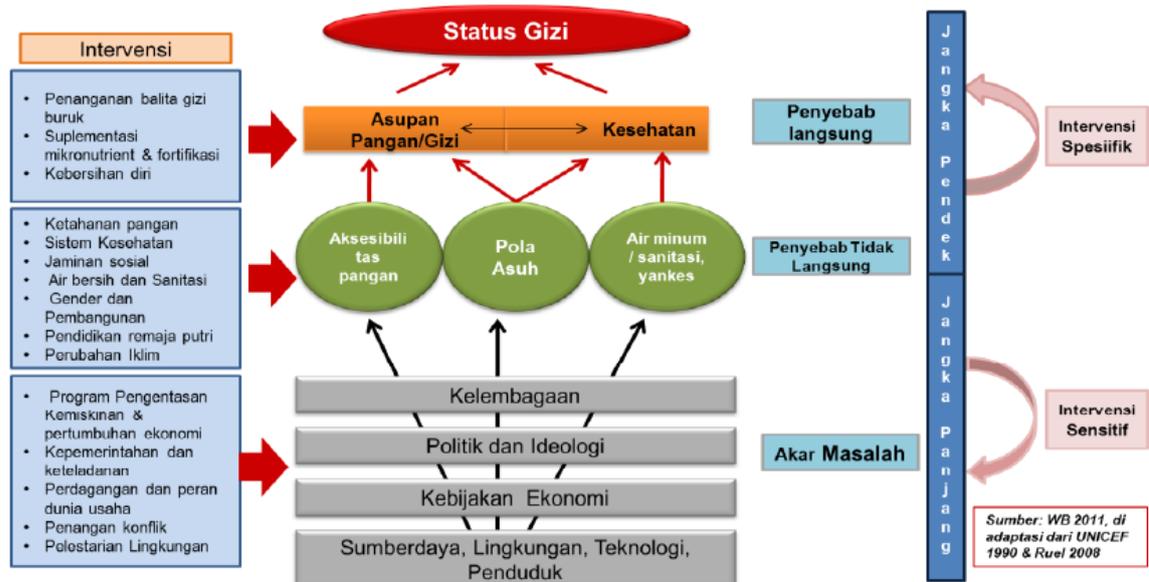
B. Program-program Spesifik dan Sensitif

Faktor langsung dan tidak langsung diatas, oleh komite SUN Inggris diartikan sebagai faktor yang masing-masing memerlukan intervensi gizi yang spesifik dan sensitif. (Lihat Gambar 1). Intervensi gizi spesifik, adalah tindakan atau kegiatan yang dalam perencanaannya ditujukan khusus untuk kelompok 1000 HPK. Kegiatan ini pada umumnya dilakukan oleh sektor kesehatan, seperti imunisasi, PMT ibu hamil dan balita, monitoring pertumbuhan balita di Posyandu, suplemen tablet besi-folat ibu hamil, promosi ASI Eksklusif, MP-ASI dan sebagainya. Intervensi gizi spesifik bersifat jangka pendek, hasilnya dapat dicatat dalam waktu relatif pendek.

Sedang intervensi gizi sensitif adalah berbagai kegiatan pembangunan di luar sektor kesehatan. Sasarannya adalah masyarakat umum, tidak khusus untuk 1000

HPK. Namun apabila direncanakan secara khusus dan terpadu dengan kegiatan spesifik, dampaknya sensitif terhadap keselamatan proses pertumbuhan dan perkembangan 1000 HPK. Dampak kombinasi dari kegiatan spesifik dan sensitif bersifat langgeng (“sustainable”) dan jangka panjang. Beberapa kegiatan tersebut adalah penyediaan air bersih, sarana sanitasi, berbagai penanggulangan kemiskinan, ketahanan pangan dan gizi, fortifikasi pangan, pendidikan dan KIE Gizi, pendidikan dan KIE Kesehatan, kesetaraan gender, dan lain-lain.

Dokumen SUN Inggris menyebutkan bahwa intervensi gizi spesifik yang umumnya dilaksanakan oleh sektor kesehatan hanya 30 persen efektif mengatasi masalah gizi 1000 HPK. Mengingat kompleksnya masalah gizi khususnya masalah beban ganda, yaitu kombinasi masalah anak kurus, pendek, gemuk dan PTM, yang terjadi pada waktu yang relatif bersamaan di masyarakat yang miskin, penuntasannya yang 70 persen memerlukan keterlibatan banyak sektor pembangunan lain diluar kesehatan seperti dijelaskan diatas. Kegiatan intervensi lintas sektor yang terkait dengan faktor penyebab tidak langsung, ternyata sensitif pengaruhnya terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak 1000 HPK. (*The UK's Position Paper on Undernutrition, SUN highlevel meeting UN, September 2010*).



Sumber: World Bank 2011, diadaptasi dari UNICEF 1990 & Ruel 2008

Gambar 1. Kerangka Pikir Penyebab Masalah Gizi

B.1. Telaah Program-Program Spesifik

B.1.1 Ibu Hamil

a. Perlindungan terhadap kekurangan zat besi, asam folat, dan kekurangan energi dan protein kronis.

Perlindungan tersebut diatas bertujuan untuk mencegah dan menanggulangi masalah-masalah anemi gizi besi dan ibu hamil kurus karena kurang energi dan protein kronis. Anemia besi merupakan faktor penting (13,8%) penyebab kematian ibu (Ross 2003). Disamping itu terdapat 23 persen ibu yang kurus. Selain kekurangan gizi ternyata ibu hamil di Indonesia juga ada yang menderita kegemukan sebesar 29 persen yang berdampak negatif pada pertumbuhan janin (USAID *Nutrition Report* 2010).

Dari hasil Riskesdas 2018, tampak bahwa hampir separuh ibu hamil di Indonesia mengalami anemia (48,9%). Sejak tahun 1970-an pemerintah melaksanakan pemberian suplemen tablet besi-folat. Masalahnya kegiatan ini cakupannya sangat rendah. Diharapkan ibu hamil minum minimal 90 tablet besi-folat selama kunjungan antenatal pertama (K1), terutama pada semester ke-1, sampai kunjungan ke-4 (K4) kehamilan. Namun data riskesdas tahun 2010 kunjungan antenal 4 kali hanya 61,4 persen, dan yang mengonsumsi 90 tablet besi hanya 18 persen, keduanya jauh dari sasaran MDGs masing-masing 95 persen dan 85 persen (RANPG 2011-2015).

Menurut berbagai laporan, rendahnya cakupan tablet besi-folat terutama karena kurangnya perencanaan pengadaan dan distribusi tablet besi-folat, serta pendidikan atau KIE gizi dan kesehatan yang efektif. Khusus untuk penanggulangan energi dan protein kronis pada ibu hamil belum ada program yang teratur dan berkesinambungan, kecuali pemberian makanan tambahan dan pada waktu keadaan darurat. Belum ada program untuk upaya pencegahan kegemukan pada ibu hamil. Dibeberapa daerah telah dicoba suplementasi untuk ibu hamil dengan biskuit yang difortifikasi. Masalahnya berbagai kelemahan dari kegiatan ini belum pernah dianalisa, demikian juga efektivitasnya.

Kebijaksanaan dan sasaran: Meningkatkan kinerja program gizi dengan memperbaiki manajemen perencanaan, pengadaan, distribusi dan pengawasan pelaksanaan bantuan suplemen tablet besi-folat dan pemberian makan tambahan. Termasuk dalam perencanaan adalah menciptakan permintaan ("*demand*") dengan

pendidikan gizi yang berbasis data. Sasaran meningkatkan cakupan sesuai sasaran RANPG, yaitu kunjungan antenatal 4 kali 95 persen dan konsumsi 90 tablet besi 85 persen.

b. Perlindungan terhadap kurang iodium.

Tercakup dalam program fortifikasi garam dengan iodium (yodisasi garam) yang berlaku diseluruh tanah air sejak 1994 (Keputusan Presiden RI No.69 Tahun 1994 tentang Pengadaan Garam Beriodium). Persentase rumah tangga yang mengkonsumsi garam dengan kadar iodium yang memenuhi syarat hanya 62,3 persen (tahun 2007) jauh dibawah sasaran (90 persen). (Riskesdas 2007). Sasaran tersebut hanya dicapai 6 provinsi yaitu Sumatera Barat, Jambi, Sumatera Selatan, Kepulauan Bangka Belitung, Gorontalo dan Papua Barat (Riskesdas 2007). Apabila keadaan ini terus berlangsung akan mengancam keselamatan janin dan anak pada 1000 HPK. Kekurangan iodium pada kehamilan merusak pertumbuhan fisik dan perkembangan otak anak. Kendala utama rendahnya pencapaian konsumsi garam beriodium, karena kurangnya perhatian Pemerintah Daerah yang antara lain ditengarai dengan lemahnya penegakan hukum Peraturan Daerah yang mengatur produksi dan peredaran garam beriodium. Misalnya keharusan pemasangan label garam beriodium di tiap kemasan banyak yang tidak dipatuhi.

Kebijakan dan Sasaran: Peningkatan advokasi kepada pemda tentang kontribusi daerah endemik kekurangan iodium terhadap jumlah anak pendek dan terbelakang mental akibat kekurangan iodium. Pemda supaya memperhatikan masalah kekurangan iodium dengan lebih serius, antara lain dengan peningkatan penegakan hukum terhadap pelanggaran Perda, dan melaksanakan Peraturan Menteri Dalam Negeri No.63 tahun 2010 tentang penanggulangan kekurangan iodium di daerah. Dengan melaksanakan Permendagri tersebut lebih dimungkinkan adanya keterpaduan antarsektor dalam penganggulangan kekurangan iodium. Dengan demikian diharapkan sasaran tahun 2015 sebesar 90 persen garam beriodium dapat dicapai (RANPG 2010—2015).

c. Perlindungan ibu hamil terhadap Malaria

Malaria pada kehamilan berdampak negatif terhadap kesehatan ibu hamil dan janinnya. Malaria berkontribusi terhadap angka kematian ibu, bayi dan neonatal.

Komplikasi malaria yang dapat ditemukan pada ibu hamil adalah anemia, demam, hipoglikemia, malaria serebral, edema paru dan sepsis. Sementara komplikasi terhadap janin yang dikandungnya adalah dapat menyebabkan **berat lahir rendah**, abortus, kelahiran prematur, *Intra Uterine Fetal Death (IUFD)*/janin mati di dalam kandungan, dan *Intra Uterine Growth Retardation (IUGR)* /pertumbuhan janin yang terbelakang. Prevalensi malaria khusus untuk ibu hamil tidak tercatat, namun kasus malaria atau API (*Annual Parasite Indeks*) pada tahun 2010 tercatat 2 orang per 1000.

Kebijakan dan sasaran. Di daerah endemik malaria dilakukan *Rapid Diagnostik Test (RDT)* malaria dan pemberian kelambu berinsektisida bagi semua ibu hamil pada waktu kunjungan antenatal pertama (K1). Bagi ibu hamil yang mempunyai hasil positif malaria diberikan pengobatan segera mungkin. Dengan demikian diharapkan API malaria dapat diturunkan menjadi 1 per 1000.

B.1.2. Anak umur 0-23 bulan

a. ASI Eksklusif

Data Susenas maupun Riskesdas menunjukkan adanya kecenderungan penurunan pemberian ASI eksklusif. Data Riskesdas 2010 menunjukkan bahwa cakupan ASI eksklusif rata-rata nasional baru sekitar 15.3 persen. Data DHS 2007 mencatat 32,4 persen ASI-Eksklusif 24 jam sebelum interview, ibu-ibu desa lebih banyak yang ASI—Eksklusif. Ibu-ibu yang berpendidikan SMA lebih sedikit (40,2%) yang ASI-Eksklusif dibanding yang tidak berpendidikan (56%). Data yang menarik dari DHS bahwa ibu-ibu yang melahirkan ditolong oleh petugas kesehatan terlatih AS-Eksklusifnya lebih sedikit (42,7%) dari pada ibu-ibu yang tidak ditolong tenaga kesehatan (54,7%) (*USAID Indonesian Nutrition Assessment Report, 2010*). Meskipun data-data diatas memerlukan validasi, yang jelas cakupan ASI-Eksklusif masih jauh dari target yang harus dicapai pada tahun 2015 yaitu sebesar 80 persen. Selain masih kurangnya pengetahuan ibu tentang pentingnya ASI, juga maraknya promosi susu formula yang diwaktu yang lalu, menurut UNICEF, "*out of control*", merupakan hambatan yang menyebabkan tidak efektifnya promosi ASI Eksklusif. Dengan dikeluarkannya PP No. 33 tahun 2012 tentang ASI sebagai peraturan pelaksanaan Undang-Undang No. 23 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang

diharapkan dapat dilakukan tindakan hukum yang lebih tegas bagi penghambat pelaksanaan ASI Eksklusif.

Kebijakan dan Sasaran : Mengoptimalkan pelaksanaan UU Kesehatan 2009 yang terdapat sanksi tegas pada siapa yang dengan sengaja menghalangi program pemberian ASI Eksklusif (Pasal 200) dan sanksi pidana berat bagi korporasi (Pasal 2001) serta pelaksanaan PP no.33 tahun 2012 tentang ASI, sehingga jumlah bayi yang mendapat ASI-Eksklusif mencapai 80 persen.

b. Makanan Pendamping ASI (MP-ASI)

Dahulu dikenal makanan bayi sebagai pengganti ASI yang dikenal dengan sebutan PASI untuk anak yang disapih dari ASI. Oleh karena untuk makanan bayi ASI tidak dapat diganti, maka sejak 1980-an digunakan istilah Makanan Pendamping ASI (MP-ASI). Setelah ASI Eksklusif 0—6 bulan, ASI harus tetap diberikan sampai usia 2 tahun. Oleh karena kebutuhan akan zat gizi anak terus meningkat, ASI saja tidak cukup maka harus ditambah makanan lain sebagai "pendamping" ASI. Masalahnya oleh karena kemiskinan dan kurangnya pendidikan keluarga, banyak anak yang tidak memperoleh MP-ASI memenuhi prinsip gizi seimbang, yaitu cukup energi, protein, lemak dan zat gizi mikro (vitamin dan mineral). Suatu penelitian di daerah miskin di Jakarta menunjukkan hanya 9,5 persen mendapat MP-ASI yang benar. (US-AID, *Nutrition Report* 2010). Secara tradisional, MP-ASI dibuat sendiri di rumah. Susunan MP-ASI buatan sendiri terkait dengan tingkat ekonomi, pendidikan, dan teknologi MP-ASI. Dikalangan keluarga tidak mampu komposisi MP-ASI hanya terdiri dari karbohidrat, sedikit protein dan lemak, tanpa zat gizi mikro. Di kalangan menengah dan atas MP-ASI umumnya mengandung cukup energi, lemak dan protein, tetapi tidak cukup mengandung zat gizi mikro, terutama zat besi. Padahal untuk bayi sampai anak usia 2 tahun kebutuhan zat besi meningkat relatif cukup tinggi. Apabila ibu hamil membutuhkan 1,4 mg zat besi per kkal per hari, bayi 1,0 mg/kkal, sedang dewasa laki-laki 0,3 mg/kkal, dan dewasa perempuan 0,6 mg per kkal (Ray Yip, 2001). Dengan kebutuhan zat besi yang tinggi, menurut Ray Yip (2001) tidak ada MP-ASI buatan sendiri yang dapat memenuhi kebutuhan tersebut. Untuk mencukupi kebutuhan zat besi dan zat gizi mikro lainnya, diperlukan sentuhan teknologi atau MP-ASI buatan pabrik, seperti yang banyak dijual di apotik dan supermarket.

Oleh karena itu sejak beberapa tahun terakhir ini diberbagai negara sedang dikembangkan MP-ASI dengan bahan pangan lokal yang diperkaya dengan bubuk zat gizi mikro yang terbukti efektif mengatasi masalah kurang gizi tingkat sedang (Nackers dkk, 2010; LaGrone NL, 2012). Di Indonesia pada tahun 2006 juga dicoba dikembangkan MP-ASI lokal tetapi tidak efektif karena kandungan zat gizi mikro yang rendah (Thaha AR, 2007). Penelitian lain menemukan bahwa MP-ASI lokal umumnya kurang padat-energi, rendah lemak, kurang zat gizi mikro, rendah protein dan mengandung zat-zat yang menghambat absorpsi zat gizi di usus. Agar MP ASI lokal efektif mencukupi kebutuhan anak akan zat gizi mikro, diperkenalkan MP-ASI lokal dengan fortifikasi rumahan ("*home fortification*") dengan menambahkan bubuk zat gizi mikro yang dikenal dengan "taburia". Di Indonesia, kegiatan pilot fortifikasi zat gizi mikro pada tingkat rumah tangga telah dilaksanakan di 24 kabupaten/kota melalui Proyek NICE dengan label kegiatan Taburia.

Kebijakan dan sasaran: Mengembangkan MP-ASI lokal yang memenuhi syarat gizi seimbang dan terjangkau daya beli keluarga miskin disertai dengan peningkatan pendidikan gizi tentang MP-ASI yang memenuhi prinsip gizi seimbang.

c. Kecacingan

Kecacingan mengakibatkan menurunnya kondisi kesehatan, gizi, kecerdasan dan produktifitas penderitanya sehingga secara ekonomi banyak menyebabkan kerugian. Penyakit cacingan dapat mengenai siapa saja mulai dari bayi, balita, anak, remaja, bahkan orang dewasa, selain itu penyakit ini menyebabkan kehilangan karbohidrat dan protein serta kehilangan darah, sehingga menurunkan kualitas sumberdaya manusia. Dampak yang ditimbulkan akibat cacingan pada anak usia dini adalah kekurangan gizi yang menetap yang dikemudian hari akan menimbulkan kekerdilan. Sejalan dengan kebijakan yang berkaitan dengan upaya pencegahan dan penanggulangan masalah gizi dimasyarakat yang meliputi masalah kekurangan gizi yaitu kurang gizi kronis (*stunting*) dan kurang gizi akut dalam bentuk anak kurus (*wasting*) dan kelebihan gizi.

Data hasil survei kecacingan tahun 2011 di beberapa kabupaten/kota menunjukkan angka prevalensi kecacingan antara 9,95-85 persen, dimana 42 persen kabupaten/kota di Indonesia memiliki masalah kecacingan dengan prevalensi ≥ 20 persen. Dasar utama untuk pengendalian kecacingan adalah memutus mata

rantai lingkaran hidup cacing, melalui pemberian obat cacing, intervensi perubahan lingkungan fisik, sosial ekonomi dan budaya. Prevalensi kecacingan dapat menurun bila infeksi cacingan pada anak usia sekolah dan prasekolah dapat dikendalikan.

Data WHO tahun 2009 menunjukkan di Regional Asia Tenggara memiliki 42 persen proporsi sasaran anak di seluruh dunia yang membutuhkan pengobatan cacingan, dimana Indonesia memiliki 15 persen anak usia sekolah (5-12 tahun) dan pra-sekolah (1-4 tahun) termasuk anak usia 1-2 tahun, yang memerlukan pengobatan cacingan. Prevalensi kecacingan dapat menurun bila infeksi kecacingan pada anak usia sekolah dan prasekolah di atas dapat dikendalikan. Berbagai kegiatan telah dilakukan untuk mengendalikan cacingan di Indonesia, diantaranya pencanangan program pemberantas cacingan pada anak yang dicanangkan oleh Menteri Kesehatan Prof.Dr.Sujudi di Medan pada tanggal 12 Juni 1995.

Kerjasama upaya pengendalian cacingan dilakukan dengan berkoordinasi dan integrasi bersama unit kerja lain, sehingga pelayanan pengendalian kecacingan dapat dirasakan oleh seluruh lapisan masyarakat. Upaya pengendalian kecacingan ini merupakan salah satu program Kementerian Kesehatan, dalam rangka mendorong masyarakat untuk menjadi pelaku utama dalam pemberantasan cacingan di daerah masing-masing, sesuai visi Kementerian Kesehatan yaitu masyarakat sehat yang mandiri dan berkeadilan.

Kebijakan dan sasaran. Upaya pengendalian cacingan dilakukan dengan pemberian obat cacing pada seluruh sasaran, yaitu anak usia sekolah (5-12 tahun) dan pra-sekolah (1-4 tahun) termasuk anak usia 1-2 tahun di daerah dengan prevalensi cacingan ≥ 20 persen sebanyak 1-2 kali setahun. Pada daerah dengan prevalensi cacingan < 20 persen dilakukan pemberian obat cacing secara selektif. Pada tahun 2020 kecacingan di Indonesia diharapkan tidak menjadi masalah kesehatan lagi dengan tercapainya 100 persen propinsi dan kabupaten/kota telah melaksanakan pengendalian kecacingan dengan cakupan minimal 75 persen sasaran minum obat cacing.