

KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR HK.01.07/MENKES/659/2017
TENTANG
FORMULARIUM NASIONAL

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan perlu menjamin aksesibilitas obat yang aman, berkhasiat, bermutu, dan terjangkau dalam jenis dan jumlah yang cukup;
- b. bahwa dalam rangka pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional perlu disusun daftar obat dalam bentuk Formularium Nasional;
- c. bahwa Formularium Nasional sebagaimana telah ditetapkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/523/2015 tentang Formularium Nasional sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/636/2016, perlu disesuaikan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta perkembangan hukum sesuai kajian pola penyakit yang terjadi di masyarakat;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b dan huruf c, perlu menetapkan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Formularium Nasional;

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 1997 tentang Psikotropika (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1997 Nomor 10, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3671);
2. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
3. Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5062);
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
6. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);
7. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 28 Tahun 2016 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 62);
8. Peraturan Presiden Nomor 35 Tahun 2015 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 59);

9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 189/MENKES/SK/III/2006 tentang Kebijakan Obat Nasional;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/068/I/2010 tentang Kewajiban Menggunakan Obat Generik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2014 tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkatan Pertama Milik Pemerintah Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 589);
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1508);
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1400) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2017 (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 510);
14. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/107/2017 tentang Komite Nasional Penyusunan Formularium Nasional;
15. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/395/2017 tentang Daftar Obat Esensial Nasional;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG FORMULARIUM NASIONAL.

KESATU : Formularium Nasional sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan Menteri ini.

- KEDUA : Formularium Nasional sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kesatu merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan harus tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan dalam rangka pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional.
- KETIGA : Dalam hal obat yang dibutuhkan tidak tercantum dalam Formularium Nasional, dapat digunakan obat lain secara terbatas berdasarkan persetujuan Direktur Rumah Sakit setempat.
- KEEMPAT : Penambahan dan/atau pengurangan daftar obat yang tercantum dalam Formularium Nasional ditetapkan oleh Menteri Kesehatan setelah mendapat rekomendasi dari Komite Nasional Penyusunan Formularium Nasional.
- KELIMA : Pembinaan dan pengawasan atas pelaksanaan Keputusan Menteri ini dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi, dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing.
- KEENAM : Pada saat Keputusan Menteri ini mulai berlaku:
- a. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/523/2015 tentang Formularium Nasional;
 - b. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/137/2016 tentang Perubahan atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/523/2015 tentang Formularium Nasional; dan
 - c. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/636/2016 tentang Perubahan Kedua atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/523/2015 tentang Formularium Nasional;
- dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

KETUJUH : Keputusan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal 1 April 2018.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 28 Desember 2017

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

LAMPIRAN
 KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN
 REPUBLIK INDONESIA
 NOMOR HK.01.07/MENKES/659/2017
 TENTANG
 FORMULARIUM NASIONAL

DAFTAR OBAT FORMULARIUM NASIONAL

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|---|---|--|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 1. ANALGESIK, ANTIPIRETIK, ANTIINFLAMASI NON STEROID, ANTIPIRAI | | | | | | |
| 1.1 ANALGESIK NARKOTIK | | | | | | |
| 1 | fentanil | | | | | |
| | a) | inj: Hanya untuk nyeri sedang hingga berat dan harus diberikan oleh tim medis yang dapat melakukan resusitasi. | | | | |
| | b) | patch: Untuk nyeri pada pasien kanker yang tidak teratasi dengan analgesik non opioid. | | | | |
| | 1. | inj 0,05 mg/mL (i.m./i.v.) | | √ | √ | 5 amp/kasus. |
| | 2. | patch 12,5 mcg/jam | | √ | √ | 10 patch/bulan. |
| | 3. | patch 25 mcg/jam | | √ | √ | 10 patch/bulan. |
| | 4. | patch 50 mcg/jam | | √ | √ | 5 patch/bulan. |
| 2 | hidromorfon | | | | | |
| | 1. | tab lepas lambat 8 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 2. | tab lepas lambat 16 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 3 | kodein | | | | | |
| | 1. | tab 10 mg | √ | √ | √ | 20 tab/minggu. |
| | 2. | tab 20 mg | √ | √ | √ | 20 tab/minggu. |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|----------------------------|--|--|---------------------|------|------|-----------------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 4 | morfin | | | | | |
| | Hanya untuk pemakaian pada tindakan anestesi atau perawatan di Rumah Sakit dan untuk mengatasi nyeri kanker yang tidak respons terhadap analgesik non narkotik atau nyeri pada serangan jantung. | | | | | |
| | 1. | tab 10 mg | | √ | √ | initial dosis 3-4 tab/hari. |
| | 2. | tab lepas lambat 10 mg | | √ | √ | 60 tab/bulan. |
| | 3. | tab lepas lambat 15 mg | | √ | √ | 60 tab/bulan. |
| | 4. | tab lepas lambat 30 mg | | √ | √ | 60 tab/bulan. |
| | 5. | inj 10 mg/mL (i.m./s.k./i.v.) | | √ | √ | infus per 24 jam. |
| 5 | petidin | | | | | |
| | 1. | inj 50 mg/mL (i.m./s.k./i.v.) | | √ | √ | 2 amp/hari. |
| | a) | Hanya untuk nyeri sedang hingga berat pada pasien yang dirawat di Rumah Sakit. | | | | |
| | b) | Tidak digunakan untuk nyeri kanker. | | | | |
| 6 | sufentanil | | | | | |
| | 1. | inj 5 mcg/mL (i.v.) Hanya untuk tindakan anestesi yang diberikan dokter anestesi. | | √ | √ | 3 vial/kasus. |
| 1.2 ANALGESIK NON NARKOTIK | | | | | | |
| 1 | asam mefenamat | | | | | |
| | 1. | kaps 250 mg | √ | √ | √ | 30 kaps/bulan. |
| | 2. | kaps 500 mg | √ | √ | √ | 30 kaps/bulan. |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|---|---------------------|------|------|----------------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 2 | ibuprofen* | | | | | |
| | 1. | tab 200 mg | √ | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 2. | tab 400 mg | √ | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 3. | susp 100 mg/5 mL | √ | √ | √ | 1 btl/kasus. |
| | 4. | susp 200 mg/5 mL | √ | √ | √ | 1 btl/kasus. |
| 3 | ketoprofen | | | | | |
| | 1. | sup 100 mg | | √ | √ | 2 sup/hari, maks 3 hari. |
| | | Untuk nyeri sedang sampai berat pada pasien yang tidak dapat menggunakan analgesik secara oral. | | | | |
| | 2. | inj 25 mg/mL | | √ | √ | |
| 4 | ketorolak | | | | | |
| | 1. | inj 30 mg/mL | | √ | √ | 2-3 amp/hari, maks 2 hari. |
| | | Untuk nyeri sedang sampai berat pada pasien yang tidak dapat menggunakan analgesik secara oral. | | | | |
| 5 | metamizol | | | | | |
| | | Untuk nyeri post operatif dan hanya dalam waktu singkat. | | | | |
| | 1. | inj 500 mg/mL | | √ | √ | 4 amp selama dirawat. |
| 6 | natrium diklofenak* | | | | | |
| | 1. | tab sal enterik 25 mg | √ | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 2. | tab sal enterik 50 mg | √ | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 7 | parasetamol | | | | | |
| | 1. | tab 500 mg | √ | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 2. | sir 120 mg/5 mL | √ | √ | √ | 2 btl/kasus. |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|----------------------|---|---|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | 3. | <i>drops</i> 100 mg/mL | √ | √ | √ | 1 btl/kasus. |
| | 4. | inf 10 mg/mL | | | √ | 3 btl/kasus. |
| | | Hanya untuk pasien di ruang perawatan intensif yang memerlukan analgesik berkelanjutan. | | | | |
| 1.3 ANTIPIRAI | | | | | | |
| 1 | alopurinol | | | | | |
| | Tidak untuk nyeri akut. | | | | | |
| | 1. | tab 100 mg* | √ | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 2. | tab 300 mg | √ | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 2 | kolkisin | | | | | |
| | 1. | tab 500 mcg | √ | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 3 | probenesid | | | | | |
| | 1. | tab 500 mg | √ | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 1.4 NYERI NEUROPATIK | | | | | | |
| 1 | amitriptilin | | | | | |
| | 1. | tab sal selaput 25 mg | √ | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 2 | gabapentin | | | | | |
| | Hanya untuk neuralgia pasca herpes dan nyeri neuropati diabetikum, dan tidak untuk <i>restless leg syndrome</i> . | | | | | |
| | 1. | kaps 100 mg | | √ | √ | 60 kaps/bulan. |
| | 2. | kaps 300 mg | | √ | √ | 30 kaps/bulan. |
| 3 | karbamazepin | | | | | |
| | Hanya untuk neuralgia trigeminal. | | | | | |
| | 1. | tab 100 mg | √ | √ | √ | 60 tab/bulan. |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------------------------|--|---------------------------------|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 2. ANESTETIK | | | | | | |
| 2.1 ANESTETIK LOKAL | | | | | | |
| 1 | bupivakain | | | | | |
| | 1. | inj 0,5% (p.v.) | | √ | √ | |
| 2 | bupivakain <i>heavy</i> | | | | | |
| | Khusus untuk analgesia spinal. | | | | | |
| | 1. | inj 0,5% + glukosa 8% | | √ | √ | |
| 3 | etil klorida | | | | | |
| | 1. | spray 100 mL | √ | √ | √ | |
| 4 | lidokain | | | | | |
| | 1. | inj 2% (infiltr/p.v.) | √ | √ | √ | |
| | 2. | inj 5% + glukosa (dekstrosa) 5% | | √ | √ | |
| | 3. | gel 2% | √ | √ | √ | |
| | 4. | spray oral 10% | √ | √ | √ | |
| 5 | ropivakain | | | | | |
| | 1. | inj 7,5 mg/mL | | √ | √ | |
| 2.2 ANESTETIK UMUM dan OKSIGEN | | | | | | |
| 1 | deksmedetomidin | | | | | |
| | Untuk sedasi pada pasien di ICU, kraniotomi, bedah jantung dan operasi yang memerlukan waktu pembedahan yang lama. | | | | | |
| | 1. | inj 100 mcg/mL | | √ | √ | |
| 2 | halotan | | | | | |
| | 1. | cairan ih | | √ | √ | |
| 3 | isofluran | | | | | |
| | 1. | cairan ih | | √ | √ | |
| 4 | ketamin | | | | | |
| | 1. | inj 50 mg/mL (i.v.) | √ | √ | √ | |
| | 2. | inj 100 mg/mL (i.v.) | √ | √ | √ | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--|--|---------------------------------|---------------------|------|------|---|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 5 | nitrogen oksida | | | | | |
| | 1. | ih, gas dalam tabung | | √ | √ | |
| 6 | oksigen | | | | | |
| | 1. | ih, gas dalam tabung | √ | √ | √ | |
| 7 | propofol | | | | | |
| | 1. | inj 1% (i.v. bolus) | | √ | √ | |
| 8 | sevofluran | | | | | |
| | 1. | cairan ih | | √ | √ | |
| 9 | tiopental | | | | | |
| | 1. | serb inj 500 mg (i.v. bolus) | | √ | √ | |
| | 2. | serb inj 1.000 mg (i.v. bolus) | | √ | √ | |
| 2.3 OBAT untuk PROSEDUR PRE OPERATIF | | | | | | |
| 1 | atropin | | | | | |
| | 1. | inj 0,25 mg/mL (i.v./i.m./s.k.) | √ | √ | √ | |
| 2 | diazepam | | | | | |
| | 1. | inj 5 mg/mL (i.v./i.m.) | √ | √ | √ | |
| 3 | midazolam | | | | | |
| | Dapat digunakan untuk premedikasi sebelum induksi anestesi dan rumatan selama anestesi umum. | | | | | |
| | 1. | inj 1 mg/mL (i.v.) | | √ | √ | - Dosis rumatan: 1 mg/jam (24 mg/hari). - Dosis premedikasi: 8 vial/kasus. |
| | 2. | inj 5 mg/mL (i.v.) | | √ | √ | |
| | Dapat digunakan untuk sedasi pada pasien ICU dan HCU. | | | | | |
| 3. ANTIALERGI dan OBAT untuk ANAFILAKSIS | | | | | | |
| 1 | deksametason | | | | | |
| | 1. | inj 5 mg/mL (i.v./i.m.) | √ | √ | √ | 20 mg/hari. |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--|---|---------------------------|---------------------|------|------|--|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 2 | difenhidramin | | | | | |
| | 1. | inj 10 mg/mL (i.v./i.m.) | √ | √ | √ | 30 mg/hari. |
| 3 | epinefrin (adrenalin) | | | | | |
| | 1. | inj 0,1% (i.v./s.k./i.m.) | √ | √ | √ | |
| 4 | hidrokortison | | | | | |
| | 1. | serb inj 100 mg | | √ | √ | |
| 5 | klorfeniramin | | | | | |
| | 1. | tab 4 mg | √ | √ | √ | 3 tab/hari, maks 5 hari. |
| 6 | loratadin | | | | | |
| | 1. | tab 10 mg | √ | √ | √ | - Urtikaria akut: 1 tab/hari, maks 5 hari, dilakukan di Faskes Tk. 1. - Urtikaria kronik: maks 30 tab/bulan, hanya dilakukan di Faskes Tk. 2 dan 3. |
| 7 | setirizin | | | | | |
| | 1. | tab 10 mg | | √ | √ | - Urtikaria akut: 1 tab/hari, maks 5 hari. - Urtikaria kronik: maks 30 tab/bulan. |
| | 2. | sir 5 mg/5 mL | √ | √ | √ | 1 btl/kasus. |
| 4. ANTIDOT dan OBAT LAIN untuk KERACUNAN | | | | | | |
| 4.1 KHUSUS | | | | | | |
| 1 | atropin | | | | | |
| | 1. | tab 0,5 mg | √ | √ | √ | |
| | 2. | inj 0,25 mg/mL | √ | √ | √ | |
| 2 | efedrin | | | | | |
| | 1. | inj 50 mg/mL | | √ | √ | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------------------------|---|-----------------------------|---------------------|------|------|---|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 3 | kalsium glukonat | | | | | |
| | 1. | inj 10% | √ | √ | √ | |
| 4 | nalokson | | | | | |
| | Hanya untuk mengatasi depresi pernapasan akibat morfin atau opioid. | | | | | |
| | 1. | inj 0,4 mg/mL | | √ | √ | |
| 5 | natrium bikarbonat | | | | | |
| | 1. | tab 500 mg | √ | √ | √ | |
| | 2. | inj 8,4% (i.v.) | | √ | √ | |
| | | <i>High alert medicine.</i> | | | | |
| 6 | natrium tiosulfat | | | | | |
| | 1. | inj 25% (i.v.) | √ | √ | √ | |
| 7 | neostigmin | | | | | |
| | 1. | inj 0,5 mg/mL | | √ | √ | |
| 8 | protamin sulfat | | | | | |
| | 1. | inj 10 mg/mL (i.m.) | | √ | √ | |
| 4.2 UMUM | | | | | | |
| 1 | karbon aktif | | | | | |
| | 1. | tab 0,5 g | √ | √ | √ | |
| 2 | magnesium sulfat | | | | | |
| | 1. | serb | √ | √ | √ | |
| 5. ANTIEPILEPSI - ANTIKONVULSI | | | | | | |
| 1 | diazepam | | | | | |
| | 1. | inj 5 mg/mL (i.v.) | √ | √ | √ | 10 amp/kasus, kecuali untuk kasus di ICU. |
| | | Tidak untuk i.m. | | | | |
| | 2. | enema 5 mg/2,5 mL | √ | √ | √ | 2 tube/hari, bila kejang. |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|--|---------------------|------|------|---|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | 3. | enema 10 mg/2,5 mL | √ | √ | √ | 2 tube/hari, bila kejang. |
| 2 | fenitoin | | | | | |
| | 1. | kaps 30 mg* | √ | √ | √ | 90 kaps/bulan. |
| | 2. | kaps 100 mg* | √ | √ | √ | 90 kaps/bulan. |
| | 3. | inj 50 mg/mL | √ | √ | √ | 4 amp/hari. |
| | | Dapat digunakan untuk status konvulsivus. | | | | |
| 3 | fenobarbital | | | | | |
| | 1. | tab 30 mg* | √ | √ | √ | 120 tab/bulan. |
| | 2. | tab 100 mg* | √ | √ | √ | 60 tab/bulan. |
| | 3. | inj 50 mg/mL | | √ | √ | 40 mg/kgBB. |
| 4 | karbamazepin* | | | | | |
| | 1. | tab 200 mg | √ | √ | √ | 120 tab/bulan. |
| | 2. | sir 100 mg/5 mL | √ | √ | √ | 4 btl/bulan. |
| 5 | klonazepam | | | | | |
| | 1. | tab sal selaput 2 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 6 | lamotrigin | | | | | |
| | a) | Tidak digunakan sebagai lini pertama untuk epilepsi. | | | | |
| | b) | Dapat digunakan sebagai lini kedua pada ibu hamil dan pasien usia lanjut (> 65 tahun). | | | | |
| | 1. | tab <i>dispersible</i> 25 mg | | | √ | 30 tab/bulan (hanya untuk titrasi dosis). |
| | 2. | tab 50 mg | | | √ | 30 tab/bulan (hanya untuk titrasi dosis). |
| | 3. | tab 100 mg | | | √ | 60 tab/bulan. |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|---|--|---------------------|------|---------------|--------------------|
| | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 7 | levetirasetam | | | | |
| | Untuk pasien kejang pada tumor otak yang mendapat kemoterapi. | | | | |
| | 1. tab 250 mg | | | √ | 60 tab/bulan. |
| | 2. tab 500 mg | | | √ | 60 tab/bulan. |
| 8 | magnesium sulfat | | | | |
| | a) Hanya untuk kejang pada preeklampsia dan eklampsia. Tidak digunakan untuk kejang lainnya. | | | | |
| | b) Untuk premedikasi oksaliplatin. | | | | |
| | 1. inj 20% (i.v.) | √ | √ | √ | |
| | 2. inj 40% (i.v.) | √ | √ | √ | |
| | 9 | topiramate | | | |
| Hanya untuk <i>adjunctive</i> terapi pada epilepsi parsial refraktur, bukan untuk monoterapi. | | | | | |
| 1. tab 25 mg | | | √ | | |
| 2. tab 50 mg | | | √ | | |
| 3. tab 100 mg | | | √ | 60 tab/bulan. | |
| 10 | valproate* | | | | |
| | Dapat digunakan untuk epilepsi umum (<i>general epilepsy</i>). | | | | |
| | 1. tab sal enterik 250 mg | √ | √ | √ | 90 tab/bulan. |
| | 2. tab lepas lambat 250 mg | √ | √ | √ | 60 tab/bulan. |
| | 3. tab lepas lambat 500 mg | √ | √ | √ | 60 tab/bulan. |
| | 4. sir 250 mg/5 mL | √ | √ | √ | 5 btl/bulan. |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|------------------------------|---|---|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 6. ANTIINFEKSI | | | | | | |
| 6.1 ANTELMINTIK | | | | | | |
| 6.1.1 Antelmintik Intestinal | | | | | | |
| 1 | albendazol | | | | | |
| | 1. | tab 400 mg | √ | √ | √ | |
| | 2. | susp 200 mg/5 mL | √ | √ | √ | |
| 2 | mebendazol | | | | | |
| | 1. | tab 100 mg | √ | √ | √ | |
| | 2. | tab 500 mg | √ | √ | √ | |
| | 3. | sir 100 mg/5 mL | √ | √ | √ | |
| 3 | pirantel pamoat | | | | | |
| | 1. | tab 125 mg | √ | √ | √ | |
| | 2. | tab 250 mg | √ | √ | √ | |
| | 3. | susp 125 mg/5 mL | √ | √ | √ | |
| 4 | prazikuantel | | | | | |
| | 1. | tab 600 mg | √ | √ | √ | |
| 6.1.2 Antifilaria | | | | | | |
| 1 | dietilkarbamazin | | | | | |
| | 1. | tab 100 mg | √ | √ | √ | |
| | | Tidak digunakan untuk ibu hamil dan menyusui. | | | | |
| 6.1.3 Antisistosoma | | | | | | |
| 1 | prazikuantel | | | | | |
| | a) | Hanya untuk daerah Sulawesi Tengah. | | | | |
| | b) | Khusus di Kalimantan Selatan untuk pengobatan <i>Fasciolopsis buski</i> . | | | | |
| | 1. | tab 600 mg | √ | √ | √ | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------------|---|-----------------------------|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 6.2 ANTIBAKTERI | | | | | | |
| 6.2.1. Beta laktam | | | | | | |
| 1 | amoksisilin | | | | | |
| | 1. | tab 250 mg | √ | √ | √ | 10 hari. |
| | 2. | tab 500 mg | √ | √ | √ | 10 hari. |
| | 3. | <i>drops</i> 100 mg/mL | √ | √ | √ | 1 btl/kasus. |
| | 4. | sir kering 125 mg/5 mL | √ | √ | √ | 1 btl/kasus. |
| | 5. | sir kering 250 mg/5 mL | √ | √ | √ | 1 btl/kasus. |
| 2 | ampisilin | | | | | |
| | 1. | serb inj 250 mg (i.m./i.v.) | √ | √ | √ | 10 hari. |
| | 2. | serb inj 1.000 mg (i.v.) | √ | √ | √ | 10 hari. |
| 3 | benzatin benzil penisilin | | | | | |
| | 1. | inj 1,2 juta IU/mL (i.m.) | √ | √ | √ | 2 vial/bulan. |
| | 2. | inj 2,4 juta IU/mL (i.m.) | √ | √ | √ | 1 vial/bulan. |
| 4 | fenoksimetil penisilin (penisilin V) | | | | | |
| | 1. | tab 125 mg | | √ | √ | 40 tab/bulan. |
| | 2. | tab 250 mg | √ | √ | √ | 40 tab/bulan. |
| | 3. | tab 500 mg | √ | √ | √ | 20 tab/bulan. |
| 5 | kombinasi: | | | | | |
| | a. | ampisilin 500 mg | | | | |
| | b. | sulbaktam 250 mg | | | | |
| | 1. | serb inj 750 mg | | | √ | 10 hari. |
| 6 | kombinasi: | | | | | |
| | a. | ampisilin 1.000 mg | | | | |
| | b. | sulbaktam 500 mg | | | | |
| | 1. | serb inj 1.500 mg | | | √ | 10 hari. |
| 7 | kombinasi: | | | | | |
| | a. | sefoperazon 500 mg | | | | |
| | b. | sulbaktam 500 mg | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|--|--|---------------------|------|------|---|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | Untuk lini ketiga dan persetujuan KFT/PPRA/pimpinan RS. Untuk infeksi berat yang tidak bisa diatasi dengan antibiotik tunggal. | | | | | |
| | 1. | serb inj 1.000 mg | | | √ | 10 hari. |
| 8 | prokain benzilpenisilin | | | | | |
| | 1. | serb inj 3 juta IU (i.m.) | √ | √ | √ | 3 vial/kasus. |
| 9 | sefadroksil | | | | | |
| | Hanya untuk pasien rawat inap yang sebelumnya mendapatkan antibiotik parenteral. | | | | | |
| | 1. | kaps 250 mg | √, PP | √ | √ | 30 kaps/kasus. |
| | 2. | kaps 500 mg | √, PP | √ | √ | 30 kaps/kasus. |
| | 3. | sir kering 125 mg/5 mL | √, PP | √ | √ | 1 btl/kasus. |
| | 4. | sir kering 250 mg/5 mL | √, PP | √ | √ | 1 btl/kasus. |
| 10 | sefaleksin | | | | | |
| | 1. | kaps 250 mg | | √ | √ | 10 hari. |
| | 2. | kaps 500 mg | | √ | √ | 10 hari. |
| 11 | sefazolin | | | | | |
| | 1. | serb inj 1.000 mg | | √ | √ | Selama 24 jam. |
| | | Digunakan pada profilaksis bedah untuk mencegah terjadinya infeksi luka operasi. | | | | |
| 12 | sefepim | | | | | |
| | Antibiotik lini ketiga. Dapat digunakan untuk demam neutropenia atas persetujuan KFT/PPRA/pimpinan RS. | | | | | |
| | 1. | serb inj 1.000 mg | | √ | √ | 3 g/hari sampai ANC > 500/mm ³ . |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|--|------------------------|---------------------|------|------|---|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 13 | sefiksim | | | | | |
| | Hanya untuk pasien rawat inap yang sebelumnya mendapatkan antibiotik parenteral sefalosporin generasi tiga atau sesuai hasil uji resistensi. | | | | | |
| | 1. | tab sal selaput 100 mg | | √ | √ | 10 hari. |
| | 2. | tab sal selaput 200 mg | | √ | √ | 10 hari. |
| | 3. | sir 100 mg/5 mL | | √ | √ | 1 btl/kasus. |
| 14 | sefoperazon | | | | | |
| | 1. | serb inj 1.000 mg | | √ | √ | 3 g/hari selama 7 hari. |
| | Antibiotik lini ketiga dan dapat digunakan untuk mengatasi infeksi pada pasien yang mengalami penurunan fungsi ginjal. | | | | | |
| 15 | sefotaksim | | | | | |
| | 1. | serb inj 500 mg | | √ | √ | 10 hari. |
| | 2. | serb inj 1.000 mg | | √ | √ | 10 hari. |
| 16 | sefpirom | | | | | |
| | Antibiotik lini ketiga. Dapat digunakan untuk demam neutropenia atas persetujuan KFT/PPRA/pimpinan RS. | | | | | |
| | 1. | serb inj 1.000 mg | | √ | √ | 3 g/hari sampai ANC > 500/mm ³ . |
| 17 | sefpodoksim proksetil | | | | | |
| | 1. | tab sal selaput 100 mg | | √ | √ | 2 tab/hari selama 7 hari. |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|------------------------|---|--|---------------------|------|------|---|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 18 | seftazidim | | | | | |
| | 1. | serb inj 1.000 mg | | √ | √ | 3 g/hari selama 7 hari. |
| | a) | Terapi lini ketiga sediaan injeksi/infus. | | | | |
| | b) | Diberikan kepada pasien dengan infeksi yang disebabkan oleh bakteri yang resisten dengan antibiotik lain (dibuktikan dengan hasil tes resistensi). | | | | |
| 19 | seftriakson | | | | | |
| | 1. | serb inj 1.000 mg | | √ | √ | 2 g/hari selama 7 hari. Untuk meningitis 4 g/hari selama 14 hari. |
| 20 | sefuroksim | | | | | |
| | 1. | tab sal selaput 250 mg | | √ | √ | 10 tab/kasus. |
| | 2. | tab sal selaput 500 mg | | √ | √ | 10 tab/kasus. |
| | 3. | serb inj 750 mg | | √ | √ | 3 g/kasus. |
| | | Hanya untuk profilaksis bedah abdomen, toraks (<i>cardiac</i> atau <i>non cardiac</i>). | | | | |
| 6.2.2 Antibakteri Lain | | | | | | |
| 6.2.2.1 Tetrasiklin | | | | | | |
| 1 | doksisiklin | | | | | |
| | Tidak digunakan untuk anak usia < 6 tahun dan ibu hamil dan menyusui. | | | | | |
| | 1. | kaps 50 mg | | √ | √ | 2 kaps/hari selama 10 hari. |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|-------------------------------------|---|---|---------------------|------|------|---|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | | Hanya untuk penggunaan pada mata dan kulit. | | | | |
| | 2. | kaps 100 mg | √ | √ | √ | 2 kaps/hari selama 10 hari. |
| 2 | oksitetrasiklin | | | | | |
| | 1. | inj 50 mg/mL (i.m.) | | √ | √ | |
| 3 | tetrasiklin | | | | | |
| | Tidak digunakan untuk anak usia < 6 tahun dan ibu hamil dan menyusui. | | | | | |
| | 1. | kaps 250 mg | √ | √ | √ | 4 kaps/hari selama 10 hari. |
| | 2. | kaps 500 mg | √ | √ | √ | 4 kaps/hari selama 10 hari. |
| 6.2.2.2 Kloramfenikol | | | | | | |
| 1 | kloramfenikol | | | | | |
| | 1. | kaps 250 mg | √ | √ | √ | 4 kaps/hari selama 10 hari. |
| | 2. | kaps 500 mg | | √ | √ | 4 kaps/hari selama 10 hari |
| | 3. | susp 125 mg/5 mL | √ | √ | √ | 1 btl/kasus. |
| | 4. | serb inj 1.000 mg | | √ | √ | 3 g/hari selama 14 hari. |
| 6.2.2.3 Sulfametoksazol-Trimetoprim | | | | | | |
| 1 | kotrimoksazol (dewasa) kombinasi: | | | | | |
| | a. | sulfametoksazol | 400 mg | | | |
| | b. | trimetoprim | 80 mg | | | |
| | 1. | tab 480 mg | √ | √ | √ | 4 tab/hari selama 10 hari kecuali pada <i>immunocompromised</i> selama 21 hari. |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|------------------|---|------------------------|--------|---------------------|------|------|---|
| | | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 2 | kotrimoksazol forte (dewasa) kombinasi: | | | | | | |
| | a. | sulfametoksazol | 800 mg | | | | |
| | b. | trimetoprim | 160 mg | | | | |
| | 1. | tab 960 mg | | √ | √ | √ | 2 tab/hari selama 10 hari kecuali pada <i>immunocompromised</i> selama 21 hari. |
| 3 | kotrimoksazol kombinasi tiap 5 mL: | | | | | | |
| | a. | sulfametoksazol | 200 mg | | | | |
| | b. | trimetoprim | 40 mg | | | | |
| | 1. | susp 240 mg | | √ | √ | √ | 1 btl/kasus. |
| 6.2.2.4 Makrolid | | | | | | | |
| 1 | azitromisin | | | | | | |
| | 1. | tab 250 mg | | | √ | √ | 3 tab/kasus. |
| | 2. | tab sal selaput 500 mg | | | √ | √ | 3 tab/kasus. |
| | 3. | sir kering 200 mg/5 mL | | | √ | √ | 1 btl/kasus. |
| | 4. | serb inj 500 mg | | | √ | √ | 1 vial/hari selama 3 hari. |
| 2 | eritromisin | | | | | | |
| | 1. | kaps 250 mg | | √ | √ | √ | 4 kaps/hari selama 10 hari. |
| | 2. | tab 500 mg | | √ | √ | √ | 4 tab/hari selama 10 hari. |
| | 3. | sir kering 200 mg/5 mL | | √ | √ | √ | 2 btl/kasus. |
| 3 | klaritromisin | | | | | | |
| | 1. | tab sal selaput 500 mg | | | √ | √ | 20 tab/kasus. |
| | 2. | sir kering 125 mg/5 mL | | | √ | √ | 2 btl/kasus. |
| | 3. | sir kering 250 mg/5 mL | | | √ | √ | 2 btl/kasus. |
| 4 | klindamisin | | | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|------------------------|--|------------------------|---------------------|------|------|---|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | 1. | kaps 150 mg | √ | √ | √ | 4 kaps/hari selama 5 hari kecuali untuk toksoplasmosis selama 6 minggu. |
| | 2. | kaps 300 mg | √ | √ | √ | 4 kaps/hari selama 5 hari kecuali untuk toksoplasmosis selama 6 minggu. |
| 5 | spiramisin | | | | | |
| | Dapat digunakan untuk toksoplasmosis pada kehamilan. | | | | | |
| | 1. | tab sal selaput 500 mg | | √ | √ | 3 g/hari selama 6 minggu. |
| 6.2.2.5 Aminoglikosida | | | | | | |
| 1 | amikasin | | | | | |
| | Hanya digunakan untuk infeksi oleh bakteri gram negatif yang resisten terhadap gentamisin. | | | | | |
| | 1. | inj 250 mg/mL | | √ | √ | |
| 2 | gentamisin | | | | | |
| | 1. | inj 10 mg/mL | | √ | √ | |
| | 2. | inj 40 mg/mL | | √ | √ | |
| 3 | kanamisin | | | | | |
| | 1. | serb inj 1.000 mg | | √ | √ | |
| 4 | streptomisin | | | | | |
| | 1. | serb inj 1.000 mg | √ | √ | √ | |
| 6.2.2.6 Kuinolon | | | | | | |
| 1 | levofloksasin | | | | | |
| | Tidak digunakan untuk pasien usia < 18 tahun dan ibu hamil. | | | | | |
| | 1. | tab sal selaput 500 mg | | √ | √ | maks 10 hari. |
| | 2. | inf 5 mg/mL | | √ | √ | maks 10 hari. |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|-------------------|---|---|---------------------|------|------|--|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 2 | moksifloksasin | | | | | |
| | Tidak digunakan untuk pasien usia < 18 tahun dan ibu hamil. | | | | | |
| | 1. | tab sal selaput 400 mg | | | √ | 10 hari. |
| | 2. | inf 1,6 mg/mL | | | √ | 10 hari. |
| 3 | ofloksasin | | | | | |
| | Tidak digunakan untuk pasien usia < 18 tahun dan ibu hamil. | | | | | |
| | 1. | tab sal selaput 200 mg | | √ | √ | 10 hari. |
| | 2. | tab sal selaput 400 mg | | √ | √ | 10 hari. |
| 4 | siprofloksasin | | | | | |
| | Tidak digunakan untuk pasien usia < 18 tahun dan ibu hamil. | | | | | |
| | 1. | tab sal selaput 500 mg | √ | √ | √ | |
| | 2. | inf 2 mg/mL | | √ | √ | 4 btl/hari. |
| 6.2.2.7 Lain-Lain | | | | | | |
| 1 | meropenem | | | | | |
| | a) | Hanya untuk terapi lini ketiga untuk infeksi oleh kuman penghasil ESBL. | | | | |
| | b) | Tidak untuk profilaksis bedah, kecuali bedah jantung. | | | | |
| | 1. | serb inj 500 mg | | √ | √ | -Febrile |
| | 2. | serb inj 1.000 mg | | √ | √ | neutropenia: dosis 1-3 g/hari, sampai ANC > 500/mm ³ . -Sepsis dan infeksi berat lainnya: dosis 1-3 g/hari maks 7 hari. - Penggunaan |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|------------------|---------------------|------|------|--|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | | | | | | maksimal 7 hari/kasus. - Setelah hasil kultur diperoleh, maka digantikan dengan antibiotika lini pertama atau spektrum sempit yang masih sensitif. - Meropenem dapat dilanjutkan apabila hasil kultur menunjukkan bahwa meropenem adalah satu-satunya antibiotik yang masih sensitif untuk bakteri penyebab infeksi. |
| 2 | metronidazol | | | | | |
| | 1. | tab 250 mg | √ | √ | √ | Untuk infeksi akibat bakteri anaerob, dapat diberikan maksimum 2 minggu/kasus. |
| | 2. | tab 500 mg | √ | √ | √ | |
| | 3. | susp 125 mg/5 mL | √ | √ | √ | |
| | 4. | inf 5 mg/mL | √ | √ | √ | 3 btl/hari. |
| | 5. | sup 500 mg | | √ | √ | |
| | 6. | ovula 500 mg | | √ | √ | maks 15 ovula/kasus. |
| 3 | pirimetamin | | | | | |
| | Untuk toksoplasmosis serebral / | | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|------------------------|--|-------------------------------|---------------------|------|------|---------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | retinitis pada <i>immunocompromised</i> dalam bentuk kombinasi dengan sulfadiazin atau klindamisin dan leukovorin. | | | | | |
| | 1. | tab 25 mg | | √ | √ | |
| 4 | sulfadiazin | | | | | |
| | 1. | tab 500 mg | | √ | √ | |
| 5 | vankomisin | | | | | |
| | Hanya untuk infeksi oleh kuman MRSA atau MRSE positif (dibuktikan dengan hasil kultur). | | | | | |
| | 1. | serb inj 500 mg | | | √ | maks 10 hari/kasus. |
| 6.3 ANTIINFEKSI KHUSUS | | | | | | |
| 6.3.1 Antilepra | | | | | | |
| 1 | dapson | | | | | |
| | 1. | tab 100 mg | √ | √ | √ | |
| 2 | klofazimin, <i>micronized</i> | | | | | |
| | 1. | kaps dalam minyak 50 mg | √ | √ | √ | |
| | 2. | kaps dalam minyak 100 mg | √ | √ | √ | |
| 3 | rifampisin | | | | | |
| | 1. | kaps 300 mg | √ | √ | √ | |
| | 2. | tab 450 mg | | √ | √ | |
| | 3. | tab 600 mg | | √ | √ | |
| 6.3.2 Antituberkulosis | | | | | | |
| <i>Catatan:</i> | | | | | | |
| a) | <i>Disediakan oleh Program Kemenkes.</i> | | | | | |
| b) | <i>Penggunaan sesuai dengan Program Nasional Pengendalian TB.</i> | | | | | |
| 1 | etambutol | | | | | |
| | a) | Tidak boleh diberikan sebagai | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|--|---------------------|------|------|---|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | | <i>single agent</i> untuk TB. | | | | |
| | b) | Digunakan untuk paduan OAT kategori 2, tahap lanjutan. | | | | |
| | c) | Diberikan atas persetujuan tim PPRA/PFT. | | | | |
| | d) | Disertai sistem monitoring penggunaan obat untuk penderita TB. | | | | |
| | 1. | tab 250 mg | √ | √ | √ | 30 mg/kgBB, maks selama 5 bulan tahap lanjutan pemberian 3x seminggu atau 15 mg/kgBB, maks selama 5 bulan tahap lanjutan, pemberian setiap hari. Dosis untuk TB Anak: 20 mg/kgBB, maks selama 2 bulan pertama, pemberian setiap hari. Dosis untuk TB MDR: 15-25 mg/kgBB/hari. |
| | 2. | tab 400 mg | √ | √ | √ | |
| | 3. | tab 500 mg | | √ | √ | |
| 2 | | isoniazid | | | | |
| | 1. | tab 100 mg | √ | √ | √ | 10 mg/kgBB, maks |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|--|---------------------|------|------|--|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | | | | | | 6 bulan setiap hari. |
| | | Dapat digunakan untuk profilaksis TB pada anak. | | | | |
| | 2. | tab 300 mg | √ | √ | √ | 1 tab (300 mg)/hari, maks 6 bulan. |
| | | Dapat digunakan untuk profilaksis TB pada ODHA dewasa. | | | | |
| 3 | <i>Kombinasi: Paduan dalam bentuk Kombinasi Dosis Tetap (KDT/FDC) untuk dewasa 4KDT (FDC) mengandung:</i> | | | | | |
| | a. | rifampisin 150 mg | | | | Digunakan pada pengobatan TB tahap awal. Kategori 1: 1 tab/15 kgBB, maks selama 2 bulan pertama. Kategori 2: 1 tab/15 kgBB, maks selama 3 bulan pertama. |
| | b. | isoniazid 75 mg | | | | |
| | c. | pirazinamid 400 mg | | | | |
| | d. | etambutol 275 mg | | | | |
| | 1. | tab | √ | √ | √ | |
| 4 | <i>Kombinasi: Paduan dalam bentuk Kombinasi Dosis Tetap (KDT/FDC) untuk dewasa 2KDT (FDC) mengandung:</i> | | | | | |
| | a. | rifampisin 150 mg | | | | Digunakan pada pengobatan TB tahap lanjutan. Kategori 1: |
| | b. | isoniazid 150 mg | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|-------------|--------|---------------------|------|------|---|
| | | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | | | | | | | 1 tab/15 kgBB, maks selama 4 bulan tahap lanjutan, pemberian 3x seminggu. Kategori 2: 1 tab/15 kgBB, maks selama 5 bulan tahap lanjutan, diberikan bersamaan dengan Etambutol, pemberian 3x seminggu. |
| | 1. | tab | | √ | √ | √ | |
| 5 | <i>Kombinasi: Paduan dalam bentuk Kombinasi Dosis Tetap (KDT/FDC) untuk anak 3KDT (FDC) mengandung:</i> | | | | | | |
| | a. | rifampisin | 75 mg | | | | Digunakan pada pengobatan TB tahap awal. 1 tab/5-8 kgBB, maks 2 bulan pertama, pemberian setiap hari. |
| | b. | isoniazid | 50 mg | | | | |
| | c. | pirazinamid | 150 mg | | | | |
| | 1. | tab | | √ | √ | √ | |
| 6 | <i>Kombinasi: Paduan dalam bentuk Kombinasi Dosis Tetap (KDT/FDC) untuk anak 2KDT (FDC)</i> | | | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|--|---------------------------------------|---------------------|------|------|---|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | <i>mengandung:</i> | | | | | |
| | a. | rifampisin 75 mg | | | | Digunakan pada pengobatan TB tahap lanjutan. 1 tab/5-8 kgBB, maks 4 bulan tahap lanjutan, pemberian setiap hari. |
| | b. | isoniazid 50 mg | | | | |
| | 1. | tab | √ | √ | √ | |
| 7 | <i>Kombinasi: Paduan dalam bentuk paket Kombipak untuk Dewasa. Kombipak II terdiri dari:</i> | | √ | √ | √ | |
| | a. | rifampisin kapl 450 mg (1 kapl) | | | | Digunakan pada pengobatan TB tahap awal. Kategori 1: Maks 448 tab (56 blister) selama 2 bulan pertama, pemberian setiap hari. |
| | b. | isoniazid tab 300 mg (1 tab) | | | | |
| | c. | pirazinamid tab 500 mg (3 tab) | | | | |
| | d. | etambutol tab 250 mg (3 tab) | | | | |
| | Diberikan untuk pasien TB yang tidak bisa menggunakan OAT bentuk FDC/KDT. | | | | | |
| 8 | <i>Kombinasi: Paduan dalam bentuk Kombipak untuk dewasa. Kombipak III terdiri dari:</i> | | √ | √ | √ | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|--------------------------------------|---------------------|------|------|--|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | a. | rifampisin 450 mg (1 kapl) | | | | Digunakan pada pengobatan TB tahap lanjutan. Kategori 1: Maks 144 tab selama 4 bulan (48 blister Kombipak III), pemberian 3x seminggu. |
| | b. | isoniazid 300 mg (2 tab) | | | | |
| | Diberikan untuk pasien TB yang tidak bisa menggunakan OAT bentuk FDC/KDT. | | | | | |
| 9 | <i>Kombinasi: Paduan dalam bentuk paket Kombipak untuk anak. Kombipak A terdiri dari:</i> | | √ | √ | √ | |
| | a. | rifampisin kaps 75 mg (2 kaps) | | | | Digunakan pada pengobatan TB tahap awal. Maks 280 tab (28 sachet Kombipak A) selama 2 bulan pertama pemberian setiap hari. |
| | b. | isoniazid tab 100 mg (1 tab) | | | | |
| | c. | pirazinamid tab 200 mg (2 tab) | | | | |
| | Diberikan untuk pasien TB yang tidak bisa menggunakan OAT bentuk FDC/KDT. | | | | | |
| 10 | <i>Kombinasi: Paduan dalam bentuk paket Kombipak untuk anak. Kombipak B terdiri dari:</i> | | √ | √ | √ | |
| | a. | rifampisin kaps 75 mg | | | | Digunakan pada |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------------------------|---|--|--------------------|---------------------|------|------|---|
| | | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | | | (2 kaps) | | | | pengobatan TB tahap lanjutan. Maks 336 tab selama 4 bulan lanjutan pemberian setiap hari. |
| | b. | isoniazid | tab 100 mg (1 tab) | | | | |
| | Diberikan untuk pasien TB yang tidak bisa menggunakan OAT bentuk FDC/KDT. | | | | | | |
| 11 | pirazinamid | | | | | | |
| | 1. | tab 500 mg | | | √ | √ | 20-30 mg/kgBB. |
| | | Diberikan atas persetujuan tim PPRA/PFT. | | | | | |
| 12 | streptomisin | | | | | | |
| | a) | Digunakan untuk paduan OAT kategori 2, tahap awal. | | | | | |
| | b) | Untuk kombinasi pengobatan pasien TB Kambuh BTA (+). | | | | | |
| | 1. | serb inj 1.000 mg | | √ | √ | √ | 15 mg/kgBB maks 2 bulan pertama pemberian setiap hari. |
| 6.3.3 Antiseptik Saluran kemih | | | | | | | |
| 1 | asam pipemidat | | | | | | |
| | 1. | kaps 400 mg | | | √ | √ | 28 kaps/kasus. |
| 2 | metenamin mandelat (heksamin mandelat) | | | | | | |
| | 1. | tab sal enterik 500 mg | | √ | √ | √ | |
| 3 | nitrofurantoin | | | | | | |
| | 1. | tab 50 mg | | √ | √ | √ | |
| 6.4 ANTIFUNGI | | | | | | | |
| 6.4.1 Antifungi Sistemik | | | | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|--|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 1 | amfoterisin B | | | | | |
| | 1. | inj 5 mg/mL (i.v.) | | √ | √ | |
| 2 | flukonazol | | | | | |
| | Hanya digunakan untuk kandidiasis sistemik/pada pasien <i>immunocompromised</i> . | | | | | |
| | 1. | kaps 50 mg | | √ | √ | |
| | 2. | kaps 150 mg | | √ | √ | |
| | 3. | inj 2 mg/mL | | √ | √ | |
| 3 | griseofulvin (<i>micronized</i>) | | | | | |
| | 1. | tab 125 mg | √ | √ | √ | |
| | 2. | tab 250 mg | √ | √ | √ | |
| | 3. | tab 500 mg | √ | √ | √ | |
| 4 | itrakonazol | | | | | |
| | a) | Hanya untuk histoplasmosis, aspergilosis, onikomikosis, <i>deep mycosis</i> yang dibuktikan dengan hasil pemeriksaan kultur. | | | | |
| | b) | Tidak diberikan bersama dengan obat lain yang terbukti dapat berinteraksi dengan itrakonazol. | | | | |
| | 1. | kaps 100 mg | | √ | √ | |
| 5 | ketokonazol | | | | | |
| | 1. | tab 200 mg | √ | √ | √ | maks 30 tab/kasus. |
| 6 | mikafungin | | | | | |
| | Hanya digunakan untuk kandidiasis sistemik yang sudah resisten dengan flukonazol (dibuktikan dengan hasil kultur) | | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--|---|--|---------------------|------|------|-----------------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | dan pasien yang <i>immunocompromised</i> . | | | | | |
| | 1. | serb inj 50 mg | | | √ | |
| 7 | nistatin | | | | | |
| | 1. | tab sal gula 500.000 IU | √ | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 2. | susp 100.000 IU/mL | √ | √ | √ | 2 btl/kasus untuk 1 minggu. |
| 8 | terbinafin | | | | | |
| | 1. | tab 250 mg | | √ | √ | |
| 6.5 ANTIPROTOZOA | | | | | | |
| 6.5.1 Antiamubiasis dan Antigiardiasis | | | | | | |
| 1 | metronidazol | | | | | |
| | 1. | tab 250 mg | √ | √ | √ | |
| | 2. | tab 500 mg | √ | √ | √ | |
| | 3. | susp 125 mg/5 mL | √ | √ | √ | |
| | 4. | inf 5 mg/mL | √ | √ | √ | 3 btl/hari. |
| 6.5.2 Antimalaria | | | | | | |
| 6.5.2.1 Untuk Pencegahan | | | | | | |
| 1 | doksisiklin | | | | | |
| | 1. | kaps 100 mg | √ | √ | √ | 10 kaps/kasus. |
| 6.5.2.2 Untuk Pengobatan | | | | | | |
| 1 | artesunat | | | | | |
| | a) | Diberikan pada malaria berat/dapat diberikan pra rujukan. | | | | |
| | b) | Hanya dapat diberikan di puskesmas perawatan atau untuk 1 kali pemberian pada malaria berat yang segera dirujuk ke Faskes Tk. 2. | | | | |
| | 1. | inj 60 mg/mL (i.v./i.m.) | √ | √ | √ | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|---|---|------------------------|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 2 | kombinasi: | | | | | |
| | a. | artemether 20 mg | | | | |
| | b. | lumefantrin 120 mg | | | | |
| | Terapi lini pertama untuk malaria falsiparum. | | | | | |
| | 1. | tab | √ | √ | √ | |
| 3 | kombinasi (DHP): | | | | | |
| | a. | dihidroartemisin 40 mg | | | | |
| | b. | piperakuin 320 mg | | | | |
| | | 1. | tab sal selaput | √ | √ | √ |
| 4 | kuinin | | | | | |
| | 1. | tab 200 mg | √ | √ | √ | |
| | Untuk terapi lini kedua pada malaria. | | | | | |
| | 2. | inj 25% (i.v.) | √ | √ | √ | |
| Hanya digunakan untuk malaria dengan komplikasi/malaria berat. | | | | | | |
| 5 | primakuin | | | | | |
| | 1. | tab 15 mg | √ | √ | √ | |
| 6.6 ANTIVIRUS | | | | | | |
| 6.6.1 Antiherpes | | | | | | |
| 1 | asiklovir | | | | | |
| | 1. | tab 200 mg | √ | √ | √ | |
| | 2. | tab 400 mg | √ | √ | √ | |
| | 3. | serb inj 250 mg | | √ | √ | |
| 2 | valasiklovir | | | | | |
| | 1. | tab 500 mg | | √ | √ | |
| 6.6.2 Anti Sitomegalovirus (CMV) | | | | | | |
| Hanya untuk pasien <i>immunocompromised</i> (CD 4 <100) serta dibuktikan ada kelainan organik | | | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--|---|--|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | (retinitis CMV/CMV serebral). Untuk transplantasi organ dari donor yang menderita CMV. | | | | | |
| 1 | gansiklovir | | | | | |
| | 1. | serb inj 500 mg | | √ | √ | |
| 2 | valgansiklovir | | | | | |
| | a) | Untuk profilaksis pada donor positif - resipien negatif atau donor positif - resipien positif. | | | | |
| | b) | Kadar transaminase serum dalam batas normal. | | | | |
| | 1. | tab sal 450 mg | | √ | √ | |
| 6.6.3 Antiretroviral | | | | | | |
| 6.6.3.1 <i>Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor</i> (NRTI) | | | | | | |
| 1 | <i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i> | | | | | |
| | kombinasi: | | | | | |
| | a. | zidovudin 300 mg | | | | |
| | b. | lamivudin 150 mg | | | | |
| | Dapat diberikan oleh Faskes Tk.1 dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Kementerian Kesehatan atau Dinas Kesehatan setempat. | | | | | |
| | 1. | tab | √ | √ | √ | |
| 2 | <i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i> | | | | | |
| | kombinasi : | | | | | |
| | a. | tenofovir 300 mg | | | | |
| | b. | emtrisitabin 200 mg | | | | |
| | Dapat diberikan oleh oleh Faskes | | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|------------------------|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | Tk.1 dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Kementerian Kesehatan atau Dinas Kesehatan setempat. | | | | | |
| | 1. | tab | √ | √ | √ | |
| 3 | <i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i> | | | | | |
| | lamivudin | | | | | |
| | Dapat diberikan oleh Faskes Tk.1 dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Kementerian Kesehatan atau Dinas Kesehatan setempat. | | | | | |
| | 1. | tab 150 mg | √ | √ | √ | |
| 4 | stavudin | | | | | |
| | 1. | tab 30 mg | | √ | √ | |
| 5 | <i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i> | | | | | |
| | tenofovir | | | | | |
| | Dapat diberikan oleh Faskes Tk.1 dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Kementerian Kesehatan atau Dinas Kesehatan setempat. | | | | | |
| | 1. | tab sal selaput 300 mg | √ | √ | √ | |
| 6 | <i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i> | | | | | |
| | zidovudin | | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|---|---|------------------------|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | Dapat diberikan oleh Faskes Tk.1 dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Kementerian Kesehatan atau Dinas Kesehatan setempat. | | | | | |
| | 1. | kaps 100 mg | √ | √ | √ | |
| 6.6.3.2 Non Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NNRTI) | | | | | | |
| <i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i> | | | | | | |
| 1 | efavirenz | | | | | |
| | Dapat diberikan oleh Faskes Tk.1 dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Kementerian Kesehatan atau Dinas Kesehatan setempat. | | | | | |
| | 1. | tab 200 mg | √ | √ | √ | |
| | 2. | tab sal selaput 600 mg | √ | √ | √ | |
| 2 | nevirapin | | | | | |
| | Dapat diberikan oleh Faskes Tk.1 dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Kementerian Kesehatan atau Dinas Kesehatan setempat. | | | | | |
| | 1. | kaps/tab 200 mg | √ | √ | √ | |
| 6.6.3.3 Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NRTI) + Non Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NNRTI) | | | | | | |
| <i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i> | | | | | | |
| 1 | kombinasi: | | | | | |
| | a. | tenofovir 300 mg | | | | |
| | b. | lamivudin 300 mg | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL | |
|-----------------------------------|---|--|---------------------|------|------|--------------------|--|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | | |
| | c. | efavirenz | 600 mg | | | | |
| | Dapat diberikan oleh Faskes Tk.1 dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Kementerian Kesehatan atau Dinas Kesehatan setempat. | | | | | | |
| | 1. | tab | | √ | √ | √ | |
| 2 | kombinasi FDC (anak) : | | | | | | |
| | a. | zidovudin | 60 mg | | | | |
| | b. | lamivudin | 30 mg | | | | |
| | c. | nevirapin | 50 mg | | | | |
| | Dapat diberikan oleh Faskes Tk.1 dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Kementerian Kesehatan atau Dinas Kesehatan setempat. | | | | | | |
| | 1. | tab <i>dispersible</i> | | √ | √ | √ | |
| 6.6.3.4 <i>Protease Inhibitor</i> | | | | | | | |
| | <i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i> | | | | | | |
| 1 | kombinasi (LPV/r) | | | | | | |
| | a. | lopinavir | 200 mg | | | | |
| | b. | ritonavir | 50 mg | | | | |
| | a) | Hanya digunakan sebagai lini kedua terapi antiretroviral. | | | | | |
| | b) | Dapat diberikan oleh Faskes Tk.1 dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang | | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|---------------------|--|---|---------------------|------|------|--|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | berhak memberikan obat ARV dari Kementerian Kesehatan atau Dinas Kesehatan setempat. | | | | | |
| | 1. | tab sal selaput | √ | √ | √ | |
| 6.6.4 Antihepatitis | | | | | | |
| 1 | adefovir dipivoksil | | | | | |
| | Diberikan pada: | | | | | |
| | a) | Pasien Hepatitis B kronik HBeAg negatif dengan HBV DNA rendah dan ALT tinggi. | | | | |
| | b) | Pasien dengan riwayat gagal terapi dengan pemberian analog nukleosida. | | | | |
| | c) | Hanya diberikan oleh KGEH atau Dokter Spesialis Penyakit Dalam. | | | | |
| | Tidak diberikan pada: | | | | | |
| | a) | Pasien Hepatitis B kronik dengan gangguan ginjal. | | | | |
| | b) | Pasien dalam pengobatan adefovir yang tidak menunjukkan respons pada minggu ke 10-20. | | | | |
| | 1. | tab 10 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan, dievaluasi setiap 6 bulan. |
| 2 | entekavir | | | | | |
| | Hanya diberikan oleh KGEH dan spesialis anak KGEH atau Dokter | | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|--|--|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | Spesialis Penyakit Dalam dengan melampirkan: | | | | | |
| | a) | Hasil pemeriksaan HBeAg. | | | | |
| | b) | Pemeriksaan ALT meningkat 2x di atas batas atas normal dalam 3 bulan, atau | | | | |
| | c) | Histologi/ <i>transient elastography</i> atau <i>AST Platelet Ratio Index (APRI)</i> sesuai minimal dengan F2. | | | | |
| | 1. | tab sal selaput 0,5 mg | | √ | √ | |
| | 2. | tab sal selaput 1 mg | | √ | √ | |
| 3 | lamivudin | | | | | |
| | Hanya diberikan oleh KGEH dan spesialis anak KGEH atau Dokter Spesialis Penyakit Dalam dengan melampirkan: | | | | | |
| | a) | Hasil pemeriksaan HBeAg. | | | | |
| | b) | Pemeriksaan ALT meningkat 2x di atas batas atas normal dalam 3 bulan, atau | | | | |
| | c) | Histologi/ <i>transient elastography</i> atau <i>AST Platelet Ratio Index (APRI)</i> sesuai minimal dengan F2. | | | | |
| | d) | Pengobatan dihentikan apabila terjadi serokonversi HBsAg. | | | | |
| | e) | Apabila HBV DNA setelah 6 bulan masih positif harus ditambahkan atau digantikan obat lain. | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|--|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | 1. | tab 100 mg | | √ | √ | |
| 4 | pegylated interferon alfa-2a | | | | | |
| | a) | Hanya untuk penderita hepatitis B dan C. | | | | |
| | b) | Hanya boleh diresepkan oleh KGEH. | | | | |
| | c) | Digunakan bersama dengan ribavirin. | | | | |
| | 1. | inj 135 mcg/0,5 mL | | √ | √ | |
| | 2. | inj 180 mcg/0,5 mL | | √ | √ | |
| 5 | pegylated interferon alfa-2b | | | | | |
| | a) | Hanya digunakan untuk hepatitis B dan C. | | | | |
| | b) | Hanya boleh diresepkan oleh KGEH. | | | | |
| | c) | Digunakan bersama dengan ribavirin. | | | | |
| | 1. | serb inj 50 mcg | | √ | √ | |
| | 2. | serb inj 80 mcg | | √ | √ | |
| | 3. | serb inj 100 mcg | | √ | √ | |
| | 4. | serb inj 120 mcg | | √ | √ | |
| 6 | <i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i> | | | | | |
| | ribavirin | | | | | |
| | a) | Hanya digunakan untuk Hepatitis C genotipe 2 atau 3 bersama dengan peginterferon alfa dan/atau sofosbuvir. | | | | |
| | b) | Hanya diberikan oleh KGEH dan spesialis anak KGEH atau Dokter Spesialis Penyakit Dalam. | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|--|---------------------|------|------|------------------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | c) | Dapat diberikan sesuai dengan SK Penetapan Rumah Sakit Layanan Hepatitis C dari Kementerian Kesehatan. | | | | |
| | 1. | tab sal selaput 200 mg | | √ | √ | |
| 7 | <i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i> | | | | | |
| | simeprevir | | | | | |
| | a) | Tidak digunakan sebagai monoterapi. | | | | |
| | b) | Diberikan bersama sofosbuvir untuk Hepatitis C genotipe 1 yang tidak disertai sirosis. Diagnosis ditegakkan dengan bukti hasil pemeriksaan positif genotipe 1. | | | | |
| | c) | Tidak digunakan untuk pasien dengan perburukan fungsi hati sedang hingga berat (<i>child pugh</i> kelas B atau C). | | | | |
| | d) | Tidak dianjurkan untuk pasien yang sebelumnya gagal dengan terapi protease inhibitor. | | | | |
| | e) | Hanya diberikan oleh KGEH atau Dokter Spesialis Penyakit Dalam. | | | | |
| | f) | Dapat diberikan sesuai dengan SK Penetapan Rumah Sakit Layanan Hepatitis C dari Kementerian Kesehatan. | | | | |
| | 1. | tab 150 mg | | √ | √ | Genotipe 1: untuk 12 minggu. |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|--|---------------------|------|------|------------------------------|
| | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 8 | <i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i> | | | | |
| | sofosbuvir | | | | |
| | a) Tidak digunakan sebagai monoterapi. | | | | |
| | b) Diberikan bersama ribavirin untuk Hepatitis C genotipe 2 yang tidak disertai sirosis. Diagnosis ditegakkan dengan bukti hasil pemeriksaan positif genotipe 2. | | | | |
| | c) Hanya diberikan oleh KGEH atau Dokter Spesialis Penyakit Dalam. | | | | |
| | d) Dapat diberikan sesuai dengan SK Penetapan Rumah Sakit Layanan Hepatitis C dari Kementerian Kesehatan. | | | | |
| | 1. tab sal selaput 400 mg | | √ | √ | Untuk genotipe 2: 12 minggu. |
| 9 | telbivudin | | | | |
| | a) Hanya untuk pasien Hepatitis B kronik. Diagnosis ditegakkan berdasarkan hasil pemeriksaan HBV-DNA. | | | | |
| | b) Pengobatan dihentikan apabila terjadi serokonversi HBsAg. | | | | |
| | c) Apabila HBV DNA setelah 6 bulan masih positif harus ditambahkan atau digantikan obat lain. | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|-------------------------------|---|---|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | d) | Hanya diberikan oleh KGEH dan spesialis anak KGEH atau Dokter Spesialis Penyakit Dalam. | | | | |
| | 1. | tab 600 mg | | √ | √ | |
| 10 | tenofovir | | | | | |
| | a) | Hanya untuk pasien Hepatitis B. | | | | |
| | b) | Hanya untuk <i>compensated liver disease</i> . | | | | |
| | c) | Hanya diberikan oleh KGEH dan spesialis anak KGEH atau Dokter Spesialis Penyakit Dalam. | | | | |
| | d) | Tidak diberikan untuk anak < 2 tahun. | | | | |
| | 1. | tab sal selaput 300 mg | | √ | √ | |
| 7. ANTIMIGREN dan ANTIVERTIGO | | | | | | |
| 7.1 ANTIMIGREN | | | | | | |
| 7.1.1 Profilaksis | | | | | | |
| 1 | propranolol | | | | | |
| | 1. | tab 10 mg | √ | √ | √ | |
| | 2. | tab 40 mg | | √ | √ | |
| 7.1.2 Serangan Akut | | | | | | |
| 1 | ergotamin | | | | | |
| | Hanya digunakan untuk serangan migren akut. | | | | | |
| | 1. | tab 1 mg | √ | √ | √ | 8 tab/minggu. |
| 2 | kombinasi : | | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|---|--|--|-------|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | a. | ergotamin | 1 mg | | | | |
| | b. | kafein | 50 mg | | | | |
| | 1. | tab | | √ | √ | √ | 8 tab/minggu. |
| 7.2 ANTIVERTIGO | | | | | | | |
| 1 | betahistin | | | | | | |
| | 1. | tab 6 mg | | | √ | √ | 20 tab/bulan. |
| | | Hanya untuk sindrom meniere dan vertigo perifer. | | | | | |
| | 2. | tab 24 mg | | | √ | √ | 10 tab/bulan. |
| | | Hanya untuk sindrom meniere. | | | | | |
| 8. ANTINEOPLASTIK, IMUNOSUPRESAN dan OBAT untuk TERAPI PALIATIF | | | | | | | |
| 8.1 HORMON dan ANTIHORMON | | | | | | | |
| 1 | anastrozol | | | | | | |
| | Dapat digunakan untuk kanker payudara post menopause dengan pemeriksaan reseptor estrogen/progesteron positif. | | | | | | |
| | 1. | tab sal selaput 1 mg | | | | √ | 30 tab/bulan. |
| 2 | bikalutamid | | | | | | |
| | 1. | tab sal 50 mg | | | | √ | 30 tab/bulan. |
| | | Untuk kanker prostat, diberikan 5 - 7 hari sebelum atau bersamaan dengan pemberian goserelin asetat atau leuprorelin asetat. Diberikan maksimal 1 tahun jika PSA (<i>Prostate Spesific Antigen</i>) membaik. | | | | | |
| | 2. | tab sal 150 mg | | | | √ | |
| | | Hanya diberikan untuk kanker prostat. | | | | | |
| 3 | deksametason | | | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|---|---------------------|------|------|-----------------------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | 1. | tab 0,5 mg | √, PP | √ | √ | |
| | 2. | inj 5 mg/mL | √, PP | √ | √ | |
| 4 | dienogest | | | | | |
| | Hanya untuk endometriosis. | | | | | |
| | 1. | tab 2 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan selama maks 6 bulan. |
| 5 | eksemestan | | | | | |
| | Dapat digunakan untuk kanker payudara post menopause, ER dan/atau PR positif. | | | | | |
| | 1. | tab sal gula 25 mg | | | √ | 30 tab/bulan. |
| 6 | goserelin asetat | | | | | |
| | 1. | serb inj 3,6 mg | | | √ | |
| | a) | Dapat digunakan untuk kanker payudara dengan hormonal reseptor ER dan/atau PR positif premenopause. | | | | 1 vial/bulan. |
| | b) | Dapat digunakan untuk endometriosis. | | | | 1 vial/bulan; maks 3 vial/kasus. |
| | c) | Dapat digunakan untuk kanker prostat, boleh diberikan bersama dengan bikalutamid tab 50 mg. | | | | |
| | 2. | serb inj 10,8 mg | | | √ | 1 vial/3 bulan. |
| | | Dapat digunakan untuk kanker prostat. | | | | |
| 7 | letrozol | | | | | |
| | Untuk kanker payudara pada post menopause dengan reseptor ER | | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|--|---------------------|------|---------------|----------------------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | dan/atau PR positif. | | | | | |
| | 1. | tab 2,5 mg | | | √ | 30 tab/bulan. |
| 8 | leuprorelin asetat | | | | | |
| | 1. | serb inj 1,88 mg | | | √ | 1 vial/bulan; maks 6 vial/kasus. |
| | | Untuk endometriosis pada pasien dengan BB < 50 kg, adenomiosis atau mioma uteri. | | | | |
| | 2. | serb inj 3,75 mg | | | √ | 1 vial/bulan. |
| | a) | Dapat digunakan untuk kanker payudara dengan hormonal reseptor ER dan/atau PR positif premenopause. | | | | |
| | b) | Dapat digunakan untuk endometriosis. | | | | 1 vial/bulan; maks 6 vial/kasus. |
| | c) | Adenomiosis atau mioma uteri. | | | | |
| | d) | Dapat digunakan untuk kanker prostat, boleh diberikan bersama dengan bikalutamid tab 50 mg. | | | | |
| | e) | Untuk terapi pubertas prekoks disertai dengan pemeriksaan 2 dari 3 tanda-tanda seks sekunder pubertas prekoks. | | | | |
| | f) | Kadar LH > 0,8 IU/L. | | | | |
| 3. | serb inj 7,5 mg | | √ | √ | Tiap 1 bulan. | |
| a) | Untuk <i>advanced hormone-</i> | | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|---|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | | <i>dependent prostate cancer.</i> | | | | |
| | b) | Diagnosis ditegakkan dengan pemeriksaan hasil PA. | | | | |
| | c) | Diberikan di Faskes Tk. 2 atau Faskes Tk 3 yang dapat melakukan pemeriksaan PSA dan testosteron. | | | | |
| | d) | Dapat diberikan bersama dengan bikalutamid tab 50 mg. | | | | |
| | 4. | serb inj 11,25 mg | | | √ | |
| | a) | Dapat digunakan untuk kanker payudara dengan hormonal reseptor ER dan/atau PR positif premenopause. | | | | |
| | b) | Dapat digunakan untuk kanker prostat, boleh diberikan bersama dengan bikalutamid tab 50 mg. | | | | |
| | 5. | serb inj 22,5 mg | | √ | √ | Tiap 3 bulan. |
| | a) | Untuk <i>advanced hormone-dependent prostate cancer.</i> | | | | |
| | b) | Diagnosis ditegakkan dengan pemeriksaan hasil | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------------------|---|--|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | | PA. | | | | |
| | c) | Diberikan di Faskes Tk. 2 atau Faskes Tk 3 yang dapat melakukan pemeriksaan PSA dan testosteron. | | | | |
| | d) | Dapat diberikan bersama dengan bikalutamid tab 50 mg. | | | | |
| 9 | | medroksi progesteron asetat | | | | |
| | 1. | tab 100 mg | | √ | √ | |
| | 2. | inj 50 mg/mL | | √ | √ | |
| | 3. | inj 150 mg/mL | | √ | √ | |
| 10 | | metilprednisolon | | | | |
| | 1. | tab 4 mg | | √ | √ | |
| | 2. | tab 16 mg | | √ | √ | |
| 11 | | tamoksifen | | | | |
| | | Untuk kanker payudara pada premenopause dan post menopause dengan reseptor ER dan/atau PR positif. | | | | |
| | 1. | tab 10 mg | | | √ | 60 tab/bulan. |
| | 2. | tab 20 mg | | | √ | 30 tab/bulan. |
| 12 | | testosteron | | | | |
| | 1. | kaps lunak 40 mg | | √ | √ | |
| | | Hanya untuk defisiensi hormon. | | | | |
| | 2. | inj 250 mg/mL | | √ | √ | |
| 8.2 IMUNOSUPRESAN | | | | | | |
| 1 | | azatioprin | | | | |
| | 1. | tab sal selaput 50 mg | | | √ | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|---|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 2 | basiliksimab | | | | | |
| | a) | Hanya diberikan 1 kali sebelum dilakukan transplantasi. | | | | |
| | b) | Diberikan bersama dengan siklosporin dan kortikosteroid. | | | | |
| | 1. | inj 20 mg | | | √ | |
| 3 | everolimus | | | | | |
| | Hanya untuk pasien yang telah menjalani transplantasi ginjal dan mengalami penurunan fungsi ginjal yang dapat menyebabkan <i>Chronic Allograft Nephropathy</i> (CAN). | | | | | |
| | 1. | tab 0,25 mg | | | √ | |
| | 2. | tab 0,5 mg | | | √ | |
| 4 | hidroksi klorokuin | | | | | |
| | a) | Untuk kasus SLE (<i>Systemic Lupus Erythematosus</i>). | | | | |
| | b) | Untuk kasus RA (<i>Rheumatoid Arthritis</i>). | | | | |
| | 1. | tab 200 mg* | | | √ | 60 tab/bulan. |
| 5 | klorokuin | | | | | |
| | a) | Untuk kasus SLE (<i>Systemic Lupus Erythematosus</i>). | | | | |
| | b) | Untuk kasus RA (<i>Rheumatoid Arthritis</i>). | | | | |
| | 1. | tab 250 mg | | | √ | |
| 6 | leflunomid | | | | | |
| | a) | Untuk penderita RA (<i>Rheumatoid Arthritis</i>) yang telah gagal dengan DMARDs. Bukan sebagai <i>initial treatment</i> . | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|--|---------------------|------|------|-----------------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | b) | Hanya boleh diresepkan oleh dokter reumatolog. | | | | |
| | 1. | tab sal selaput 20 mg | | | √ | |
| 7 | metotreksat | | | | | |
| | a) | Untuk immunosupresi. | | | | |
| | b) | Untuk pasien dengan luas <i>psoriasis</i> di atas 10%. | | | | |
| | 1. | tab 2,5 mg | | √ | √ | |
| 8 | mikofenolat mofetil | | | | | |
| | Untuk kasus transplantasi organ ginjal, jantung, atau hati. | | | | | |
| | 1. | tab 500 mg | | | √ | |
| 9 | mikofenolat sodium | | | | | |
| | 1. | tab sal 180 mg | | | √ | Untuk dewasa: 60 tab/bulan. |
| | 2. | tab sal 360 mg | | | √ | Untuk dewasa: 60 tab/bulan. |
| 10 | siklosporin | | | | | |
| | 1. | kaps lunak 25 mg | | | √ | 5 mg/kgBB/hari. |
| | | Untuk kasus transplantasi organ dan penyakit autoimun. | | | | |
| | 2. | kaps lunak 50 mg | | | √ | 5 mg/kgBB/hari. |
| | | Untuk kasus transplantasi organ dan penyakit autoimun. | | | | |
| | 3. | kaps lunak 100 mg | | | √ | 90 kaps/bulan. |
| | | Untuk kasus transplantasi organ dan penyakit autoimun. | | | | |
| | 4. | inj 50 mg/mL | | | √ | |
| | 5. | inj 100 mg/mL | | | √ | |
| 11 | takrolimus | | | | | |
| | a) | Hanya untuk pasien pasca | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|-----------------------|---|--|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | | transplantasi yang mengalami <i>rejection</i> . | | | | |
| | b) | Hanya untuk pasien pasca transplantasi dengan risiko <i>intermediate</i> dan <i>high risk</i> . | | | | |
| | 1. | kaps 0,5 mg | | | √ | |
| | 2. | kaps 1 mg | | | √ | |
| | 3. | kaps lepas lambat 0,5 mg | | | √ | 60 kaps/bulan. |
| | 4. | kaps lepas lambat 1 mg | | | √ | 60 kaps/bulan. |
| 8.3 SITOTOKSIK | | | | | | |
| 1 | | afatinib | | | | |
| | a) | Untuk NSCLC jenis <i>non squamous</i> yang <i>locally advance</i> atau metastatik dengan adenokarsinoma yang didominasi oleh <i>EGFR exon 19</i> delesi atau mutasi subsitusi <i>exon 21 (L858R)</i> , <i>TKI naive adult patients</i> . | | | | |
| | b) | Dosis terapi adalah 40 mg, diberikan 1x1 sehari. | | | | |
| | c) | Jika terjadi progresi pada salah satu (gefitinib, erlotinib, pemetreksed dan afatinib), maka tidak dapat diganti dengan obat-obat tersebut. | | | | |
| | 1. | tab sal selaput 20 mg | | | √ | |
| | | Dosis 20 mg bukan dosis terapeutik tetapi digunakan apabila muncul efek samping. Dosis dikembalikan ke 40 mg untuk mendapat efikasi yang | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|--|---------------------|------|------|--|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | | diharapkan. | | | | |
| | 2. | tab sal selaput 30 mg | | | √ | |
| | | Dosis 30 mg bukan dosis terapeutik tetapi digunakan apabila muncul efek samping. Dosis dikembalikan ke 40 mg untuk mendapat efikasi yang diharapkan. | | | | |
| | 3. | tab sal selaput 40 mg | | | √ | 30 tab/bulan. |
| 2 | | asparaginase | | | | |
| | | Untuk leukemia limfoblastik akut. | | | | |
| | 1. | serb inj 10.000 IU | | | √ | |
| 3 | | bendamustin | | | | |
| | | Hanya untuk <i>Chronic Lymphocytic Leukemia (CLL)/ Small Lymphocytic Lymphoma (SLL)</i> (stadium B atau C). | | | | |
| | 1. | serb inj 25 mg | | | √ | Untuk CLL: 100 mg/m ² pada hari 1 dan 2 pada siklus 28 hari. Pemberian maks 6 siklus. |
| | 2. | serb inj 100 mg | | | √ | |
| 4 | | bevasizumab | | | | |
| | | Untuk kanker kolorektal metastatik. | | | | |
| | 1. | inj 25 mg/mL | | | √ | 12 x pemberian. |
| 5 | | bleomisin | | | | |
| | a) | Untuk <i>squamous cell carcinoma</i> pada daerah kepala dan leher, serviks, esofagus, penis, testis, kulit, paru, glioma, limfoma, plerodesis. | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|---|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | b) | Sebagai terapi lini pertama pada Hodgkin dan Non Hodgkin <i>disease</i> . | | | | |
| | c) | Untuk kanker ovarium dibuktikan dengan hasil pemeriksaan PA. | | | | |
| | d) | Untuk <i>germ cell tumor</i> dibuktikan dengan hasil pemeriksaan PA. | | | | |
| | 1. | serb inj 15 mg | | | √ | 12 x pemberian. |
| 6 | | busulfan | | | | |
| | 1. | tab 2 mg | | | √ | |
| 7 | | dakarbazin | | | | |
| | | Untuk melanoma malignan metastatik, sarkoma dan penyakit Hodgkin. | | | | |
| | 1. | serb inj 100 mg | | | √ | 12 x pemberian. |
| | 2. | serb inj 200 mg | | | √ | 12 x pemberian. |
| 8 | | daktinomisin | | | | |
| | a) | Untuk tumor Wilms, rabdomiosarkom pada anak, sarkoma Ewings, dan kanker testis non seminoma metastatik. | | | | |
| | b) | Neoplasia trofoblastik gestasional. | | | | |
| | c) | Untuk <i>soft tissue sarcoma</i> , kecuali <i>leiomyosarcoma</i> dan <i>angiosarcoma</i> | | | | |
| | 1. | inj 0,5 mg (i.v.) | | | √ | 12 x pemberian. |
| 9 | | daunorubisin | | | | |
| | | Untuk leukemia akut. | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|--|---|---------------------|------|------|--|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | 1. | serb inj 20 mg | | | √ | |
| 10 | doksorubisin | | | | | |
| | 1. | serb inj 10 mg (i.v.) | | | √ | Dosis kumulatif maks (seumur hidup): 500 mg/m ² LPT. |
| 2. | serb inj 50 mg (i.v.) | | | √ | | |
| 11 | dosetaksel | | | | | |
| | Untuk kanker kepala dan leher, paru, payudara, ovarium, prostat dan adenokarsinoma gaster. | | | | | |
| | 1. | inj 40 mg/mL | | | √ | - Untuk kombinasi: 75 mg/m ² LPT setiap 3 minggu. - Untuk kemoterapi: 100 mg/m ² LPT setiap 3 minggu. |
| 12 | epirubisin | | | | | |
| | 1. | inj 2 mg/mL | | | √ | Dosis kumulatif maks 750 mg/m ² LPT. |
| 2. | serb inj 50 mg | | | √ | | |
| 13 | erlotinib | | | | | |
| | a) | Hanya untuk adenokarsinoma paru dengan EGFR mutasi positif. | | | | |
| | b) | Jika terjadi progresi pada salah satu (gefitinib, erlotinib, pemetreksed dan afatinib), maka tidak dapat diganti dengan obat-obat tersebut. | | | | |
| | 1. | tab sal selaput 100 mg | | | √ | 30 tab/bulan. |
| | 2. | tab sal selaput 150 mg | | | √ | 30 tab/bulan. |
| 14 | etoposid | | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|--|--|---------------------|------|------|--|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | Untuk kanker testis, <i>Small Cell Lung Cancer</i> , limfoma maligna. | | | | | |
| | 1. | kaps lunak 100 mg | | | √ | 100 mg/m ² /hari, selama 3-5 hari. |
| | 2. | inj 20 mg/mL | | | √ | |
| 15 | fludarabin | | | | | |
| | a) | Hanya untuk BCLL. | | | | |
| | b) | Sebagai alternatif pengganti klorambusil untuk terapi CLL (<i>Chronic Lymphocytic Leukemia</i>). | | | | |
| | 1. | tab sal 10 mg | | | √ | 30 mg/m ² /hari selama 5 hari. |
| | 2. | serb inj 50 mg | | | √ | |
| 16 | fluorourasil | | | | | |
| | Untuk kanker kepala dan leher, saluran cerna, payudara, dan leher rahim. | | | | | |
| | 1. | inj 25 mg/mL | | | √ | Untuk nasofaring: 1.000 mg/m ² /hari selama seminggu. Untuk kolorektal: 2.800 mg/m ² /46 jam diulang tiap 2 minggu. |
| | 2. | inj 50 mg/mL (i.v.) | | | √ | |
| 17 | gefitinib | | | | | |
| | a) | Hanya untuk adenokarsinoma paru dengan EGFR mutasi positif. | | | | |
| | b) | Jika terjadi progresi pada salah satu (gefitinib, erlotinib, pemetreksed dan afatinib), | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|--|---------------------|------|------|--|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | | maka tidak dapat diganti dengan obat-obat tersebut. | | | | |
| | 1. | tab 250 mg | | | √ | 30 tab/bulan. |
| 18 | gemsitabin | | | | | |
| | a) | Untuk NSCLC yang <i>locally advanced</i> (stadium IIIA, IIIB) atau metastatik (stadium IV). | | | | |
| | b) | Untuk adenokarsinoma pankreas yang <i>locally advanced</i> (<i>non resectable</i> stadium II atau stadium III) atau metastatik (stadium IV). Diberikan pada pasien yang sebelumnya telah mendapat 5-FU. | | | | |
| | c) | Hanya untuk <i>muscle invasif bladder cancer</i> . | | | | |
| | 1. | serb inj 200 mg | | | √ | 1.000 |
| | 2. | serb inj 1000 mg | | | √ | mg/m ² /minggu. |
| 19 | hidroksiurea | | | | | |
| | Untuk CML dan polisitemia vera yang <i>high risk</i> (ada riwayat stroke, <i>myocardial infarction</i> /MCI). | | | | | |
| | 1. | kaps 500 mg | | | √ | 40 mg/kgBB/hari selama 30 hari. |
| 20 | idarubisin | | | | | |
| | 1. | serb inj 20 mg (i.v.) | | | √ | 12 mg/m ² LPT selama 3 hari dikombinasi dengan sitarabin. |
| 21 | ifosfamid | | | | | |
| | Diberikan bersama mesna. | | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|--|---|---------------------|------|------|---|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | 1. | serb inj 500 mg | | | √ | 5.000 mg/m ² /hari setiap 3 minggu bersama mesna. |
| | 2. | serb inj 1.000 mg | | | √ | |
| | 3. | serb inj 2.000 mg | | | √ | |
| 22 | imatinib mesilat | | | | | |
| | Diindikasikan pada: | | | | | |
| | a) | LGK/CML dan LLA/ALL dengan pemeriksaan kromosom <i>philadelphia</i> positif atau BCR-ABL positif. | | | | |
| | b) | GIST yang <i>unresectable</i> dengan hasil pemeriksaan CD 117 positif. | | | | |
| | c) | Pasien dewasa dengan <i>unresectable, recurrent</i> dan / atau <i>metastatic</i> . | | | | |
| | 1. | tab 100 mg | | | √ | 120 tab/bulan. |
| | 2. | tab 400 mg | | | √ | Untuk GIST: 60 tab/bulan. |
| 23 | irinotekan | | | | | |
| | Hanya digunakan untuk kanker kolorektal. Harus diberikan bersama dengan 5-FU dan kalsium folinat (leukovorin, Ca). | | | | | |
| | 1. | inj 20 mg/mL | | | √ | 125 mg/m ² LPT setiap minggu diulang tiap 3 minggu atau 180 mg/m ² LPT tiap 2 minggu. |
| | 2. | inf 20 mg/mL | | | √ | |
| 24 | kapesitabin | | | | | |
| | a) | Untuk kanker kolorektal. | | | | |
| | b) | Untuk kanker payudara | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|---|---------------------|------|------|---|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | | metastatik setelah gagal dengan terapi lain. | | | | |
| | 1. | tab sal 500 mg | | | √ | 2.500 mg/m ² /hari selama 2 minggu diulang tiap 3 minggu. |
| 25 | | karboplatin | | | | |
| | 1. | inj 10 mg/mL | | | √ | AUC (<i>Area Under the Curve</i>) 5-6 setiap 3 minggu. |
| 26 | | klorambusil | | | | |
| | 1. | tab sal selaput 5 mg | | | √ | |
| 27 | | lapatinib | | | | |
| | a) | Kombinasi dengan kapesitabin untuk kanker payudara metastatik dengan hasil pemeriksaan HER2 (ErbB2) positif 3/ISH yang amplifikasi dan telah mendapat terapi sebelumnya termasuk trastuzumab. | | | | |
| | b) | Kombinasi dengan letrozol untuk kanker payudara metastatik pada post menopause dengan reseptor hormon positif (ER/PR positif) dan memerlukan terapi hormon. | | | | |
| | 1. | tab 250 mg | | | √ | 1) Untuk HER2 positif bersama dengan kapesitabin, dosis 1.250 mg/hari |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL | |
|--------------|---|---|---------------------|------|------|---|--|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | | |
| | | | | | | (5 tab/hari). 2) Untuk HER2 positif + hormon ER dan/atau PR positif dan post menopause pemberian bersama letrozol, dosis 1.500 mg/hari (6 tab/hari). | |
| 28 | melfalan | | | | | | |
| | Untuk multipel mieloma. | | | | | | |
| | 1. | tab 2 mg | | | √ | | |
| 29 | merkaptopurin | | | | | | |
| | 1. | tab 50 mg | | | √ | | |
| 30 | metotreksat | | | | | | |
| | 1. | tab 2,5 mg | | | √ | - Untuk <i>maintenance</i> leukemia: 7,5 mg/hari setiap minggu. - Untuk trofoblastik ganas: 30 mg/hari selama 5 hari. | |
| | 2. | inj 2,5 mg/mL | | | √ | Untuk trofoblastik ganas: 12.000 mg/m ² /hari. | |
| | | Tidak untuk intra tekal. Perlu <i>rescue</i> dengan kalsium folinat (leukovorin, Ca). | | | | | |
| | 3. | inj 5 mg (i.v./i.m./i.t.) | | | √ | 15 mg/minggu. | |
| | 4. | inj 10 mg/mL | | | √ | Untuk trofoblastik | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|--|---------------------|------|------|--|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | | Tidak untuk intra tekal. Perlu <i>rescue</i> dengan kalsium folinat (leukovorin, Ca). | | | | ganas: 12.000 mg/m ² /hari. |
| | 5. | inj 25 mg/mL | | | √ | |
| | | Tidak untuk intra tekal. Perlu <i>rescue</i> dengan kalsium folinat (leukovorin, Ca). | | | | |
| 31 | mitomisin | | | | | |
| | Hanya digunakan untuk kasus adenokarsinoma gaster dan pankreas yang tidak bisa diatasi dengan obat primer/lini pertama. | | | | | |
| | 1. | serb inj 2 mg | | | √ | |
| | 2. | serb inj 10 mg | | | √ | |
| 32 | nilotinib | | | | | |
| | Hanya diresepkan oleh konsultan hematologi dan onkologi medik (KHOM). | | | | | |
| | 1. | kaps 150 mg | | | √ | 120 kaps/bulan/kasus. |
| | | Untuk kasus LGK (Leukemia Granulositik Kronik)/CML dengan hasil <i>philadelphia chromosome</i> positif atau BCR-ABL positif. | | | | |
| 2. | kaps 200 mg | | | √ | 120 | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|---|---------------------|------|------|--|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | | Untuk kasus LGK (Leukemia Granulositik Kronik)/CML dengan hasil <i>philadelphia chromosome</i> positif atau BCR-ABL positif yang resisten atau intorelan terhadap imatinib. | | | | kaps/bulan/kasus. |
| 33 | oksaliplatin | | | | | |
| | a) | Untuk terapi ajuvan kanker kolorektal stadium III. | | | | |
| | b) | Dapat digunakan untuk kanker kolorektal metastatik. | | | | |
| | 1. | serb inj 50 mg | | | √ | 12x pemberian. |
| | 2. | serb inj 100 mg | | | √ | 12x pemberian. |
| 34 | oktreotid LAR | | | | | |
| | Untuk akromegali dan tumor karsinoid. | | | | | |
| | 1. | serb inj 20 mg | | | √ | - Untuk pasien akromegali yang baru pertama mendapat 150 mg/hari selama 2 minggu, 20-30 mg/bulan setiap 4 minggu. - Untuk tumor karsinoid 20-30 mg/bulan, maks 6 bulan. |
| | 2. | serb inj 30 mg | | | √ | |
| 35 | paklitaksel | | | | | |
| | 1. | inj 6 mg/mL | | | √ | Untuk kanker ovarium 175 mg/m ² /kali, setiap 3 |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|---|---------------------|------|------|---|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | | | | | | minggu dilanjutkan sisplatin 75 mg/m ² . |
| 36 | pemetreksed | | | | | |
| | a) | Untuk lini pertama pada adenokarsinoma paru dengan EGFR <i>wild type</i> . | | | | |
| | b) | Untuk lini kedua pada adenokarsinoma paru dengan EGFR mutasi positif. | | | | |
| | c) | Hanya diberikan bila RS mempunyai tim onkologi. | | | | |
| | d) | Jika terjadi progresi pada salah satu (gefitinib, erlotinib, pemetreksed dan afatinib), maka tidak dapat diganti dengan obat-obat tersebut. | | | | |
| | 1. | serb inj 500 mg | | | √ | 500 mg/m ² , maks 6 siklus. |
| 37 | rituksimab | | | | | |
| | a) | Untuk semua jenis Limfoma malignum Non Hodgkin (LNH) dengan hasil pemeriksaan CD20 positif. | | | | |
| | b) | Untuk terapi <i>Chronic lymphocytic leukemia</i> (CLL) dengan hasil pemeriksaan CD20 positif. | | | | |
| | 1. | inj 10 mg/mL | | | √ | 375 mg/m ² setiap 3 minggu. |
| 38 | setuksimab | | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|---|---------------------|------|------|---|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | a) | Kanker kolorektal metastatik dengan hasil pemeriksaan KRAS <i>wild type</i> positif (normal). | | | | |
| | b) | Sebagai terapi lini kedua kanker kepala dan leher jenis <i>squamous</i> yang bukan nasofaring dan dikombinasi dengan kemoterapi atau radiasi. | | | | |
| | 1. | inj 5 mg/mL | | | √ | - Pemberian tiap minggu: Dosis pertama 400 mg/m ² , dosis selanjutnya 250 mg/m ² tiap minggu. - Maks 12 siklus. |
| 39 | siklofosfamid | | | | | |
| | 1. | serb inj 200 mg (i.v.) | | | √ | 750 mg/m ² LPT setiap 3 minggu. |
| | 2. | serb inj 500 mg (i.v.) | | | √ | |
| | 3. | serb inj 1.000 mg (i.v.) | | | √ | |
| 40 | sisplatin | | | | | |
| | 1. | inj 10 mg/10 mL | | | √ | 100 mg/m ² /hari diulang tiap 3 minggu. |
| | 2. | inj 50 mg/ 50 mL | | | √ | |
| 41 | sitarabin | | | | | |
| | a) | Untuk leukemia akut. | | | | |
| | b) | Untuk limfoma malignum. | | | | |
| | 1. | inj 50 mg/mL | | | √ | 3.000 mg/m ² /hari selama 3 hari berturut-turut. |
| | 2. | inj 100 mg/mL (i.m./i.v./s.k.) | | | √ | |
| 42 | temozolamid | | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|--|--|---------------------|------|------|---|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | Hanya untuk glioblastoma. | | | | | |
| | 1. | kaps 20 mg | | | √ | 150-200 mg/m ² /hari selama 5 hari berturut-turut diulang setiap 4 minggu atau 75 mg/m ² /hari selama 42 hari bersamaan dengan radioterapi. |
| | 2. | kaps 100 mg | | | √ | |
| 43 | trastuzumab | | | | | |
| | Untuk kanker payudara metastatik dengan hasil pemeriksaan HER2 positif 3 (+++) atau ISH positif. | | | | | |
| | 1. | serb inj 440 mg | | | √ | 8x pemberian. |
| 44 | vinblastin | | | | | |
| | 1. | inj 1 mg/mL | | | √ | 6 mg/m ² setiap 2 minggu. |
| 45 | vinkristin | | | | | |
| | 1. | serb inj 1 mg/mL (i.v.) | | | √ | 1,2 mg/m ² setiap 5 hari. Kecuali untuk ALL maks 3 tahun. |
| 46 | vinorelbin | | | | | |
| | a) | Untuk <i>Non Small Cell Lung Cancer</i> (NSCLC). | | | | |
| | b) | Untuk kanker payudara stadium lanjut. | | | | |
| | 1. | inj 10 mg/mL | | | √ | 25 mg/m ² hari 1 dan 8 diulang setiap 3 minggu. |

8.4 LAIN - LAIN

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|---------------------------------------|---------------------|------|------|---|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 1 | asam ibandronat | | | | | |
| | a) | Hiperkalsemia akibat keganasan. | | | | |
| | b) | Metastatik tulang. | | | | |
| | 1. | inj 1 mg/mL | | | √ | 1 vial/bulan. |
| 2 | asam zoledronat | | | | | |
| | a) | Hiperkalsemia akibat keganasan. | | | | |
| | b) | Metastatik tulang. | | | | |
| | 1. | inf 4 mg/100 mL | | | √ | 1 vial/bulan |
| 3 | dinatrium klodronat | | | | | |
| | a) | Untuk hiperkalsemia akibat keganasan. | | | | |
| | b) | Metastatik tulang. | | | | |
| | 1. | inj 60 mg/mL | | | √ | Dosis kumulatif maks 1.500 mg/hari selama 5 hari. |
| 4 | kalsium folinat (leukovorin, Ca) | | | | | |
| | Untuk pencegahan efek toksik metotreksat dan memperkuat efek 5-fluorourasil. | | | | | |
| | 1. | tab 15 mg | | | √ | Sesuai dengan dosis metotreksat atau 400 mg/m ² setiap 2 minggu bersama dengan 5-FU. |
| | 2. | inj 3 mg/mL | | | √ | |
| | 3. | inj 5 mg/mL | | | √ | |
| 4. | inj 10 mg/mL | | | √ | | |
| 5 | mesna | | | | | |
| | Hanya diberikan untuk terapi yang menggunakan ifosfamid dan siklofosfamid dosis tinggi. | | | | | |
| | 1. | inj 100 mg/mL | | | √ | Sesuai dengan dosis |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|------------------|---|---|---------------------|------|------|--|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | | | | | | ifosfamid atau siklofosfamid dosis tinggi. |
| 9. ANTIPARKINSON | | | | | | |
| 1 | kombinasi: | | | | | |
| | a. | benserazid 25 mg | | | | |
| | b. | levodopa 100 mg | | | | |
| | 1. | tab | √ | √ | √ | 120 tab/bulan. |
| | 2. | tab <i>dispersible</i> | √ | √ | √ | 120 tab/bulan. |
| 2 | kombinasi: | | | | | |
| | a. | levodopa 100 mg | | | | |
| | b. | karbidopa 25 mg | | | | |
| | c. | entekapon 200 mg | | | | |
| | 1. | tab | | | √ | 90 tab/bulan. |
| 3 | pramipeksol | | | | | |
| | 1. | tab 0,125 mg | | √ | √ | 60 tab/bulan. |
| | | Dosis 0,125 mg dapat juga digunakan untuk <i>Restless Leg Syndrome</i> (RLS). | | | | |
| | 2. | tab lepas lambat 0,375 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 3. | tab lepas lambat 0,750 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 4 | ropinirol | | | | | |
| | 1. | tab lepas lambat 2 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | | Dosis 2 mg dapat juga digunakan untuk <i>Restless Leg Syndrome</i> (RLS). | | | | |
| | 2. | tab lepas lambat 4 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 3. | tab lepas lambat 8 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 5 | triheksifenidil* | | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------------------------------|---|------------------------|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | Dapat digunakan pada gangguan ekstrapiramidal karena obat. | | | | | |
| | 1. | tab 2 mg | √ | √ | √ | 60 tab/bulan. |
| 10. OBAT yang MEMENGARUHI DARAH | | | | | | |
| 10.1 ANTIANEMI | | | | | | |
| 1 | asam folat | | | | | |
| | 1. | tab 0,4 mg | √ | √ | √ | |
| | 2. | tab 1 mg | √ | √ | √ | |
| | 3. | tab 5 mg | √ | √ | √ | |
| 2 | ferro sulfat | | | | | |
| | 1. | tab sal selaput 300 mg | √ | √ | √ | |
| | 2. | sir 150 mg/5 mL | √ | √ | √ | |
| 3 | kombinasi: | | | | | |
| | a. | ferro sulfat | 200 mg | | | |
| | b. | asam folat | 0,25 mg | | | |
| | 1. | tab sal | | √ | √ | √ |
| 4 | <i>low molecule ferri sucrose</i> | | | | | |
| | Hanya untuk kasus HD dengan defisiensi zat besi dan kadar Hb < 10 g/dL. | | | | | |
| | 1. | inj 20 mg/mL | | √ | √ | |
| 5 | <i>low molecular weight iron dextran</i> | | | | | |
| | Hanya untuk kasus HD dengan defisiensi zat besi dan kadar Hb < 10 g/dL. | | | | | |
| | 1. | inj 50 mg/mL | | √ | √ | |
| 6 | sianokobalamin (vitamin B12) | | | | | |
| | 1. | tab 50 mcg | √ | √ | √ | |
| | 2. | inj 500 mcg/mL | √ | √ | √ | |
| 10.2 OBAT yang MEMENGARUHI KOAGULASI | | | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|---------------------|------|------|-------------------------|
| | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 1 | asam traneksamat | | | | |
| | Untuk perdarahan masif atau berpotensi perdarahan > 600 cc. | | | | |
| | 1. tab sal selaput 500 mg | | √ | √ | |
| | 2. inj 50 mg/mL | | √ | √ | |
| | 3. inj 100 mg/mL | | √ | √ | |
| 2 | dabigatran eteksilat | | | | |
| | Untuk pencegahan VTE (<i>Venous Thrombo Embolism</i>) pada <i>hip</i> dan <i>knee replacement</i> . | | | | |
| | 1. kaps 75 mg | | √ | √ | 30 kaps, pasca operasi. |
| | 2. kaps 110 mg | | √ | √ | 30 kaps, pasca operasi. |
| 3 | enoksaparin sodium | | | | |
| | a) "Bahan dasar terbuat dari babi." | | | | |
| | b) Dapat digunakan untuk tromboemboli dan sindrom koroner akut serta pencegahan <i>clotting</i> pada hemodialisis, pada <i>bedridden post</i> operasi, <i>medium</i> dan <i>high risk</i> . | | | | |
| | 1. inj 20 mg/0,2 mL | | √ | √ | 2 vial/hari. |
| | 2. inj 40 mg/0,4 mL | | √ | √ | 2 vial/hari. |
| | 3. inj 60 mg/0,6 mL | | √ | √ | 2 vial/hari. |
| 4 | faktor koagulasi II, faktor koagulasi VII, faktor koagulasi IX, faktor koagulasi X | | | | |
| | Hanya digunakan untuk perdarahan karena efek yang tidak diharapkan dari pemberian | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL | |
|--------------|---|---|-----------------------------------|------|------|---|--|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | | |
| | antagonis vitamin K. | | | | | | |
| | 1. | serb inj 250 IU/10 mL | | | √ | | |
| | 2. | serb inj 500 IU/10 mL | | | √ | | |
| 5 | fitomenadion (vitamin K1) | | | | | | |
| | 1. | tab sal gula 10 mg | √ | √ | √ | | |
| | 2. | inj 2 mg/mL (i.m.) | √ | √ | √ | | |
| | | a) | Dosis untuk bayi baru lahir 1 mg. | | | | |
| | | b) | Dosis untuk bayi prematur 0,5 mg. | | | | |
| 3. | inj 10 mg/mL (i.m.) | √ | √ | √ | | | |
| 6 | fondaparinuks | | | | | | |
| | Untuk tromboemboli dan sindrom koroner akut. | | | | | | |
| | 1. | inj 2,5 mg/0,5 mL | | √ | √ | 1 vial/hari. | |
| 7 | heparin, Na | | | | | | |
| | a) | <i>non porcine.</i> | | | | | |
| | b) | Dosis sesuai dengan target APTT (maks 20.000-40.000 IU/hari). | | | | | |
| | 1. | inj 5.000 IU/mL (i.v./s.k.) | | √ | √ | Dosis sesuai dengan target APTT (maks 20.000-40.000 IU/hari). | |
| 8 | nadroparin | | | | | | |
| | a) | "Bahan dasar terbuat dari babi." | | | | | |
| | b) | Untuk tromboemboli dan sindrom koroner akut. | | | | | |
| | 1. | inj 9.500 AXa/mL syringe 0,3 mL | | √ | √ | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------------------------|---|---|---------------------|------|------|---|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | 2. | inj 9.500 AXa/mL, syringe 0,4 mL | | √ | √ | |
| | 3. | inj 9.500 AXa/mL, syringe 0,6 mL | | √ | √ | |
| 9 | protamin sulfat | | | | | |
| | 1. | inj 10 mg/mL | | √ | √ | |
| 10 | rivaroksaban | | | | | |
| | 1. | tab sal 10 mg Untuk pencegahan VTE (<i>Venous Thrombo Embolism</i>) pada pasien dewasa yang menjalani <i>hip or knee replacement surgery</i> . | | √ | √ | a) Untuk <i>knee replacement</i> 12 tab/kasus. b) Untuk <i>hip replacement</i> 35 tab/kasus. |
| | 2. | tab sal 15 mg Untuk terapi DVT (<i>Deep Vein Thrombosis</i>). | | √ | √ | 42 tab/kasus. |
| | 3. | tab sal 20 mg Untuk terapi DVT (<i>Deep Vein Thrombosis</i>). | | √ | √ | 30 tab/bulan, maks 3 bulan. |
| 11 | warfarin | | | | | |
| | a) | Untuk pencegahan dan terapi <i>thromboembolism</i> . | | | | |
| | b) | Dosis harian disesuaikan dengan target INR (2-3). | | | | |
| | 1. | tab 1 mg | | √ | √ | Dosis harian disesuaikan dengan target INR (2-3). |
| | 2. | tab 2 mg | | √ | √ | |
| 10.3 OBAT untuk KELEBIHAN BESI | | | | | | |
| 1 | deferasiroks | | | | | |
| | a) | Untuk terapi kelasi besi. | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|---|---------------------|------|------|---|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | b) | Tidak diberikan untuk anak usia < 2 tahun. | | | | |
| | c) | Terapi awal harus ditentukan oleh hematolog anak atau hematolog dewasa. | | | | |
| | 1. | tab <i>dispersible</i> 250 mg | | | √ | |
| | 2. | tab <i>dispersible</i> 500 mg | | | √ | |
| 2 | deferipron | | | | | |
| | 1. | tab sal selaput 500 mg | | | √ | 50-75 mg/kgBB/hari. |
| | a) | Untuk terapi kelasi besi. | | | | |
| | b) | Terapi awal harus ditentukan oleh hematolog anak atau hematolog dewasa. | | | | |
| | 2. | sir 100 mg/mL | | | √ | 50-75 mg/kgBB/hari, maks 1 btl/bulan. |
| | | Terapi awal harus ditentukan oleh hematolog anak atau hematolog dewasa. | | | | |
| 3 | deferoksamin mesilat | | | | | |
| | 1. | serb inj 500 mg | | √ | √ | - Dosis anak usia < 3 thn: 20-30 mg/kgBB/hari, maks 5-7 hari. - Dosis usia > 3 thn: 40-60 mg/kgBB/hari, maks 5-7 hari. |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL | |
|-------------------|---|--|------|------|--------------------|---|
| | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | | |
| 10.4 HEMATOPOETIK | | | | | | |
| 1 | eritropoetin-alfa | | | | | |
| | Hanya untuk penderita CKD dengan kriteria berikut: | | | | | |
| | a) | Kadar Hb < 10 g/dL (terapi awal) dan 10-12 g/dL (terapi rumatan). | | | | |
| | b) | Kadar besi normal (SI > 60 mcg/dL) dan/atau indeks saturasi besi (SI/TIBC x 100%) > 20%. | | | | |
| | 1. | inj 2.000 IU/0,5 mL | | √ | √ | 50-100 IU/kgBB diberikan maks 2x seminggu. |
| | 2. | inj 3.000 IU/mL | | √ | √ | |
| | 3. | inj 4.000 IU/0.5 mL | | √ | √ | |
| | 4. | inj 10.000 IU/mL | | √ | √ | |
| | Hanya untuk pasien yang mendapat kemoterapi. | | | | | |
| 2 | eritropoetin-beta | | | | | |
| | Hanya untuk penderita CKD dengan kriteria berikut: | | | | | |
| | a) | Kadar Hb < 10 g/dL (terapi awal) dan 10-12 g/dL (terapi rumatan). | | | | |
| | b) | Kadar besi normal (SI > 60 mcg/dL) dan/atau indeks saturasi besi (SI/TIBC x 100%) > 20%. | | | | |
| | 1. | inj 2.000 IU/0,3 mL | | √ | √ | 50-100 IU/kg BB diberikan maks 2x seminggu. |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|---------------------------------------|---|--|---------------------|------|------|----------------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 3 | filgrastim | | | | | |
| | a) | Hanya untuk leukopenia berat pra dan pasca kemoterapi (leukosit kurang dari 4.000/mm ³ dan neutrofil kurang dari 1.500/mm ³). | | | | |
| | b) | Pemakaian protokol FLAG dan RICE. | | | | |
| | 1. | inj 300 mcg/mL | | | √ | 1 vial/hari selama 5 hari. |
| 4 | lenograstim | | | | | |
| | a) | Hanya untuk leukopenia berat pra dan pasca kemoterapi (leukosit kurang dari 4.000/mm ³ dan neutrofil kurang dari 1.500/mm ³). | | | | |
| | b) | Pemakaian protokol FLAG dan RICE. | | | | |
| | 1. | serb inj 263 mcg | | | √ | 1 vial/hari selama 5 hari. |
| 11. PRODUK DARAH dan PENGGANTI PLASMA | | | | | | |
| 11.1 PRODUK DARAH | | | | | | |
| 1 | faktor VIIa (rekombinan) | | | | | |
| | Hanya diberikan untuk: | | | | | |
| | a) | Penderita hemofilia dengan inhibitor terhadap faktor VIII atau faktor IX. | | | | |
| | b) | Penderita dengan hemofilia kongenital yang memiliki respons anamnestic tinggi terhadap pemberian faktor VIII atau faktor IX. | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|--|---|------|------|--|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | c) | Mencegah episode pendarahan pada penderita dengan defisiensi faktor VII kongenital, penderita hemofilia didapat (<i>acquired</i>) dan penderita <i>glanzmann thrombastenia</i> . | | | | |
| | d) | Hanya boleh diberikan oleh hematolog dewasa atau hematolog anak. | | | | |
| | 1. | serb inj 1 mg/vial + pelarut untuk injeksi | | | √ | |
| 2 | faktor VIII | | | | | |
| | FVIII (unit) = BB (kg) x % (target kadar plasma - kadar FVIII pasien). | | | | | |
| | 1. | serb inj 250 IU + pelarut 10 mL | | | √ | FVIII (unit) = BB (kg) x % (target kadar plasma - kadar FVIII pasien). |
| | | a) | Untuk terapi kasus hemofilia A dengan perdarahan. | | | |
| | | b) | Dibawah pengawasan ahli hematologi dan / atau ahli penyakit dalam dan anak. | | | |
| | 2. | serb inj 500 IU+ pelarut 5 mL | | | √ | |
| | | a) | Untuk terapi kasus hemofilia A dengan perdarahan. | | | |
| | | b) | Dibawah pengawasan ahli hematologi dan / atau ahli penyakit dalam dan anak. | | | |
| | 3. | serb inj 230 - 340 IU | | | √ | |
| | 4. | serb inj 480 - 600 IU | | | √ | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|---|---|--|---------------------|------|------|---|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | 5. | serb inj 1.000 IU | | | √ | |
| 3 | faktor IX kompleks | | | | | |
| | Hanya digunakan untuk penderita dengan defisiensi faktor IX. | | | | | |
| | 1. | serb inj 500 IU+ pelarut 5 mL | | | √ | |
| | 2. | serb inj 1.000 IU + pelarut 10 mL | | | √ | |
| | 3. | inj 50 IU/mL | | | √ | |
| 11.2 PENGGANTI PLASMA dan PLASMA EKSPANDER | | | | | | |
| 1 | albumin serum normal (human albumin) | | | | | |
| | 1. | inj 5% | | √ | √ | Diberikan selama 24 jam. Perhitungkan kebutuhan albumin berdasarkan BB. |
| | a) | Untuk luka bakar tingkat 2 (luas permukaan terbakar lebih dari 30%) dan kadar albumin < 2,5 g/dL. | | | | |
| | b) | Untuk plasmaferesis. | | | | |
| | 2. | inj 20% | | | | 100 mL/hari, 300 mL/minggu. |
| | a) | Kadar albumin < 2,5 g/dl, dan/atau untuk kasus perioperatif, dan/atau untuk sindrom nefrotik. | | | | |
| | b) | Hanya untuk diberikan apabila terdapat kondisi pre syok atau syok, dan/atau untuk kasus asites yang masif/intens dengan penekanan organ pernafasan atau perut. | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|------------------------------|---|--|---------------------|------|------|-----------------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | 3. | inj 25% | | √ | √ | 100 mL/hari, 300 mL/minggu. |
| | a) | Untuk bayi dan anak dengan kadar albumin < 2,5 g/dL, dan/atau untuk kasus perioperatif, dan/atau untuk sindrom nefrotik. | | | | |
| | b) | Hanya diberikan apabila terdapat kondisi pre syok atau syok, dan/atau untuk kasus asites yang masif/intens dengan penekanan organ pernafasan atau perut. | | | | |
| 2 | fraksi protein plasma | | | | | |
| | 1. | inf 5% | | | √ | |
| 3 | pengganti plasma golongan gelatin | | | | | |
| | Untuk penatalaksanaan syok hipovolemik. | | | | | |
| | 1. | inf | | √ | √ | 6 btl/hari, maks 2 hari. |
| 12. DIAGNOSTIK | | | | | | |
| 12.1 BAHAN KONTRAS RADIOLOGI | | | | | | |
| 12.1.1 Gastrointestinal | | | | | | |
| 1 | barium sulfat | | | | | |
| | 1. | serb 92 g/100 g | | √ | √ | |
| | 2. | susp 2,2% | | √ | √ | |
| | 3. | susp 55% | | √ | √ | |
| | 4. | susp 65% | | √ | √ | |
| 2 | iopamidol | | | | | |
| | 1. | 300-370 mg Iodium/mL | | √ | √ | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--|---|----------------------------------|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 3 | iopromid | | | | | |
| | 1. | 300-370 mg Iodium/mL | | √ | √ | |
| 12.1.2 Intravaskular | | | | | | |
| 1 | iodiksanol | | | | | |
| | 1. | 320 mg Iodium/50 mL | | √ | √ | |
| 2 | ioheksol | | | | | |
| | 1. | inj 140-350 mg Iodium/mL | | √ | √ | |
| | 2. | 240-350 mg Iodium/mL | | √ | √ | |
| 3 | iopamidol | | | | | |
| | 1. | inj 200-370 mg Iodium/mL | | √ | √ | |
| 4 | iopromid | | | | | |
| | 1. | 240-370 mg Iodium/mL | | √ | √ | |
| 12.2 MAGNETIC RESONANCE CONTRAST MEDIA | | | | | | |
| 1 | gadobutrol | | | | | |
| | 1. | inj 1 mmol/mL | | | √ | |
| 2 | gadoksetat disodium | | | | | |
| | 1. | 0,25 mmol gadoksetat disodium/mL | | | √ | |
| 12.2.1 Intratekal | | | | | | |
| 1 | ioheksol | | | | | |
| | 1. | 180-300 mg Iodium/mL | | | √ | |
| 2 | iopamidol | | | | | |
| | 1. | 200-300 mg Iodium/mL | | | √ | |
| 12.2.2 Body cavity | | | | | | |
| 1 | kombinasi : | | | | | |
| | a. | meglumin amidotrizoat | | | | |
| | b. | sodium amidotrizoat | | | | |
| | 1. | cairan inj 76 % | | | √ | |
| 12.2.3 Ultrasound | | | | | | |
| 1 | <i>galactose microparticle</i> | | | | | |
| | Dapat diberikan di Faskes Tk. 1 | | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--|---|--|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | yang memiliki fasilitas USG. | | | | | |
| | 1. | 200-400 mg micropart/mL | √ | √ | √ | |
| 12.3 RADIOFARMAKA KEDOKTERAN NUKLIR | | | | | | |
| 12.3.1 Radiofarmaka Kedokteran Nuklir Diagnostik | | | | | | |
| 1 | iodium 131 | | | | | |
| | 1. | lar oral | | | √ | |
| 2 | FDG (<i>fluoro deoxy glucose</i>) | | | | | |
| | 1. | sesuai kebutuhan | | | √ | |
| 3 | technetium 99m | | | | | |
| | 1. | 740 MBq - 3,7 GBq (20 to 100 millicuries)/mL | | | √ | |
| 4 | <i>thallous chloride</i> Tl-201 | | | | | |
| | 1. | 37 MBq Tl 201/mL | | | √ | |
| 12.3.2 Farmaka Kedokteran Nuklir | | | | | | |
| 1 | MDP (<i>methylene diphosphonate</i>) | | | | | |
| | 1. | 1 mg <i>methylene diphosphonic acid</i> /mL | | | √ | |
| 2 | DTPA (<i>diethylenetriamine pentaacetic acid</i>) | | | | | |
| | 1. | 2,06-2,5 mg <i>pentetate calcium trisodium</i> /mL | | | √ | |
| 3 | <i>iodohippurate</i> sodium I 131 | | | | | |
| | 1. | 37-74 MBq/ <i>multiple-dose vial</i> | | | √ | |
| 4 | DMSA (<i>dimercaptosuccinic acid</i>) | | | | | |
| | 1. | 1,1 mg meso-2, 3- <i>dimercaptosuccinic acid</i> /vial | | | √ | |
| 5 | MAG3 (<i>mercaptoacetyltriglysine</i>) | | | | | |
| | 1. | 1 mg betiatide/vial | | | √ | |
| 6 | MAA (<i>macro agregate albumin</i>) | | | | | |
| | 1. | 0,11-2,5 mg albumin <i>aggregated</i> /reaction vial | | | √ | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--|---|---|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 7 | MIBG (<i>meta-iodobenzylguanidine</i>) | | | | | |
| | 1. | sesuai kebutuhan | | | √ | |
| 8 | oktreotid asetat | | | | | |
| | 1. | 0,05 - 6 mg/mL | | | √ | |
| 9 | MIBI (<i>methoxyisobutyl isonitrile</i>) | | | | | |
| | 1. | 5-mL <i>reaction vial</i> | | | √ | |
| 10 | <i>sulfur colloid</i> | | | | | |
| | 1. | 4,5 mg gelatin/ <i>reaction vial</i> | | | √ | |
| 11 | <i>stannous pyrophosphate</i> | | | | | |
| | 1. | 27,6 mg sodium <i>pyrophosphate/vial</i> | | | √ | |
| 12.3.3 Radiofarmaka Kedokteran Nuklir untuk Terapi | | | | | | |
| 1 | iodium 131 | | | | | |
| | 1. | lar oral | | | √ | |
| 2 | 153-Sm-EDTMP (<i>ethylenediamine tetramethylene phosphonic acid</i>) | | | | | |
| | 1. | 44 mg Ca/Na EDTMP, 5-46 µg samarium, dan 1850 ± 185 MBq samarium 153 per mL | | | √ | |
| 12.4 TES FUNGSI | | | | | | |
| 12.4.1 Ginjal | | | | | | |
| 1 | natrium aminohipurat | | | | | |
| | 1. | inj 200 mg/mL (i.v.) | | | √ | |
| 12.4.2 Mata | | | | | | |
| 1 | fluoresein | | | | | |
| | 1. | tts mata 2,5 mg/mL | √ | √ | √ | |
| | 2. | inj 100 mg/mL | | √ | √ | |
| 12.4.3 Tes Kulit | | | | | | |
| 1 | tuberkulin <i>protein purified derivative</i> | | | | | |
| | 1. | serb inj 2 TU/0,1 mL | √ | √ | √ | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|---|---|--|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 12.5 LAIN - LAIN | | | | | | |
| 1 | K.Y jelly | | | | | |
| | 1. | gel | | √ | √ | |
| 13. ANTISEPTIK dan DISINFEKTAN | | | | | | |
| 13.1 ANTISEPTIK | | | | | | |
| 1 | hidrogen peroksida | | | | | |
| | 1. | cairan 3% | √ | √ | √ | |
| 2 | klorheksidin | | | | | |
| | 1. | lar 15% Untuk diencerkan bila akan digunakan. | √ | √ | √ | |
| 3 | povidon iodin | | | | | |
| | 1. | lar 100 mg/mL | √ | √ | √ | |
| 13.2 DISINFEKTAN | | | | | | |
| 1 | etanol 70% | | | | | |
| | 1. | cairan 70% | √ | √ | √ | |
| 2 | kalsium hipoklorit | | | | | |
| | 1. | serb | √ | √ | √ | |
| 13.3 LAIN - LAIN | | | | | | |
| 1 | paraformaldehid | | | | | |
| | 1. | lar <i>buffer</i> 10% | | | √ | |
| | 2. | tab 1 g | √ | √ | √ | |
| 14. OBAT dan BAHAN untuk GIGI | | | | | | |
| 14.1 ANTISEPTIK dan BAHAN untuk PERAWATAN SALURAN AKAR GIGI | | | | | | |
| 1 | eugenol | | | | | |
| | 1. | cairan | √ | √ | √ | |
| 2 | formokresol | | | | | |
| | 1. | cairan | √ | √ | √ | |
| 3 | <i>gutta percha</i> dan <i>paper points</i> | | | | | |
| | 1. | 15 - 40 mm | √ | √ | √ | |
| | 2. | 45 - 80 mm | √ | √ | √ | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|-----------------------------------|---|---------------------------|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 4 | kalsium hidroksida | | | | | |
| | 1. | bubuk, pasta | √ | √ | √ | |
| 5 | klorfenol kamfer mentol (CHKM) | | | | | |
| | 1. | cairan | √ | √ | √ | |
| 6 | klorheksidin | | | | | |
| | 1. | lar 0,2% | √ | √ | √ | |
| 7 | kombinasi : | | | | | |
| | a. | deksametason asetat | 0,1 % | | | |
| | b. | thymol | 5% | | | |
| | c. | paraklorphenol | 30% | | | |
| | d. | campor | 64% | | | |
| | 1. | cairan | | √ | √ | √ |
| 8 | kombinasi : | | | | | |
| | a. | lidokain | | | | |
| | b. | medisinal creosote phenol | | | | |
| | c. | eugenol | | | | |
| | d. | benzil alkohol | | | | |
| | 1. | cairan | | √ | √ | √ |
| 9 | natrium hipoklorit | | | | | |
| | 1. | cairan konsentrat 5% | √ | √ | √ | |
| | | Untuk diencerkan. | | | | |
| 10 | pasta pengisi saluran akar | | | | | |
| | 1. | pasta | √ | √ | √ | |
| 14.2 ANTIFUNGI OROFARINGEAL | | | | | | |
| 1 | nistatin | | | | | |
| | 1. | susp 100.000 IU/mL | √ | √ | √ | |
| 14.3 OBAT untuk PENCEGAHAN KARIES | | | | | | |
| 1 | fluor | | | | | |
| | 1. | kapl 1 mg | √ | √ | √ | |
| | 2. | sediaan topikal | √ | √ | √ | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|-----------------------|---|-----------------------------|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 14.4 BAHAN TUMPAT | | | | | | |
| 1 | bahan tumpatan sementara | | | | | |
| | 1. | lar, serb | √ | √ | √ | |
| 2 | glass ionomer ART (<i>Atraumatic Restorative Treatment</i>) | | | | | |
| | 1. | serb | √ | √ | √ | |
| | 2. | lar | √ | √ | √ | |
| | 3. | <i>cocoa butter</i> 5 g | √ | √ | √ | |
| 3 | komposit resin | | | | | |
| | 1. | set | √ | √ | √ | |
| 14.5 PREPARAT LAINNYA | | | | | | |
| 1 | anestetik lokal gigi kombinasi: | | | | | |
| | lidokain 2% + epinefrin 1 : 80.000 | | | | | |
| | 1. | inj 2 mL | √ | √ | √ | |
| 2 | aquadest | | | | | |
| | 1. | cairan 500 mL | √ | √ | √ | |
| 3 | <i>articulating paper</i> | | | | | |
| | 1. | kertas warna penanda oklusi | √ | √ | √ | |
| 4 | etil klorida | | | | | |
| | 1. | spray 100 mL | √ | √ | √ | |
| 5 | ferrakrilum | | | | | |
| | 1. | cairan 1% | √ | √ | √ | |
| 6 | kombinasi: | | | | | |
| | a. | triamsinolon asetonid | | | | |
| | b. | dementilklortetrasiklin | | | | |
| | 1. | pasta | √ | √ | √ | |
| 7 | lidokain | | | | | |
| | 1. | inj 2% | √ | √ | √ | |
| | 2. | salep 5% | √ | √ | √ | |
| | 3. | spray oral 10% | √ | √ | √ | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--|---|--------------------------|---------------------|------|------|--|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 8 | pasta devitalisasi (non arsen) | | | | | |
| | 1. | pasta | √ | √ | √ | |
| 9 | <i>surgical ginggival pack</i> | | | | | |
| | 1. | pasta | √ | √ | √ | |
| 15. DIURETIK dan OBAT untuk HIPERTROFI PROSTAT | | | | | | |
| 15.1 DIURETIK | | | | | | |
| 1 | furosemid | | | | | |
| | 1. | tab 40 mg | √ | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 2. | inj 10 mg/mL (i.v./i.m.) | √ | √ | √ | |
| 2 | hidroklorotiazid | | | | | |
| | 1. | tab 12,5 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 2. | tab 25 mg | √ | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 3 | manitol | | | | | |
| | 1. | inf 20% | | √ | √ | 2 btl/hari. |
| 4 | spironolakton | | | | | |
| | 1. | tab 25 mg* | √ | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 2. | tab 100 mg | √ | √ | √ | Untuk penyakit sirosis hepatic 30 tab/bulan. |
| 15.2 OBAT untuk HIPERTROFI PROSTAT | | | | | | |
| 1 | doksazosin | | | | | |
| | 1. | tab 1 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 2. | tab 2 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 2 | dutasterid | | | | | |
| | 1. | kaps lunak 0,5 mg | | √ | √ | 30 kaps /bulan. |
| 3 | finasterid | | | | | |
| | 1. | tab 5 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 4 | silodosin | | | | | |
| | Hanya diberikan pada pasien yang sebelumnya telah mendapat terazosin. | | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--|---|--------------------------|---------------------|------|------|---|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | 1. | tab 4 mg | | √ | √ | 60 tab/bulan. |
| 5 | tamsulosin | | | | | |
| | 1. | tab 0,2 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 2. | tab lepas lambat 0,4 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 6 | terazosin | | | | | |
| | 1. | tab 1 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 2. | tab 2 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 16. HORMON, OBAT ENDOKRIN LAIN dan KONTRASEPSI | | | | | | |
| 16.1 HORMON ANTIDIURETIK | | | | | | |
| 1 | desmopresin | | | | | |
| | 1. | tab 0,1 mg | | √ | √ | |
| | 2. | tab 0,2 mg | | √ | √ | |
| | 3. | nasal spray 10 mcg/puff | | | √ | 3 btl spray/bulan. |
| 2 | vasopresin | | | | | |
| | 1. | inj 20 IU/mL (i.m./s.k.) | | √ | √ | |
| 16.2 ANTIDIABETES | | | | | | |
| 16.2.1 Antidiabetes Oral | | | | | | |
| 1 | akarbose* | | | | | |
| | 1. | tab 50 mg | | √ | √ | 90 tab/bulan. |
| | 2. | tab 100 mg | | √ | √ | 90 tab/bulan. |
| 2 | glibenklamid* | | | | | |
| | 1. | tab 2,5 mg | √ | √ | √ | Dosis maks 15 mg per hari. Maks 90 tab/bulan. |
| 2. | tab 5 mg | √ | √ | √ | | |
| 3 | gliklazid* | | | | | |
| | 1. | tab lepas lambat 30 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 2. | tab lepas lambat 60 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 3. | tab 80 mg | | √ | √ | 60 tab/bulan. |
| 4 | glikuidon* | | | | | |
| | 1. | tab 30 mg | | √ | √ | 90 tab/bulan. |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------------------------|--|--|---------------------|------|------|---|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 5 | glimepirid* | | | | | |
| | 1. | tab 1 mg | √ | √ | √ | 60 tab/bulan. |
| | 2. | tab 2 mg | √ | √ | √ | 60 tab/bulan. |
| | 3. | tab 3 mg | | √ | √ | 60 tab/bulan. |
| | 4. | tab 4 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 6 | glipizid* | | | | | |
| | 1. | tab 5 mg | √ | √ | √ | 90 tab/bulan. |
| | 2. | tab 10 mg | | √ | √ | 90 tab/bulan. |
| 7 | metformin* | | | | | |
| | 1. | tab 500 mg | √ | √ | √ | 90 tab/bulan. Dosis efektif: 1.500-2.500 mg/hari. |
| | 2. | tab 850 mg | √ | √ | √ | 60 tab/bulan. |
| 8 | pioglitazon | | | | | |
| | Tidak diberikan pada pasien dengan gagal jantung dan/atau riwayat keluarga <i>bladder cancer</i> . | | | | | |
| | 1. | tab 15 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 2. | tab 30 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 16.2.2 Antidiabetes Parenteral | | | | | | |
| 1 | human insulin*: | | | √ | √ | |
| | a) | Untuk diabetes melitus tipe 1 harus dimulai dengan <i>human insulin</i> . | | | | |
| | b) | Wanita hamil yang memerlukan insulin maka harus menggunakan <i>human insulin</i> . | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|---|---|--|---------------------|------|------|---|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | 1. | <i>short acting</i> | | | | Dalam kondisi tertentu, Dokter di Faskes Tk. 1 dapat melakukan penyesuaian dosis insulin hingga 20 IU/hari. |
| | | inj 100 IU/mL (kemasan vial, <i>cartridge disposable, penfill cartridge</i>) | | | | |
| | | Pada kondisi khusus (misal: perioperatif) maka diabetes melitus tipe 2 dapat langsung diberikan insulin. | | | | |
| | 2. | <i>intermediate acting</i> | | | | |
| | | inj 100 IU/mL (kemasan vial, <i>cartridge disposable, penfill cartridge</i>) | | | | |
| | | Untuk diabetes melitus tipe 1 atau tipe 2 yang tidak terkontrol dengan golongan sulfonilurea dan obat diabetes oral. | | | | |
| | 3. | <i>mix insulin</i> | | | | |
| | | inj 100 IU/mL (kemasan vial, <i>cartridge disposable, penfill cartridge</i>) | | | | |
| | | Untuk diabetes melitus tipe 1 atau tipe 2 yang tidak terkontrol dengan golongan sulfonilurea dan obat diabetes oral. | | | | |
| 2 | analog insulin*: | | | √ | √ | |
| | 1. | <i>rapid acting</i> | | | | Dalam kondisi tertentu, Dokter di Faskes Tk. 1 dapat melakukan |
| inj 100 IU/mL (kemasan vial, <i>cartridge disposable, penfill cartridge</i>) | | | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL | |
|--|---|--|---------------------|------|------|--|--|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | | |
| | | Pada kondisi khusus (misal: perioperatif) maka diabetes melitus tipe 2 dapat langsung diberikan insulin. | | | | penyesuaian dosis insulin hingga 20 IU/hari. | |
| | 2. | <i>mix insulin</i> | | | | | |
| | | inj 100 IU/mL (kemasan vial, <i>cartridge disposable, penfill cartridge</i>) | | | | | |
| | | Untuk diabetes melitus tipe 1 atau tipe 2 yang tidak terkontrol dengan golongan sulfonilurea dan obat diabetes oral. | | | | | |
| | 3. | <i>long acting</i> | | | | | |
| | | inj 100 IU/mL (kemasan vial, <i>cartridge disposable, penfill cartridge</i>) | | | | | |
| | | Untuk diabetes melitus tipe 1 atau tipe 2 yang tidak terkontrol dengan golongan sulfonilurea dan obat diabetes oral. | | | | | |
| 16.3 HORMON KELAMIN dan OBAT yang MEMENGARUHI FERTILITAS | | | | | | | |
| 16.3.1 Androgen | | | | | | | |
| 1 | testosteron | | | | | | |
| | 1. | inj 250 mg/mL | | √ | √ | | |
| | | Hanya untuk defisiensi hormon (dengan kadar testosteron 250-300). | | | | | |
| 16.3.2 Estrogen | | | | | | | |
| 1 | estrogen terkonjugasi | | | | | | |
| | 1. | tab sal gula 0,625 mg | | | √ | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|----------------------------|--|-----------------|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 2 | etinilestradiol | | | | | |
| | 1. | tab 0,05 mg | | | √ | |
| 16.3.3 Progestogen | | | | | | |
| 1 | linestrenol | | | | | |
| | 1. | tab 5 mg | | √ | √ | |
| 2 | medroksi progesteron asetat | | | | | |
| | Hanya untuk amenorea sekunder, perdarahan uterus abnormal dan endometriosis. | | | | | |
| | 1. | tab 5 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 2. | tab 10 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 3. | inj 150 mg/mL | | √ | √ | |
| 3 | nomegestrol asetat | | | | | |
| | 1. | kaps/tab 5 mg | | √ | √ | |
| 4 | noretisteron | | | | | |
| | Hanya untuk amenorea sekunder, perdarahan uterus abnormal dan endometriosis. | | | | | |
| | 1. | tab 5 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 16.3.4 Kontrasepsi | | | | | | |
| 16.3.4.1 Kontrasepsi, Oral | | | | | | |
| 1 | desogestrel | | | | | |
| | 1. | tab 75 mcg | | √ | √ | |
| 2 | kombinasi : | | | | | |
| | a. | desogestrel | 150 mcg | | | |
| | b. | etinilestradiol | 30 mcg | | | |
| | 1. | tab | | √ | √ | |
| 3 | <i>Catatan: Disediakan oleh program BKKBN.</i> | | | | | |
| | kombinasi: | | | | | |
| | a. | levonorgestrel | 150 mcg | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL | |
|----------------------------------|---|--|------------------------|------|------|--------------------|--|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | | |
| | b. | etinilestradiol | 30 mcg | | | | |
| | | 1. | tab sal gula | √ | √ | √ | |
| 4 | | linestrenol | | | | | |
| | 1. | tab 0,5 mg | | √ | √ | √ | |
| 16.3.4.2 Kontrasepsi, Parenteral | | | | | | | |
| 1 | | kombinasi : | | | | | |
| | a. | medroksi progesteron asetat | | | | | |
| | b. | estradiol sipionat | | | | | |
| | | 1. | inj depot 25 mg + 5 mg | | √ | √ | |
| 2 | | <i>Catatan: Disediakan oleh program BKKBN.</i> | | | | | |
| | | medroksi progesteron asetat | | | | | |
| | 1. | inj 150 mg/3 mL | | √ | √ | √ | |
| 16.3.4.3 Kontrasepsi, AKDR (IUD) | | | | | | | |
| 1 | | <i>Catatan: Disediakan oleh program BKKBN.</i> | | | | | |
| | | copper T | | | | | |
| | 1. | set | | √ | √ | √ | |
| 2 | | IUD Cu T 380 A | | | | | |
| | 1. | set | | √ | √ | √ | |
| 3 | | IUD levonorgestrel | | | | | |
| | 1. | set | | √ | √ | √ | |
| 16.3.4.4 Kontrasepsi, Implan | | | | | | | |
| 1 | | etonogestrel | | | | | |
| | 1. | implan 68 mg | | √ | √ | √ | |
| 2 | | <i>Catatan: Disediakan oleh program BKKBN.</i> | | | | | |
| | | levonorgestrel | | | | | |
| | 1. | implan 2 rods, 75 mg (3-4 tahun) | | √ | √ | √ | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|-----------------------------------|---|-----------------------|---------------------|------|------|--|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 16.3.5 Lain - Lain | | | | | | |
| 1 | klomifen sitrat | | | | | |
| | 1. | tab 50 mg | | | √ | |
| 2 | bromokriptin | | | | | |
| | Untuk hiperprolaktinemia dan hipogonadisme pada pria. | | | | | |
| | 1. | tab 2,5 mg | | | √ | |
| 16.4 HORMON TIROID dan ANTITIROID | | | | | | |
| 1 | karbimazol | | | | | |
| | 1. | tab 5 mg | | √ | √ | Untuk bulan pertama maks 180 tab/bulan. |
| 2 | levotiroksin | | | | | |
| | 1. | tab 50 mcg | | √ | √ | Untuk substitusi 150-200 mcg/hari. 90 tab/bulan. |
| | 2. | tab 100 mcg | | √ | √ | 60 tab/bulan. |
| 3 | lugol | | | | | |
| | 1. | lar | √ | √ | √ | |
| 4 | propiltiourasil | | | | | |
| | 1. | tab 100 mg | √ | √ | √ | Untuk bulan pertama maks 180 tab/bulan. |
| 5 | tiamazol | | | | | |
| | 1. | tab sal selaput 5 mg | | √ | √ | 120 tab/bulan. |
| | 2. | tab sal selaput 10 mg | | √ | √ | Untuk bulan pertama maks 90 tab/bulan. |
| 16.5 KORTIKOSTEROID | | | | | | |
| 1 | deksametason | | | | | |
| | 1. | tab 0,5 mg | √ | √ | √ | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|---|---|---|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | 2. | inj 5 mg/mL | √ | √ | √ | |
| 2 | hidrokortison | | | | | |
| | 1. | tab 20 mg | | √ | √ | |
| | 2. | serb inj 100 mg | √ | √ | √ | |
| 3 | metilprednisolon | | | | | |
| | 1. | tab 4 mg* | | √ | √ | |
| | 2. | tab 8 mg* | | √ | √ | |
| | 3. | tab 16 mg* | | √ | √ | |
| | 4. | serb inj 125 mg | | √ | √ | |
| | | Hanya digunakan untuk kasus spesialisik, digunakan dalam waktu relatif singkat. | | | | |
| | 5. | serb inj 500 mg | | √ | √ | |
| Hanya digunakan untuk kasus spesialisik, digunakan dalam waktu relatif singkat. | | | | | | |
| 4 | prednison* | | | | | |
| | 1. | tab 5 mg | √ | √ | √ | |
| 5 | triamsinolon asetonid | | | | | |
| | 1. | inj 10 mg/mL | | √ | √ | |
| 17. OBAT KARDIOVASKULAR | | | | | | |
| 17.1 ANTIANGINA | | | | | | |
| 1 | amlodipin* | | | | | |
| | Untuk angina dengan bradiaritmia. | | | | | |
| | 1. | tab 5 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 2 | atenolol* | | | | | |
| | 1. | tab 50 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 3 | diltiazem* | | | | | |
| | 1. | tab 30 mg | √ | √ | √ | 90 tab/bulan. |
| 4 | gliseril trinitrat | | | | | |
| | 1. | tab 0,5 mg* | √ | √ | √ | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|------------------|---|--|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | 2. | kaps lepas lambat 2,5 mg* | | √ | √ | 90 kaps/bulan. |
| | 3. | kaps lepas lambat 5 mg* | | √ | √ | 90 kaps/bulan. |
| | 4. | inj 5 mg/mL | | √ | √ | |
| | 5. | inj 10 mg/mL | | √ | √ | |
| 5 | isosorbid dinitrat | | | | | |
| | 1. | tab 5 mg* | √ | √ | √ | 90 tab/bulan. |
| | 2. | tab 10 mg* | | √ | √ | 90 tab/bulan. |
| | 3. | inj 1 mg/mL (i.v.) Untuk kasus rawat inap dan UGD. | | √ | √ | |
| 17.2 ANTIARITMIA | | | | | | |
| 1 | amiodaron | | | | | |
| | 1. | tab 200 mg* | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 2. | inj 50 mg/mL Untuk kasus rawat inap. | | √ | √ | |
| 2 | digoksin | | | | | |
| | 1. | tab 0,25 mg* | √ | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 3 | diltiazem | | | | | |
| | 1. | serb inj 50 mg | √ | √ | √ | |
| 4 | lidokain | | | | | |
| | 1. | inj 100 mg/mL (i.v.) | | √ | √ | |
| 5 | propranolol | | | | | |
| | 1. | tab 10 mg* | √ | √ | √ | 90 tab/bulan. |
| | a) | Untuk kasus-kasus dengan gangguan tiroid. | | | | |
| | b) | Untuk tremor esensial, tremor distonia, dan tremor holmes. | | | | |
| 2. | inj 1 mg/mL (i.v.) Hanya untuk krisis tiroid atau | | | √ | √ | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|---|---|--------------------------------------|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | | aritmia dengan palpitasi berlebihan. | | | | |
| 6 | verapamil | | | | | |
| | Untuk aritmia supraventrikular. | | | | | |
| | 1. | tab 80 mg* | | √ | √ | 90 tab/bulan. |
| | 2. | inj 2,5 mg/mL | | √ | √ | |
| 17.3 ANTIHIPERTENSI | | | | | | |
| 17.3.1 Antihipertensi Sistemik | | | | | | |
| <i>Catatan :</i> | | | | | | |
| <i>Pemberian obat antihipertensi harus didasarkan pada prinsip dosis titrasi, mulai dari dosis terkecil hingga tercapai dosis dengan outcome tekanan darah terbaik.</i> | | | | | | |
| 1 | amlodipin* | | | | | |
| | 1. | tab 5 mg | √ | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 2. | tab 10 mg | √ | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 2 | atenolol* | | | | | |
| | 1. | tab 50 mg | √ | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 2. | tab 100 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 3 | bisoprolol* | | | | | |
| | 1. | tab 2,5 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 2. | tab sal selaput 5 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 3. | tab sal selaput 10 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 4 | diltiazem | | | | | |
| | 1. | tab 30 mg | √ | √ | √ | 90 tab/bulan. |
| | 2. | kaps lepas lambat 100 mg* | | √ | √ | 30 kaps/bulan. |
| | 3. | kaps lepas lambat 200 mg* | | √ | √ | 30 kaps/bulan. |
| | 4. | inj 5 mg/mL | | √ | √ | |
| | Untuk hipertensi berat atau angina pektoris pada kasus rawat inap. | | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|--|--|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | 5. | serb inj 10 mg | | √ | √ | |
| | | Untuk hipertensi berat. | | | | |
| | 6. | serb inj 50 mg | | √ | √ | |
| | | Untuk hipertensi berat atau angina pektoris pada kasus rawat inap. | | | | |
| 5 | doksazosin* | | | | | |
| | 1. | tab 1 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 2. | tab 2 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 6 | hidroklorotiazid* | | | | | |
| | 1. | tab 25 mg | √ | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 7 | imidapril* | | | | | |
| | 1. | tab 5 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 2. | tab 10 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 8 | irbesartan* | | | | | |
| | Untuk pasien yang telah mendapat ACE inhibitor sebelumnya sekurang-kurangnya 1 bulan dan mengalami intoleransi terhadap ACE inhibitor yang dibuktikan dengan melampirkan resep sebelumnya. | | | | | |
| | 1. | tab 150 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 2. | tab 300 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 9 | kandesartan* | | | | | |
| | Untuk pasien yang telah mendapat ACE inhibitor sebelumnya sekurang-kurangnya 1 bulan dan mengalami intoleransi terhadap ACE inhibitor yang dibuktikan dengan melampirkan resep sebelumnya. | | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|------------------------|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | 1. | tab 8 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 2. | tab 16 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 10 | kaptopril* | | | | | |
| | 1. | tab 12,5 mg | √ | √ | √ | 90 tab/bulan. |
| | 2. | tab 25 mg | √ | √ | √ | 90 tab/bulan. |
| | 3. | tab 50 mg | √ | √ | √ | 90 tab/bulan. |
| 11 | klonidin | | | | | |
| | 1. | tab 0,15 mg* | | √ | √ | 90 tab/bulan. |
| | 2. | inj 150 mcg/mL (i.v.) | | √ | √ | |
| 12 | klortalidon | | | | | |
| | 1. | tab 50 mg | √ | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 13 | lisinopril* | | | | | |
| | 1. | tab 5 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 2. | tab 10 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 3. | tab 20 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 14 | metildopa* | | | | | |
| | Untuk hipertensi pada wanita hamil. | | | | | |
| | 1. | tab 250 mg | | √ | √ | 90 tab/bulan. |
| 15 | metoprolol tartat | | | | | |
| | <i>Emergency anaesthesia</i> , krisis hipertiroid. | | | | | |
| | 1. | inj 1 mg/mL | | √ | √ | |
| 16 | nifedipin* | | | | | |
| | 1. | tab 10 mg | √ | √ | √ | 90 tab/bulan. |
| | 2. | tab lepas lambat 20 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 3. | tab lepas lambat 30 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 17 | nikardipin | | | | | |
| | Hanya untuk pasien dengan hipertensi berat dan memerlukan perawatan. | | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|--|---------------------|------|------|---------------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | 1. | inj 1 mg/mL | | √ | √ | |
| 18 | nimodipin | | | | | |
| | Untuk perdarahan <i>sub arachnoid</i> . | | | | | |
| | 1. | tab sal selaput 30 mg | | | √ | 3 tab/hari maks 2 minggu. |
| | 2. | inf 0,2 mg/mL | | | √ | maks 3 hari. |
| 19 | perindopril arginin* | | | | | |
| | 1. | tab 5 mg | | √ | √ | 60 tab/bulan. |
| 20 | prostaglandin (PGE 1) | | | | | |
| | Untuk bayi dengan kelainan jantung bawaan sianosis yang <i>ductus dependent</i> . | | | | | |
| | 1. | inj 500 mcg/mL | | | √ | |
| 21 | ramipril* | | | | | |
| | 1. | tab 2,5 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 2. | tab 5 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 3. | tab 10 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 22 | telmisartan* | | | | | |
| | a) | Untuk pasien yang telah mendapat ACE <i>inhibitor</i> sebelumnya sekurang-kurangnya 1 bulan dan mengalami intoleransi terhadap ACE <i>inhibitor</i> yang dibuktikan dengan melampirkan resep sebelumnya. | | | | |
| | b) | Disertai bukti eGFR < 60 mL/menit/1,73 m ² . | | | | |
| | 1. | tab 40 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 2. | tab 80 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------------------------|---|--|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 23 | valsartan* | | | | | |
| | a) | Untuk pasien yang telah mendapat ACE <i>inhibitor</i> sebelumnya sekurang-kurangnya 1 bulan dan mengalami intoleransi terhadap ACE <i>inhibitor</i> yang dibuktikan dengan melampirkan resep sebelumnya. | | | | |
| | b) | Disertai bukti eGFR < 60 mL/menit/1,73 m ² . | | | | |
| | 1. | tab sal selaput 80 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 2. | tab 160 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 24 | verapamil* | | | | | |
| | 1. | tab 80 mg | | √ | √ | 90 tab/bulan. |
| | 2. | tab lepas lambat 240 mg | | √ | √ | 30 tab/ bulan. |
| 17.3.2 Antihipertensi Pulmonal | | | | | | |
| 1 | beraprost sodium | | | | | |
| | 1. | tab 20 mcg | | √ | √ | 90 tab/bulan. |
| 2 | sildenafil | | | | | |
| | a) | Digunakan untuk Hipertensi Arteri Pulmonal (HAP) pada pasien dewasa. Diagnosis ditegakkan dengan <i>echocardiography</i> . | | | | |
| | b) | Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Jantung dan Bedah Jantung. | | | | |
| | 1. | tab 20 mg | | √ | √ | 90 tab/bulan. |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|----------------------------|---|---|---------------------|------|------|--|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 17.4 ANTIAGREGASI PLATELET | | | | | | |
| 1 | asam asetilsalisilat (asetosal)* | | | | | |
| | 1. | tab 80 mg | √ | √ | √ | 30 tab/ bulan. |
| | 2. | tab sal enterik 100 mg | | √ | √ | 30 tab/ bulan. |
| 2 | klopidogrel | | | | | |
| | a) | Hanya digunakan untuk pemasangan sten jantung. | | | | |
| | b) | Saat akan dilakukan tindakan PTCA diberikan 600 mg. Rumatan 75 mg/hari selama 1 tahun. | | | | |
| | c) | Pasien yang menderita <i>recent myocardial infarction, ischaemic stroke</i> atau <i>established Peripheral Arterial Disease (PAD)</i> . | | | | |
| | d) | Pasien yang menderita sindrom koroner akut: NON STEMI (<i>unstable angina</i>) dan STEMI. | | | | |
| | e) | Hati-hati interaksi obat pada pasien yang menggunakan obat-obat golongan <i>Proton Pump Inhibitor (PPI)</i> . | | | | |
| | 1. | tab sal selaput 75 mg* | | √ | √ | Saat akan dilakukan tindakan PTCA diberikan 4-8 tab. <i>Maintenance</i> : 1 tab/hari selama 1 tahun. |
| | 2. | tab sal selaput 300 mg | | √ | √ | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|------------------|--|---|---------------------|------|------|------------------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | | Hanya untuk <i>loading dose</i> pada pasien yang menjalani <i>Percutaneous Coronary Intervention (PCI)</i> . | | | | |
| 3 | silostazol | | | | | |
| | Hanya untuk kasus <i>Peripheral Arterial Disease (PAD)</i> dan pasien yang tidak dapat diberikan asam asetilsalisilat. | | | | | |
| | 1. | tab 100 mg | | √ | √ | 60 tab/bulan. |
| 4 | tikagrelor | | | | | |
| | Untuk pasien kasus <i>PCI</i> dengan <i>Acute Coronary Syndrome (ACS)</i> . | | | | | |
| | 1. | tab 90 mg | | √ | √ | 60 tab/ bulan, maks 1 tahun. |
| 17.5 TROMBOLITIK | | | | | | |
| 1 | alteplase | | | | | |
| | a) | Kontraindikasi: tidak digunakan untuk stroke iskemik dengan riwayat perdarahan intrakranial dan cedera kepala berat dalam waktu 3 bulan terakhir, operasi mayor dalam waktu 3 bulan terakhir, riwayat gangguan koagulasi, hipertensi yang tidak terkendali. | | | | |
| | b) | Hanya untuk infark miokard akut dengan onset < 12 jam. | | | | |
| | c) | Hanya untuk stroke non hemoragik dengan onset < 4,5 jam. | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|-------------------------------|---|---|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | d) | Dapat diberikan di Faskes Tk. 2 yang memiliki fasilitas ICCU/ICU/unit stroke. | | | | |
| | 1. | serb inj 50 mg | | √ | √ | |
| 2 | streptokinase | | | | | |
| | a) | Kontraindikasi: tidak boleh diberikan jika ditemukan kontraindikasi fibrinolitik antara lain: riwayat stroke hemoragik atau riwayat stroke iskemik dalam 6 bulan terakhir, AVM, tumor otak, trauma kepala, perdarahan aktif gastrointestinal, pasca operasi besar dalam 3 bulan, dan diseksi aorta. | | | | |
| | b) | Infark miokard akut dengan onset < 12 jam. | | | | |
| | c) | Dapat diberikan di Faskes Tk. 2 yang memiliki fasilitas ICCU/ICU/unit stroke. | | | | |
| | 1. | serb inj 1,5 juta IU | | √ | √ | |
| 17.6 OBAT untuk GAGAL JANTUNG | | | | | | |
| 1 | bisoprolol | | | | | |
| | Hanya untuk gagal jantung kronis dengan penurunan fungsi ventrikular sistolik yang sudah terkompensasi. | | | | | |
| | 1. | tab 1,25 mg* | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 2. | tab 2,5 mg* | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 3. | tab sal selaput 5 mg* | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 4. | tab sal selaput 10 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|--|--|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 2 | digoksin | | | | | |
| | 1. | tab 0,25 mg* | √ | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | | Hanya untuk gagal jantung dengan atrial fibrilasi atau sinus takikardia. | | | | |
| | 2. | inj 0,25 mg/mL | | √ | √ | |
| 3 | furosemid | | | | | |
| | 1. | tab 40 mg* | √ | √ | √ | 120 tab/bulan. |
| | 2. | inj 10 mg/mL (i.v./i.m.) | √, #PP | √ | √ | |
| 4 | isosorbid dinitrat | | | | | |
| | Untuk gagal jantung akut. | | | | | |
| | 1. | inj 1 mg/mL | | √ | √ | |
| 5 | ivabradin | | | | | |
| | Hanya dapat digunakan untuk pasien dengan <i>ejection fraction</i> < 35%. | | | | | |
| | 1. | tab 5 mg | | | √ | 60 tab/ bulan. |
| 6 | kandesartan* | | | | | |
| | Untuk pasien yang telah mendapat ACE <i>inhibitor</i> sebelumnya sekurang-kurangnya 1 bulan dan mengalami intoleransi terhadap ACE <i>inhibitor</i> yang dibuktikan dengan melampirkan resep sebelumnya. | | | | | |
| | 1. | tab 8 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 2. | tab 16 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 7 | kaptopril* | | | | | |
| | 1. | tab 12,5 mg | √ | √ | √ | 90 tab/bulan. |
| | 2. | tab 25 mg | √ | √ | √ | 90 tab/bulan. |
| | 3. | tab 50 mg | | √ | √ | 90 tab/bulan. |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|---|---|--|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 8 | karvedilol | | | | | |
| | Hanya untuk gagal jantung kronis dengan penurunan fungsi ventrikular sistolik yang sudah terkompensasi. | | | | | |
| | 1. | kaps 6,25 mg* | | √ | √ | 60 kaps/bulan. |
| | 2. | tab 25 mg | | √ | √ | 60 tab/bulan. |
| 9 | ramipril* | | | | | |
| | 1. | tab 5 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 2. | tab 10 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 10 | spironolakton* | | | | | |
| | 1. | tab 25 mg | √ | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 17.7 OBAT untuk SYOK KARDIOGENIK dan SEPSIS | | | | | | |
| 1 | dobutamin | | | | | |
| | 1. | inj 12,5 mg/mL | | √ | √ | |
| | | Hanya untuk infark miokard akut dan syok kardiogenik. | | | | |
| | 2. | inj 25 mg/mL | | √ | √ | |
| | 3. | inj 50 mg/mL | | √ | √ | |
| 2 | dopamin | | | | | |
| | a) | Hanya untuk syok kardiogenik, dekomposisi kordis akut dan syok septik. | | | | |
| | b) | Tidak untuk syok hipovolemik. | | | | |
| | 1. | inj 40 mg/mL | | √ | √ | |
| 3 | epinefrin (adrenalin) | | | | | |
| | 1. | inj 0,1% (i.v.) | √ | √ | √ | |
| 4 | norepinefrin | | | | | |
| | 1. | inj 1 mg/mL | | √ | √ | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--|--|---------------------|------|------|-----------------------------|
| | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 17.8 ANTIHIPERLIPIDEMIA | | | | | |
| Sebagai terapi tambahan terhadap terapi diet pada pasien hiperlipidemia. | | | | | |
| 1 | atorvastatin | | | | |
| | a) Jika setelah pemberian simvastatin selama 3 bulan berturut-turut pasien tidak mencapai target penurunan LDL < 100 mg/dL, disamping diet ketat lemak; dan | | | | |
| | b) Maksimal pemberian adalah selama 3 bulan. Apabila selama 3 bulan pemberian tidak mencapai target, dikembalikan ke pemberian simvastatin, disertai dengan edukasi untuk diet rendah lemak; | | | | |
| | atau | | | | |
| | c) Pasien ASCVD (<i>post</i> PCI, CABG, stroke iskemi dan/atau PAD, pasca infark) yang dibuktikan dengan EKG atau MSCT atau riwayat angiografi. Target LDL adalah ≤ 70 mg/dL, yang harus diperiksa setiap 3 bulan. | | | | |
| | 1. tab sal selaput 10 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan, maks 3 bulan. |
| | 2. tab sal selaput 20 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan, maks 3 bulan. |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|---|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 2 | fenofibrat | | | | | |
| | a) | Hanya untuk hipertrigliseridemia dengan kadar trigliserida > 250 mg/dL. | | | | |
| | b) | Pemeriksaan trigliserida dilakukan pada pasien yang telah menjalani puasa. | | | | |
| | 1. | kaps 100 mg | | √ | √ | 30 kaps/bulan. |
| | 2. | kaps 300 mg | | √ | √ | 30 kaps/bulan. |
| 3 | gemfibrozil | | | | | |
| | a) | Hanya untuk hipertrigliseridemia. | | | | |
| | b) | Tidak dianjurkan diberikan bersama statin. | | | | |
| | 1. | kapl 300 mg | | √ | √ | 30 kapl/bulan. |
| | 2. | kapl 600 mg | | √ | √ | 30 kapl/bulan. |
| 4 | kolestiramin | | | | | |
| | 1. | serb, 4 g | | √ | √ | 4 sachet. |
| 5 | pravastatin | | | | | |
| | a) | Hanya untuk hiperlipidemia dengan kadar LDL >160 mg, pada penyakit jantung koroner dan diabetes mellitus disertai makroalbuminuria. | | | | |
| | b) | Pemberian selama 6 bulan, selanjutnya harus dievaluasi kembali. | | | | |
| | 1. | tab 10 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 2. | tab 20 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|---|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 6 | rosuvastatin | | | | | |
| | a) | Jika setelah pemberian simvastatin selama 3 bulan berturut-turut pasien tidak mencapai target penurunan LDL < 100 mg/dL, disamping diet ketat lemak; dan | | | | |
| | b) | Maksimal pemberian adalah selama 3 bulan. Apabila selama 3 bulan pemberian tidak mencapai target, dikembalikan ke pemberian simvastatin, disertai dengan edukasi untuk diet rendah lemak; | | | | |
| | | atau | | | | |
| | c) | Pasien ASCVD (<i>post</i> PCI, CABG, stroke iskemi dan/atau PAD, pasca infark) yang dibuktikan dengan EKG atau MSCT atau riwayat angiografi. Target LDL adalah ≤ 70 mg/dL, yang harus diperiksa setiap 3 bulan. | | | | |
| | 1. | tab 10 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 7 | simvastatin | | | | | |
| | Sebagai terapi tambahan terhadap terapi diet pada pasien hiperlipidemia dengan: | | | | | |
| | a) | kadar LDL > 160 mg/dL untuk pasien tanpa komplikasi diabetes melitus/ PJK. | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|-------------------------------------|---|---|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | b) | Pasien ASCVD (post PCI, CABG, stroke iskemi dan/atau PAD, pasca infark) yang dibuktikan dengan EKG atau MSCT atau riwayat angiografi. Target LDL adalah ≤ 70 mg/dL, yang harus diperiksa setiap 3 bulan. | | | | |
| | c) | kadar LDL > 130 mg/dL untuk pasien diabetes melitus. Setelah 6 bulan dilakukan evaluasi ketaatan pasien terhadap kontrol diet dan pemeriksaan laboratorium LDL dilampirkan setiap 6 bulan. | | | | |
| | 1. | tab sal selaput 10 mg* | √ | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 2. | tab sal selaput 20 mg* | √ | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 3. | tab sal selaput 40 mg | √ | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 18. OBAT TOPIKAL untuk KULIT | | | | | | |
| 18.1 ANTIKNE | | | | | | |
| 1 | asam retinoat | | | | | |
| | 1. | krim 0,1% | | √ | √ | |
| | 2. | krim 0,05% | | √ | √ | |
| 18.2 ANTIBAKTERI | | | | | | |
| 1 | antibakteri, kombinasi: | | | | | |
| | a. | basitrasin 500 IU/g | | | | |
| | b. | polimiksin B 10.000 IU/g | | | | |
| | 1. | salep | | √ | √ | |
| 2 | framisetin sulfat | | | | | |
| | 1. | tulle 1% | √ | √ | √ | |
| 3 | kloramfenikol | | | | | |
| | 1. | salep 2% | √ | √ | √ | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|-------------------------------------|---|------------------------|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 4 | natrium fusidat | | | | | |
| | 1. | salep 2% | | √ | √ | |
| | 2. | krim 2% | | √ | √ | |
| 5 | perak sulfadiazin | | | | | |
| | Hanya untuk luka bakar. | | | | | |
| | 1. | krim 1% | √ | √ | √ | |
| 18.3 ANTIFUNGI | | | | | | |
| 1 | antifungi, kombinasi: | | | | | |
| | a. | asam benzoat 6% | | | | |
| | b. | asam salisilat 3% | | | | |
| | 1. | salep | √ | √ | √ | |
| 2 | ketokonazol | | | | | |
| | 1. | krim 2% | √ | √ | √ | |
| | 2. | scalp sol 2% | √ | √ | √ | |
| | Pada pitiriasis yang luas. | | | | | |
| 3 | klotrimazol | | | | | |
| | 1. | tab vaginal 100 mg | | √ | √ | |
| 4 | mikonazol | | | | | |
| | 1. | serb 2% | √ | √ | √ | |
| | 2. | krim 2% | √ | √ | √ | |
| 5 | nistatin | | | | | |
| | 1. | tab vaginal 100.000 IU | √ | √ | √ | |
| 18.4 ANTIINFLAMASI dan ANTIPRURITIK | | | | | | |
| 1 | betametason | | | | | |
| | 1. | krim 0,05% | √ | √ | √ | |
| | 2. | krim 0,1% | √ | √ | √ | |
| | 3. | salep 0,1% | √ | √ | √ | |
| 2 | desoksimetason | | | | | |
| | 1. | krim 0,25% | | √ | √ | |
| | 2. | salep 0,25% | | √ | √ | |
| | 3. | gel 0,05% | | √ | √ | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------------------------------|---|---|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 3 | diflukortolon valerat | | | | | |
| | 1. | salep 0,1% | | √ | √ | |
| 4 | flusinolon asetonid | | | | | |
| | 1. | krim 0,025% | | √ | √ | |
| | 2. | salep 0,025% | | √ | √ | |
| 5 | hidrokortison | | | | | |
| | 1. | krim 1% | | √ | √ | |
| | 2. | krim 2,5% | √ | √ | √ | |
| 6 | kalamín | | | | | |
| | 1. | lotio | √ | √ | √ | |
| 7 | mometason furoat | | | | | |
| | 1. | krim 0,1% | | √ | √ | |
| 18.5 ANTISKABIES dan ANTIPEDIKULOSIS | | | | | | |
| 1 | permetrin | | | | | |
| | 1. | krim 5% | √ | √ | √ | |
| 2 | salep 2-4, kombinasi: | | | | | |
| | a. | asam salisilat | 2% | | | |
| | b. | belerang endap | 4% | | | |
| | 1. | salep | | √ | √ | √ |
| 18.6 KAUSTIK | | | | | | |
| 1 | perak nitrat | | | | | |
| | 1. | lar 20% | √ | √ | √ | |
| 2 | polikresulen | | | | | |
| | Untuk servisitís. | | | | | |
| | 1. | lar | | √ | √ | |
| 3 | podofilin | | | | | |
| | a) | Tidak boleh diberikan pada wanita hamil. | | | | |
| | b) | Hanya diberikan oleh dokter dan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|------------------------------------|---|---|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | 1. | tingtur 25% | √ | √ | √ | |
| 18.7 KERATOLITIK dan KERATOPLASTIK | | | | | | |
| 1 | asam salisilat | | | | | |
| | 1. | salep 2% | √ | √ | √ | |
| | 2. | salep 5% | √ | √ | √ | |
| | 3. | salep 10% | √ | √ | √ | |
| 2 | <i>liquor carbonis detergens</i> | | | | | |
| | 1. | lar 5% | √ | √ | √ | |
| 18.8 LAIN - LAIN | | | | | | |
| 1 | asam salisilat | | | | | |
| | 1. | lar 0,1% | √ | √ | √ | |
| 2 | bedak salisil | | | | | |
| | 1. | serb 2% | √ | √ | √ | |
| 3 | triamsinolon asetonid | | | | | |
| | Hanya untuk <i>new growth keloid</i> . | | | | | |
| | 1. | inj 10 mg/mL | | √ | √ | |
| | 2. | inj 40 mg/mL | | √ | √ | |
| 4 | urea | | | | | |
| | 1. | krim 10% | √ | √ | √ | |
| | 2. | krim 20% | √ | √ | √ | |
| 19. LARUTAN DIALISIS PERITONEAL | | | | | | |
| 1 | dialisa peritoneal | | | | | |
| | 1. | lar intraperitoneal dengan dekstrose 1,5% | | √ | √ | |
| | 2. | lar intraperitoneal dengan dekstrose 2,5% | | √ | √ | |
| 2 | hemodialisa | | | | | |
| | 1. | lar konsentrat basis natrium bikarbonat | | √ | √ | |
| | 2. | lar konsentrat basis asetat | | √ | √ | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--|---|----------------------------|--------|---------------------|------|------|---|
| | | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 20. LARUTAN ELEKTROLIT, NUTRISI, dan LAIN-LAIN | | | | | | | |
| 20.1 ORAL | | | | | | | |
| 1 | garam oralit kombinasi: | | | | | | |
| | a. | natrium klorida | 0,52 g | | | | |
| | b. | kalium klorida | 0,30 g | | | | |
| | c. | trinatrium sitrat dihidrat | 0,58 g | | | | |
| | d. | glukosa anhidrat | 2,70 g | | | | |
| | 1. | serb | | √ | √ | √ | |
| 2 | kalium klorida | | | | | | |
| | 1. | tab lepas lambat 600 mg | | | √ | √ | 90 tab/bulan. |
| 3 | kalium aspartat | | | | | | |
| | 1. | tab sal selaput 300 mg | | | √ | √ | 90 tab/bulan. |
| 4 | kalsium polistirena sulfonat | | | | | | |
| | 1. | serb 5 g | | | √ | √ | 15-30 gram/hari dibagi dalam 2-3 kali pemberian. Maks selama 5 hari sampai dengan dialisis dilakukan. |
| 5 | natrium bikarbonat | | | | | | |
| | 1. | tab 500 mg | | √ | √ | √ | 90 tab/bulan. |
| 6 | zinc | | | | | | |
| | Untuk anak usia < 2 tahun. | | | | | | |
| | 1. | drops 10 mg/mL | | √ | √ | √ | 2 btl/kasus. |
| 20.2 PARENTERAL | | | | | | | |
| Larutan Mengandung Asam Amino | | | | | √ | √ | |
| Larutan Mengandung Elektrolit | | | | √ | √ | √ | |
| Larutan Mengandung Karbohidrat | | | | √ | √ | √ | |
| Larutan Mengandung Karbohidrat + Elektrolit | | | | √ | √ | √ | |
| Larutan Mengandung Lipid | | | | | √ | √ | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--|--|-----------------|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| Larutan Mengandung Asam Amino+Elektrolit+Karbohidrat+Lipid | | | √ | √ | | |
| | Hanya digunakan untuk pasien dengan <i>Total Parenteral Nutrition</i> (TPN). | | | | | |
| 20.3 LAIN-LAIN | | | | | | |
| 1 | air untuk injeksi | | | | | |
| | 1. | cairan inj | √ | √ | √ | |
| 2 | air untuk irigasi | | | | | |
| | 1. | inf | | √ | √ | |
| 3 | manitol | | | | | |
| | 1. | inf 20% | | √ | √ | |
| 21. OBAT untuk MATA | | | | | | |
| 1 | manitol | | | | | |
| | Untuk glaukoma. | | | | | |
| | 1. | inf 20% | | √ | √ | |
| 21.1 ANESTETIK LOKAL | | | | | | |
| 1 | tetrakain | | | | | |
| | 1. | tts mata 0,5% | √ | √ | √ | |
| 21.2 ANTIMIKROBA | | | | | | |
| 1 | amfoterisin B | | | | | |
| | 1. | salep mata 1% | | √ | √ | |
| | 2. | salep mata 3% | | √ | √ | |
| 2 | asam fusidat | | | | | |
| | 1. | tts mata 1% | | √ | √ | |
| 3 | asiklovir | | | | | |
| | Hanya untuk kasus keratitis herpetiformis. | | | | | |
| | 1. | salep mata 3% | | √ | √ | |
| 4 | gentamisin | | | | | |
| | 1. | salep mata 0,3% | √ | √ | √ | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL | |
|--------------|--|----------------------------------|--|------|------|--------------------|--|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | | |
| | 2. | tts mata 0,3% | √ | √ | √ | | |
| 5 | kloramfenikol | | | | | | |
| | 1. | tts mata 0,5% | √ | √ | √ | | |
| | 2. | tts mata 1% | √ | √ | √ | | |
| | 3. | salep mata 1% | √ | √ | √ | | |
| 6 | levofloksasin | | | | | | |
| | Hanya digunakan untuk operasi intraokular, keratitis, operasi katarak dan infeksi berat. | | | | | | |
| | 1. | tts mata 0,5% | | √ | √ | | |
| 7 | moksifloksasin | | | | | | |
| | 1. | tts mata 0,5% | | √ | √ | | |
| 8 | natamisin | | | | | | |
| | 1. | tts mata 50 mg/mL | | √ | √ | | |
| | | Hanya untuk kasus keratomikosis. | | | | | |
| | 2. | tts mata 5% | | √ | √ | | |
| | | a) | Lini pertama terapi keratomikosis yang pada pemeriksaan KOH ditemukan filamen. | | | | |
| | | b) | Disertai hasil KOH dari <i>scraping</i> kornea. | | | | |
| 9 | siprofloksasin | | | | | | |
| | 1. | tts mata 3 mg/mL | √ | √ | √ | | |
| 10 | tetrasiklin | | | | | | |
| | Hanya untuk program bayi baru lahir. | | | | | | |
| | 1. | salep mata 1% | √ | √ | √ | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------------|--|---------------------------------|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 11 | tobramisin | | | | | |
| | Pada pasien yang resisten terhadap kuinolon dengan kasus ulkus kornea <i>post</i> operasi mata. | | | | | |
| | 1. | tts mata 0,3% | | √ | √ | |
| 21.3 ANTIINFLAMASI | | | | | | |
| 1 | betametason | | | | | |
| | 1. | tts mata 1 mg/mL | √ | √ | √ | |
| 2 | fluorometolon | | | | | |
| | 1. | tts mata 0,1% | | √ | √ | |
| 3 | natrium diklofenak | | | | | |
| | 1. | tts mata 1 mg/mL | √ | √ | √ | |
| 4 | olopatadin | | | | | |
| | 1. | tts mata 0,1% | √ | √ | √ | |
| | | Tidak untuk profilaksis alergi. | | | | |
| 5 | prednisolon | | | | | |
| | Hanya untuk kasus transplantasi kornea atau infeksi berat (<i>uveitis</i> atau <i>panuveitis</i>). | | | | | |
| | 1. | tts mata 10 mg/mL | | √ | √ | |
| 21.4 MIDRIATIK | | | | | | |
| 1 | atropin | | | | | |
| | 1. | tts mata 0,5% | | √ | √ | |
| | 2. | tts mata 1% | | √ | √ | |
| 2 | homatropin | | | | | |
| | 1. | tts mata 2% | | √ | √ | 1 btl/kasus. |
| 3 | siklopentolat | | | | | |
| | Hanya digunakan sebagai midriatikum untuk diagnostik dan operasi yang memerlukan dilatasi pupil. | | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|------------------------------|---|--|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | 1. | tts mata 1% | | √ | √ | |
| 4 | tropikamid | | | | | |
| | 1. | tts mata 0,5% | | √ | √ | |
| 21.5 MIOTIK dan ANTIGLAUKOMA | | | | | | |
| 1 | asetazolamid | | | | | |
| | a) | Tidak diberikan dalam jangka panjang. | | | | |
| | b) | Hati-hati pemberian pada pasien dengan gangguan fungsi ginjal. | | | | |
| | 1. | tab 250 mg | | √ | √ | 50 tab/bulan. |
| 2 | betaksolol | | | | | |
| | 1. | tts mata 0,5% | | √ | √ | 1 btl/kasus. |
| 3 | brinzolamid | | | | | |
| | 1. | tts mata | | √ | √ | 1 btl/kasus. |
| 4 | gliserin | | | | | |
| | 1. | lar 50% | | √ | √ | |
| 5 | latanoprost | | | | | |
| | Hanya untuk pasien glaukoma yang tidak memberikan respons pada timolol. | | | | | |
| | 1. | tts mata 0,005% | | √ | √ | 1 btl/bulan. |
| 6 | pilokarpin | | | | | |
| | Dapat diberikan di Faskes Tk. 1 yang memiliki fasilitas untuk mengukur tekanan intraokuler. | | | | | |
| | 1. | tts mata 2% | √ | √ | √ | 2 btl/bulan. |
| 7 | ranibizumab | | | | | |
| | Untuk wet AMD (<i>Age-related Macular Degeneration</i>), harus dilakukan oleh sub spesialis retina. | | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|----------------|---|--------------------------|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | 1. | inj 10 mg/mL | | | √ | 6 vial/kasus. |
| 8 | timolol | | | | | |
| | Dapat diberikan di Faskes Tk. 1 yang memiliki fasilitas untuk mengukur tekanan intraokuler. | | | | | |
| | 1. | tts mata 0,25% | √ | √ | √ | 2 btl/bulan. |
| | 2. | tts mata 0,5% | √ | √ | √ | 2 btl/bulan. |
| 9 | travoprost | | | | | |
| | Hanya untuk pasien glaukoma yang tidak memberikan respons dengan timolol. | | | | | |
| | 1. | tts mata 0,004% | | √ | √ | 1 btl/bulan. |
| 21.6 LAIN-LAIN | | | | | | |
| 1 | dinatrium edetat | | | | | |
| | 1. | tts mata 0,35% | | √ | √ | |
| 2 | karboksimetilselulosa | | | | | |
| | 1. | tts mata | | √ | √ | 1 btl/bulan. |
| 3 | kombinasi, setiap mL mengandung: | | | | | |
| | a. | natrium klorida 4,40 mg | | | | |
| | b. | kalium klorida 0,80 mg | | | | |
| | 1. | tts mata | | √ | √ | 1 btl/bulan. |
| 4 | natrium fluoresein | | | | | |
| | Diagnostik trauma kimia. | | | | | |
| | 1. | tts mata 2% | | √ | √ | |
| 5 | natrium hialuronat | | | | | |
| | 1. | tts mata | | √ | √ | |
| 22. OKSITOSIK | | | | | | |
| 1 | metilergometrin | | | | | |
| | 1. | tab sal selaput 0,125 mg | √ | √ | √ | |
| | 2. | inj 0,2 mg/mL | √ | √ | √ | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|-------------------|---|--|---------------------|------|------|------------------------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 2 | oksitosin | | | | | |
| | 1. | inj 10 IU/mL | √ | √ | √ | |
| 23. PSIKOFARMAKA | | | | | | |
| 23.1 ANTIANSIETAS | | | | | | |
| 1 | alprazolam | | | | | |
| | a) | Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa dan Internis Psikosomatik. | | | | |
| | b) | Hanya untuk kasus: - <i>Panic attack</i> - <i>Panic disorder</i> | | | | |
| | c) | Peresepan oleh Dokter Spesialis Penyakit Dalam maksimal 5 hari/bulan. | | | | |
| | 1. | tab 0,25 mg | | √ | √ | Maks 2 minggu/kasus, 30 tab/bulan. |
| | 2. | tab 0,5 mg | | √ | √ | Maks 2 minggu/kasus, 30 tab/bulan. |
| | 3. | tab 1 mg | | √ | √ | Maks 2 minggu/kasus, 30 tab/bulan. |
| 2 | diazepam | | | | | |
| | 1. | tab 2 mg | √ | √ | √ | 30 tab/kasus. |
| | 2. | tab 5 mg | √ | √ | √ | 30 tab/kasus. |
| | 3. | inj 5 mg/mL (i.v.) | √ | √ | √ | |
| 3 | klobazam | | | | | |
| | 1. | tab 10 mg | | √ | √ | 60 tab/bulan. |
| 4 | lorazepam | | | | | |
| | 1. | tab 0,5 mg | √ | √ | √ | 30 tab/bulan. |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|---------------------------|--|------------------------------|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | 2. | tab 1 mg | √ | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 3. | tab 2 mg | √ | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 23.2 ANTIDEPRESI | | | | | | |
| 1 | amitriptilin | | | | | |
| | 1. | tab sal selaput 25 mg | √ | √ | √ | 60 tab/bulan. |
| 2 | fluoksetin | | | | | |
| | 1. | kaps 10 mg | √ | √ | √ | 30 kaps/bulan. |
| | 2. | kaps 20 mg | √ | √ | √ | 30 kaps/bulan. |
| 3 | maprotilin | | | | | |
| | 1. | tab sal selaput 25 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 2. | tab sal selaput 50 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 4 | sertraline | | | | | |
| | 1. | tab sal 50 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 23.3 ANTI OBSESI KOMPULSI | | | | | | |
| 1 | fluoksetin | | | | | |
| | 1. | kaps 10 mg | √ | √ | √ | 30 kaps/bulan. |
| | 2. | kaps 20 mg | √ | √ | √ | 30 kaps/bulan. |
| 2 | klomipramin | | | | | |
| | Dapat digunakan untuk <i>cataplexy</i> yang berhubungan dengan <i>narcolepsy</i> . | | | | | |
| | 1. | tab 25 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 23.4 ANTIPSIKOSIS | | | | | | |
| 1 | aripirazol | | | | | |
| | Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa. | | | | | |
| | 1. | tab <i>discmelt</i> 10 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 2. | tab <i>discmelt</i> 15 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 3. | oral <i>solution</i> 1 mg/mL | | √ | √ | 5 btl/bulan. |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL | |
|--------------|--|--|--|------|------|--------------------|--------------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | | |
| 2 | flufenazin | | | | | | |
| | Hanya untuk rumatan pada pasien skizofrenia. | | | | | | |
| | 1. | inj 25 mg/mL (i.m.) | √ | √ | √ | 1 amp/2 minggu. | |
| 3 | haloperidol | | | | | | |
| | 1. | tab 0,5 mg* | | √ | √ | 90 tab/bulan. | |
| | | Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa. | | | | | |
| | 2. | tab 1,5 mg* | √ | √ | √ | 90 tab/bulan. | |
| | 3. | tab 2 mg* | √ | √ | √ | 90 tab/bulan. | |
| | 4. | tab 5 mg* | √ | √ | √ | 90 tab/bulan. | |
| | 5. | drops 2 mg/mL | √ | √ | √ | 2 btl/bulan . | |
| | 6. | inj 5 mg/mL (i.m.) | | √ | √ | √ | 4 amp/hari, maks 3 hari. |
| | | a) | Untuk agitasi akut. | | | | |
| | | b) | Untuk kasus kedaruratan psikiatrik (tidak untuk pemakaian jangka panjang). | | | | |
| 7. | inj 50 mg/mL | | √ | √ | √ | 1 amp/2 minggu. | |
| | Hanya untuk monoterapi rumatan pada pasien skizofrenia yang tidak dapat menggunakan terapi oral. | | | | | | |
| 4 | klorpromazin | | | | | | |
| | 1. | tab sal 25 mg | √ | √ | √ | | |
| | 2. | tab sal selaput 100 mg* | √ | √ | √ | 90 tab/bulan. | |
| | 3. | inj 5 mg/mL (i.m.) | √ | √ | √ | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|--|--|---------------------|------|--------------------------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 5 | klozapin | | | | | |
| | Hanya untuk pengobatan psikosis yang sudah resisten terhadap antipsikotik lain. | | | | | |
| | 1. | tab 25 mg | √ | √ | √ | 60 tab/bulan. |
| | 2. | tab 100 mg | √ | √ | √ | 90 tab/bulan. |
| | | a) Hanya untuk skizofrenia yang resisten/intoleran. | | | | |
| | b) Lakukan cek leukosit secara berkala (hati-hati agranulositosis). | | | | | |
| 6 | olanzapin | | | | | |
| | Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa. | | | | | |
| | 1. | tab sal selaput 5 mg | | √ | √ | 60 tab/bulan. |
| | | a) Monoterapi skizofrenia. | | | | |
| | | b) <i>Adjunctive treatment</i> pada kasus bipolar yang tidak memberikan respons dengan pemberian litium atau valproat. | | | | |
| | 2. | tab sal selaput 10 mg | | √ | √ | 60 tab/bulan. |
| | | a) Monoterapi skizofrenia. | | | | |
| | b) <i>Adjunctive treatment</i> pada kasus bipolar yang tidak memberikan respons dengan pemberian litium atau valproat. | | | | | |
| 3. | inj 10 mg/2 mL | | √ | √ | 3 amp/hari, maks 3 hari. | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|--|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | a) | Diperlukan hanya untuk serangan skizofrenia akut yang tidak memberikan respons dengan terapi lini pertama. | | | | |
| | b) | Tidak boleh digunakan untuk pemakaian jangka panjang. | | | | |
| | c) | Hanya untuk agitasi akut pada penderita skizofrenia. | | | | |
| 7 | paliperidon palmitat | | | | | |
| | Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa. | | | | | |
| | 1. | inj 50 mg/0,5 mL | | √ | √ | |
| | 2. | inj 75 mg/0,75 mL | | √ | √ | |
| | 3. | inj 100 mg/mL | | √ | √ | |
| | 4. | inj 150 mg/1,5 mL | | √ | √ | |
| 8 | quetiapin* | | | | | |
| | a) | Untuk skizofrenia. | | | | |
| | b) | Untuk pasien bipolar yang tidak memberikan respons terhadap pemberian litium atau valproat. | | | | |
| | c) | Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa. | | | | |
| | 1. | tab SR 200 mg | | √ | √ | 60 tab/bulan. |
| | 2. | tab SR 300 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 3. | tab SR 400 mg | | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 9 | risperidon* | | | | | |
| | a) | Monoterapi skizofrenia. | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--|---|--|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | b) | <i>Adjunctive treatment</i> pada pasien bipolar yang tidak memberikan respons dengan pemberian litium atau valproat. | | | | |
| | 1. | tab 1 mg | √ | √ | √ | 60 tab/bulan. |
| | 2. | tab 2 mg | √ | √ | √ | 60 tab/bulan. |
| | 3. | tab 3 mg | | √ | √ | 60 tab/bulan. |
| | | Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa. | | | | |
| 10 | | trifluoperazin* | | | | |
| | | Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa. | | | | |
| | 1. | tab sal selaput 5 mg | | √ | √ | 90 tab/bulan. |
| 23.5 OBAT untuk ADHD (<i>Attention Deficit Hyperactivity Disorder</i>) | | | | | | |
| 1 | | metilfenidat | | | | |
| | 1. | tab 10 mg | | √ | √ | 90 tab/bulan. |
| 23.6 OBAT untuk GANGGUAN BIPOLAR | | | | | | |
| 1 | | litium karbonat | | | | |
| | | Harus dilakukan pemeriksaan fungsi ginjal dan memonitor kadar litium. | | | | |
| | 1. | tab 200 mg | | √ | √ | 180 tab/bulan. |
| | 2. | tab 400 mg | | √ | √ | 90 tab/bulan. |
| 2 | | valproat | | | | |
| | 1. | tab sal enterik 250 mg | √ | √ | √ | 60 tab/bulan. |
| | 2. | tab lepas lambat 250 mg | √ | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 3. | tab lepas lambat 500 mg | √ | √ | √ | 30 tab/bulan. |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--|--|---------------------|------|------|--------------------|
| | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 23.7 OBAT untuk PROGRAM KETERGANTUNGAN | | | | | |
| 1 | <i>Catatan: Disediakan oleh program Kemenkes.</i> | | | | |
| | metadon | | | | |
| | Hanya diberikan di puskesmas yang sudah terlatih dan mempunyai sertifikat yang ditunjuk oleh Kementerian Kesehatan. | | | | |
| | 1. sir 50 mg/5 mL | √ | √ | √ | |
| 24. RELAKSAN OTOT PERIFER dan PENGHAMBAT KOLINESTERASE | | | | | |
| 24.1 PENGHAMBAT dan PEMACU TRANSMISI NEUROMUSKULER | | | | | |
| 1 | atrakurium | | | | |
| | Hanya untuk tindakan anestesi dan pasien ICU yang memerlukan, karena menggunakan ventilator. | | | | |
| | 1. inj 10 mg/mL (i.v.) | | √ | √ | |
| 2 | neostigmin | | | | |
| | 1. inj 0,5 mg/mL (i.v.) | | √ | √ | |
| 3 | pankuronium | | | | |
| | 1. inj 2 mg/mL | | √ | √ | |
| 4 | rokuronium | | | | |
| | 1. inj 10 mg/mL (i.v.) | | √ | √ | |
| 5 | sugammadeks | | | | |
| | Hanya untuk pasien yang telah mengalami desaturasi oksigen pada kesulitan penguasaan jalan nafas saat anestesi umum. | | | | |
| | 1. inj 100 mg/mL | | | √ | |
| 6 | suksinilkolin | | | | |
| | 1. inj 20 mg/mL | | √ | √ | |
| | 2. inj 50 mg/mL (i.v./i.m.) | | √ | √ | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|----------------------------------|---|---|---------------------|------|------|-------------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | 3. | serb inj 100 mg (i.v./i.m.) | | √ | √ | |
| 24.2 OBAT untuk MIASTENIA GRAVIS | | | | | | |
| 1 | neostigmin | | | | | |
| | 1. | inj 0,5 mg/mL (i.v.) | | √ | √ | |
| 2 | piridostigmin | | | | | |
| | 1. | tab 60 mg | | √ | √ | 120 tab/bulan. |
| 24.3 PENGHAMBAT KOLINESTERASE | | | | | | |
| 1 | donepezil | | | | | |
| | Hanya untuk demensia alzheimer ringan sampai sedang. | | | | | |
| | 1. | tab sal selaput 5 mg | | | √ | 30 tab/bulan. |
| | 2. | tab <i>dispersible</i> 10 mg | | | √ | 30 tab/bulan. |
| 25. OBAT untuk SALURAN CERNA | | | | | | |
| 25.1 ANTASIDA dan ANTIULKUS | | | | | | |
| 1 | antasida, kombinasi: | | | | | |
| | a. | aluminium hidroksida 200 mg | | | | |
| | b. | magnesium hidroksida 200 mg | | | | |
| | 1. | tab kunyah | √ | √ | √ | |
| | 2. | susp | √ | √ | √ | |
| 2 | esomeprazol | | | | | |
| | 1. | serb inj 40 mg (i.v.) | | √ | √ | 1 amp/hari maks 3 hari. |
| 3 | lansoprazol | | | | | |
| | 1. | kaps 30 mg | | √ | √ | 30 kaps/bulan. |
| | a) | Untuk terapi jangka pendek pada kasus tukak lambung, tukak duodenum dan refluks esofagitis. | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|------------------------|---|---|---------------------|------|------|---------------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | b) | Diberikan 1 jam sebelum makan. | | | | |
| | 2. | serb inj 30 mg | | √ | √ | 1-3 amp/hari maks 3 hari. |
| | | Untuk pasien IGD atau rawat inap dengan riwayat perdarahan saluran cerna. | | | | |
| 4 | omeprazol | | | | | |
| | 1. | kaps 20 mg | √ | √ | √ | 30 kaps/bulan. |
| | a) | Untuk terapi jangka pendek pada kasus tukak lambung, tukak duodenum dan refluks esofagitis. | | | | |
| | b) | Diberikan 1 jam sebelum makan. | | | | |
| | 2. | serb inj 40 mg | √ | √ | √ | 1-3 amp/hari maks 3 hari. |
| | | Untuk pasien IGD atau rawat inap dengan riwayat perdarahan saluran cerna. | | | | |
| 5 | ranitidin | | | | | |
| | 1. | tab 150 mg | √ | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 2. | inj 25 mg/mL | | √ | √ | 2 amp/hari. |
| 6 | sukralfat | | | | | |
| | 1. | tab 500 mg | | √ | √ | 60 tab/bulan. |
| | 2. | susp 500 mg/5 mL | | √ | √ | |
| 25.2 ANTIEMETIK | | | | | | |
| 1 | deksametason | | | | | |
| | Hanya untuk menyertai terapi antineoplastik. | | | | | |
| | 1. | inj 5 mg/mL | | √ | √ | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|--|---------------------|------|------|--|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 2 | dimenhidrinat | | | | | |
| | 1. | tab 50 mg | √ | √ | √ | |
| 3 | domperidon | | | | | |
| | 1. | tab 10 mg | √ | √ | √ | |
| | 2. | sir 5 mg/5 mL | √ | √ | √ | |
| | 3. | drops 5 mg/mL | | √ | √ | |
| 4 | klorpromazin | | | | | |
| | 1. | tab sal 25 mg | √ | √ | √ | |
| | 2. | inj 5 mg/mL (i.m.) | √ | √ | √ | |
| | 3. | inj 25 mg/mL (i.m.) | √ | √ | √ | |
| 5 | metoklopramid | | | | | |
| | 1. | tab 5 mg | √ | √ | √ | |
| | 2. | tab 10 mg | √ | √ | √ | |
| | 3. | sir 5 mg/5 mL | | √ | √ | |
| | 4. | drops 2 mg/mL | | √ | √ | |
| | 5. | inj 5 mg/mL | √ | √ | √ | |
| 6 | ondansetron | | | | | |
| | a) | tab: Pencegahan mual dan muntah pada kemoterapi dan radioterapi. | | | | |
| | b) | inj: Untuk mencegah muntah pada pemberian kemoterapi yang <i>highly emetogenic</i> . | | | | |
| | 1. | tab 4 mg | | √ | √ | Maks 3 tab pasca kemoterapi/ post radioterapi. |
| | 2. | tab 8 mg | | √ | √ | |
| | 3. | inj 2 mg/mL | | √ | √ | Inj diberikan 1 amp sebelum kemoterapi. |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|------------------------------|---|---------------------------------|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 25.3 ANTIHEMOROID | | | | | | |
| 1 | antihemoroid, kombinasi: | | | | | |
| | a. | bismut subgalat | | | | |
| | b. | heksaklorofen | | | | |
| | c. | lidokain | | | | |
| | d. | seng oksida | | | | |
| | 1. | sup | √ | √ | √ | 5 sup/kasus. |
| 25.4 ANTISPASMODIK | | | | | | |
| 1 | atropin | | | | | |
| | 1. | tab 0,5 mg | √ | √ | √ | |
| | 2. | inj 0,25 mg/mL (i.m./i.v./s.k.) | √ | √ | √ | |
| 2 | hiosin butilbromida | | | | | |
| | 1. | tab 10 mg | √ | √ | √ | |
| | 2. | inj 20 mg/mL | | √ | √ | |
| 25.5 OBAT untuk DIARE | | | | | | |
| 1 | atapulgite | | | | | |
| | 1. | tab | √ | √ | √ | |
| 2 | garam oralit, kombinasi : | | | | | |
| | a. | natrium klorida | 0,52 g | | | |
| | b. | kalium klorida | 0,30 g | | | |
| | c. | trinatrium sitrat dihidrat | 0,58 g | | | |
| | d. | glukosa anhidrat | 2,7 g | | | |
| | 1. | serb | √ | √ | √ | |
| 3 | kombinasi: | | | | | |
| | a. | kaolin | 550 mg | | | |
| | b. | pektin | 20 mg | | | |
| | 1. | tab | | √ | √ | √ |
| 4 | loperamid | | | | | |
| | Tidak digunakan untuk anak. | | | | | |
| | 1. | tab sal selaput 2 mg | | √ | √ | 10 tab/kasus. |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|-------------------------------|---|--|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 5 | zinc | | | | | |
| | Harus diberikan bersama oralit selama 10 hari. | | | | | |
| | 1. | tab <i>dispersible</i> 20 mg | √ | √ | √ | |
| | 2. | sir 20 mg/5 mL | √ | √ | √ | |
| | 3. | serb 10 mg | √ | √ | √ | |
| 25.6 KATARTIK | | | | | | |
| 1 | bisakodil | | | | | |
| | 1. | tab sal 5 mg | √ | √ | √ | 15 tab/kasus. |
| | 2. | sup 5 mg | √ | √ | √ | 3 sup/kasus. |
| | 3. | sup 10 mg | √ | √ | √ | 3 sup/kasus. |
| 2 | gliserin | | | | | |
| | 1. | cairan obat luar 100 mg/mL | √ | √ | √ | |
| 3 | kombinasi: | | | | | |
| | a. | parafin | | | | |
| | b. | gliserin | | | | |
| | c. | fenolftalein | | | | |
| | 1. | susp | | √ | √ | |
| 4 | laktulosa | | | | | |
| | 1. | sir 3,335 g/5 mL | √ | √ | √ | |
| 5 | natrium fosfat | | | | | |
| | 1. | lar oral | | √ | √ | |
| | | Hanya digunakan pada tindakan <i>colonoscopy</i> . | | | | |
| 2. | btl | | √ | √ | | |
| 6 | polietilen glikol | | | | | |
| | 1. | serb | | √ | √ | |
| 25.7 OBAT untuk ANTIINFLAMASI | | | | | | |
| 1 | mesalazin | | | | | |
| | Untuk episode akut <i>colitis ulcerativa</i> dan <i>colitis ulcerativa</i> yang | | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|------------------------------|---|--|---------------------|------|------|--|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | hipersensitif terhadap sulfonamida. | | | | | |
| | 1. | tab sal enterik 250 mg | | √ | √ | |
| 2 | sulfasalazin | | | | | |
| | 1. | kapl sal enterik 500 mg | | √ | √ | |
| 25.8 LAIN - LAIN | | | | | | |
| 1 | asam ursodeoksikolat | | | | | |
| | 1. | kaps 250 mg | | √ | √ | |
| 2 | somatostatin | | | | | |
| | a) | Untuk kasus perdarahan variseal akut. | | | | |
| | b) | Diberikan <i>intravenous drip</i> 250 mcg per jam. | | | | |
| | 1. | serb inj 3.000 mcg/mL | | √ | √ | Maks 5 hari. |
| 26. OBAT untuk SALURAN NAPAS | | | | | | |
| 26.1 ANTIASMA | | | | | | |
| 1 | aminofilin | | | | | |
| | 1. | tab 150 mg | √ | √ | √ | |
| | 2. | tab 200 mg | √ | √ | √ | |
| | 3. | inj 24 mg/mL | √, PP | √ | √ | |
| 2 | budesonid | | | | | |
| | 1. | serb ih 100 mcg/dosis* | √ | √ | √ | Asma persisten ringan-sedang: 1 tbg/bulan. Asma persisten berat: 2 tbg/bulan. |
| | Tidak untuk serangan asma akut. | | | | | |
| | 2. | serb ih 200 mcg/dosis* | √ | √ | √ | Asma persisten berat: 2 tbg/bulan. |
| | 3. | cairan ih 0,25 mg/mL | √ | √ | √ | Hari pertama maks 5 vial/hari, selanjutnya 2 |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|--|---------------------|------|------|--|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | | | | | | vial/hari paling lama 5 hari. |
| | | Hanya untuk serangan asma akut. | | | | |
| | 4. | cairan ih 0,5 mg/mL | √ | √ | √ | Hari pertama maks 5 vial/hari, selanjutnya 2 vial/hari paling lama 5 hari. |
| | | Hanya untuk serangan asma akut. | | | | |
| 3 | | deksametason | | | | |
| | 1. | tab 0,5 mg* | √ | √ | √ | Maks 10 tab/kasus. |
| | 2. | inj 5 mg/mL (i.v.) | √ | √ | √ | |
| 4 | | epinefrin (adrenalin) | | | | |
| | 1. | inj 0,1% | √ | √ | √ | |
| 5 | | fenoterol HBr* | | | | |
| | | Hanya untuk serangan asma akut. | | | | |
| | 1. | aerosol 100 mcg/puff | | √ | √ | 1 tbg/bulan. |
| | 2. | cairan ih 0,1% | | √ | √ | 1 tbg/bulan. |
| 6 | | flutikason propionat | | | | |
| | | Tidak untuk rumatan terapi asma. | | | | |
| | 1. | cairan ih 0,5 mg/dosis | | √ | √ | Hari pertama maks 5 vial/hari, selanjutnya 2 vial/hari paling lama 5 hari. |
| 7 | | ipratropium bromida* | | | | |
| | a) | Untuk pasien PPOK dengan eksaserbasi akut. | | | | |
| | b) | Tidak untuk jangka panjang. | | | | |
| | 1. | ih 20 mcg/puff | √ | √ | √ | 1 tbg/bulan. |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|---|---------------------|------|------|--|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 8 | kombinasi, setiap dosis mengandung: | | | | | |
| | a. | budesonid 80 mcg | | | | |
| | b. | formoterol 4,5 mcg | | | | |
| | a) | Untuk terapi rumatan pada penderita asma. | | | | |
| | b) | Tidak diindikasikan untuk bronkospasme akut. | | | | |
| | 1. | ih* | | √ | √ | Asma persisten ringan-sedang: 2 tbg/bulan. Asma persisten berat: 3 tbg/bulan. |
| 9 | kombinasi, setiap dosis mengandung: | | | | | |
| | a. | budesonid 160 mcg | | | | |
| | b. | formoterol 4,5 mcg | | | | |
| | a) | Untuk terapi rumatan pada penderita asma atau terapi rumatan pada PPOK. | | | | |
| | b) | Tidak diindikasikan untuk bronkospasme akut. | | | | |
| | 1. | ih* | | √ | √ | Asma persisten berat, PPOK berat: 1 tbg/bulan. |
| 10 | kombinasi, setiap dosis mengandung: | | | | | |
| | a. | ipratropium bromida 0,02 mg | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL | |
|--------------|---|--|---------------------|------|------|--------------------|--|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | | |
| | b. | fenoterol hidrobromida | 0,05 mg | | | | |
| | Sesudah rujuk balik, dapat diberikan maksimal hingga 3 bulan di Faskes Tk. 1. | | | | | | |
| | 1. | aerosol* | | √ | √ | | |
| 11 | kombinasi : | | | | | | |
| | a. | ipratropium bromida | 0,5 mg | | | | |
| | b. | salbutamol | 2,5 mg | | | | |
| | Hanya untuk: | | | | | | |
| | a) | Serangan asma akut. | | | | | |
| | b) | Bronkospasme yang menyertai PPOK. | | | | | |
| | c) | SOPT (Sindrom Obstruksi Pasca Tuberkulosis). | | | | | |
| | d) | Sebagai <i>nebulizer</i> di UGD dan ruang perawatan. | | | | | |
| | 1. | cairan ih | | √ | √ | √ | Hari pertama maks 8 vial/hari, selanjutnya maks 4 vial/hari paling lama 5 hari. Kasus ICU maks 10 vial/hari. |
| 12 | kombinasi: | | | | | | |
| | a. | salmeterol | 25 mcg | | | | |
| | b. | flutikason propionat | 50 mcg | | | | |
| | Tidak diberikan pada kasus asma akut. | | | | | | |
| | 1. | ih 50 mcg/puff* | | | √ | √ | 1 tbg/bulan. |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|------------------------------|---------------------|------|------|--------------------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 13 | kombinasi : | | | | | |
| | a. | salmeterol 50 mcg | | | | |
| | b. | flutikason propionat 100 mcg | | | | |
| | Tidak diberikan pada kasus asma akut. | | | | | |
| | 1. | ih 100 mcg/puff* | | √ | √ | 1 tbg/bulan. |
| 14 | kombinasi : | | | | | |
| | a. | salmeterol 50 mcg | | | | |
| | b. | flutikason propionat 250 mcg | | | | |
| | Tidak diberikan pada kasus asma akut. | | | | | |
| | 1. | ih 250 mcg/puff* | | √ | √ | 1 tbg/bulan. |
| 15 | metilprednisolon | | | | | |
| | 1. | tab 4 mg* | √ | √ | √ | Maks 10 tab/kasus. |
| | 2. | tab 8 mg* | | √ | √ | |
| | 3. | tab 16 mg | | √ | √ | |
| | 4. | serb inj 125 mg | | √ | √ | |
| 16 | prokaterol | | | | | |
| | Hanya untuk <i>nocturnal asthma</i> yang tidak respons dengan pemberian salbutamol. | | | | | |
| | 1. | serb ih 10 mcg | | √ | √ | |
| | 2. | cairan ih 30 mcg | | √ | √ | |
| | 3. | cairan ih 50 mcg | | √ | √ | |
| 17 | salbutamol | | | | | |
| | 1. | tab 2 mg* | √ | √ | √ | |
| | 2. | tab 4 mg* | √ | √ | √ | |
| | 3. | cairan ih 1 mg/mL | √ | √ | √ | Hari pertama maks 8 vial/hari, |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|--|---------------------|------|------|---|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | | | | | | selanjutnya maks 4 vial/hari. Kasus di ICU maks 10 vial/hari. |
| | | Hanya untuk serangan asma akut dan / atau bronkospasme yang menyertai PPOK atau SOPT (Sindrom Obstruksi Pasca Tuberkulosis). | | | | |
| | 4. | sir 2 mg/5 mL* | | √ | √ | |
| | 5. | MDI/aerosol 100 mcg/dosis* | | √ | √ | Asma persisten ringan-sedang, SOPT: 1 tbg/bulan. Asma persisten berat, PPOK: 2 tbg/bulan. |
| | | Hanya untuk serangan asma akut dan / atau bronkospasme yang menyertai PPOK atau SOPT (Sindrom Obstruksi Pasca Tuberkulosis). | | | | |
| | 6. | serb ih 200 mcg/kaps + rotahaler* | | √ | √ | |
| 18 | teofilin* | | | | | |
| | 1. | tab 150 mg | | √ | √ | |
| | 2. | tab lepas lambat 300 mg | | √ | √ | |
| 19 | terbutalin | | | | | |
| | 1. | tab 2,5 mg* | | √ | √ | |
| | 2. | sir 1,5 mg/5 mL | | √ | √ | 1 btl/kasus. |
| | 3. | inj 0,5 mg/mL (s.k./i.v.) | √ | √ | √ | 4 amp/hari. |
| | | Hanya untuk serangan asma akut dan/atau PPOK. | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--|---|---|---------------------|------|------|--|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | 4. | cairan ih 2,5 mg/mL | √ | √ | √ | Hari pertama maks 8 vial/hari, selanjutnya maks 4 vial/hari. Kasus di ICU maks 10 vial/hari. |
| | | Hanya untuk serangan asma akut dan/atau PPOK. | | | | |
| | 5. | serb ih 0,50 mg/dosis* | | √ | √ | 1 tbg/bulan. |
| | | Hanya untuk serangan asma akut dan/atau PPOK. | | | | |
| 20 | tiotropium | | | | | |
| | Tidak diberikan pada pasien PPOK yang memiliki komplikasi kardiovaskular. | | | | | |
| | 1. | respimat ih 5 mcg/semprot | | | √ | 1 canister/bulan. |
| 26.2 ANTITUSIF | | | | | | |
| 1 | kodein | | | | | |
| | 1. | tab 10 mg | √ | √ | √ | |
| | 2. | tab 15 mg | | √ | √ | |
| | 3. | tab 20 mg | | √ | √ | |
| 26.3 EKSPEKTORAN | | | | | | |
| 1 | n-asetil sistein | | | | | |
| | 1. | ih 100 mg/mL | | √ | √ | 3 amp/hari paling lama 10 hari. |
| | 2. | kaps 200 mg* | √ | √ | √ | maks 10 kaps/kasus. |
| | 3. | granula 200 mg | | √ | √ | 3 x sehari (600 mg/hari). |
| 26.4 OBAT untuk PENYAKIT PARU OBSTRUKSI KRONIS | | | | | | |
| 1 | indakaterol | | | | | |
| | 1. | serb ih 150 mcg | | √ | √ | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|--|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | 2. | serbih 300 mcg | | √ | √ | |
| 2 | ipratropium bromida | | | | | |
| | a) | Untuk pasien PPOK dengan eksaserbasi akut. | | | | |
| | b) | Tidak untuk jangka panjang. | | | | |
| | 1. | aerosol 20 mcg/semprot* | √ | √ | √ | 1 tbg/bulan. |
| | 2. | cairan ih 0,025% | √, PP | √ | √ | |
| 3 | kombinasi: | | | | | |
| | a. | ipratropium bromida 0,5 mg | | | | |
| | b. | salbutamol 2,5 mg | | | | |
| | Hanya untuk: | | | | | |
| | a) | Serangan asma akut. | | | | |
| | b) | Bronkospasme yang menyertai PPOK. | | | | |
| | c) | SOPT (Sindrom Obstruksi Pasca Tuberkulosis). | | | | |
| | 1. | cairan ih | √ | √ | √ | |
| 4 | kombinasi: | | | | | |
| | a. | salmeterol 50 mcg | | | | |
| | b. | flutikason propionat 500 mcg | | | | |
| | 1. | ih 500 mcg/puff* | | √ | √ | 1 tbg/bulan. |
| 5 | olodaterol | | | | | |
| | Tidak untuk mengatasi eksaserbasi akut. | | | | | |
| | 1. | cairan ih 2,5 mcg/semprot | | √ | √ | 1 tbg/bulan. |
| 6 | tiotropium* | | | | | |
| | Satu paket berisi 30 kapsul dan 1 <i>handihaler</i> . | | | | | |
| | 1. | serbih 18 mcg + <i>handihaler</i> | | √ | √ | 1 x setahun. |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|---------------------------------------|---|---|---------------------|------|------|--------------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | 2. | serb ih 18 mcg, <i>refill</i> | | √ | √ | 30 kaps/bulan. |
| 26.5 LAIN - LAIN | | | | | | |
| 1 | surfaktan | | | | | |
| | Hanya untuk IRDS (<i>Idiopathic Respiratory Distress Syndrome</i>) pada neonatus. | | | | | |
| | 1. | susp 25 mg/mL (intratrakeal) | | √ | √ | |
| 27. OBAT yang MEMENGARUHI SISTEM IMUN | | | | | | |
| 27.1 SERUM dan IMUNOGLOBULIN | | | | | | |
| 1 | hepatitis B imunoglobulin (human) | | | | | |
| | Untuk bayi baru lahir dengan ibu HBsAg positif. | | | | | |
| | 1. | inj 150 IU/1,5 mL | √ | √ | √ | |
| | 2. | inj 220 IU/mL | √ | √ | √ | 1 <i>syringe</i> /kasus. |
| 2 | <i>human tetanus imunoglobulin</i> | | | | | |
| | Untuk: | | | | | |
| | a) | Luka baru terkontaminasi pada pasien dengan riwayat vaksinasi tetanus yang tidak diketahui/tidak lengkap. | | | | |
| | b) | Manifestasi tetanus secara klinis. | | | | |
| | 1. | inj 250 IU (i.m.) | √ | √ | √ | |
| | 2. | inj 500 IU (i.m.) | √ | √ | √ | |
| 3 | imunoglobulin intravena | | | | | |
| | Hanya digunakan bila plasmafaresis tidak memberikan respons pada terapi: | | | | | |
| | a) | <i>Guillain-Barré syndrome</i> (GBS). | | | | |
| | b) | Krisis miastenia. | | | | |
| | 1. | inj 50 mg/mL | | | √ | 40 amp/kasus. |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|---|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 4 | serum anti bisa ular : | | | | | |
| | a) | Khusus untuk daerah tertentu. | | | | |
| | b) | Disimpan pada suhu 2 - 8 °C. | | | | |
| | A.B.U. I (khusus ular dari luar Papua) | | | | | |
| | 1. | inj (i.m./i.v.) | √ | √ | √ | |
| | A.B.U.II (khusus ular dari Papua) | | | | | |
| | 1. | inj (i.m./i.v.) | √ | √ | √ | |
| 5 | serum antidifteri (A.D.S) | | | | | |
| | Disimpan pada suhu 2 - 8 °C. | | | | | |
| | 1. | inj 10.000 IU/mL (i.m.) | | √ | √ | |
| | 2. | inj 20.000 IU/mL (i.m.) | | √ | √ | |
| 6 | serum antirabies | | | | | |
| | a) | Digunakan untuk pengobatan <i>post exposure</i> di daerah rabies. | | | | |
| | b) | Disimpan pada suhu 2 - 8 °C. | | | | |
| | 1. | inj 100 IU/mL | √ | √ | √ | |
| | 2. | inj 200-400 IU/mL | √ | √ | √ | |
| 7 | serum antitetanus (A.T.S) | | | | | |
| | Disimpan pada suhu 2 - 8 °C. | | | | | |
| | Untuk pencegahan: | | | | | |
| | 1. | inj 1.500 IU/mL (i.m.) | √ | √ | √ | |
| | 2. | inj 5.000 IU/mL (i.m.) | √ | √ | √ | |
| | Untuk pengobatan : | | | | | |
| | 1. | inj 10.000 IU (i.m/i.v.) | √ | √ | √ | |
| | 2. | inj 20.000 IU (i.m/i.v.) | √ | √ | √ | |
| 8 | tetanus toxoid | | | | | |
| | 1. | inj | √ | √ | √ | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|-----------------|---|---|------|------|--------------------|
| | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 27.2 VAKSIN | | | | | |
| <i>Catatan:</i> | | | | | |
| a) | <i>Disediakan oleh Program Kemenkes.</i> | | | | |
| b) | Disimpan pada suhu 2 - 8 °C. | | | | |
| 1 | vaksin BCG | | | | |
| | a) Disimpan dekat evaporator. | | | | |
| | b) Vaksin yang telah dilarutkan tetapi tidak segera digunakan maka harus disimpan pada suhu 2-8°C tidak lebih dari 3 jam penyimpanan. | | | | |
| 1. | serb inj 0,75 mg/mL + pelarut (i.k.) | √ | √ | √ | |
| 2 | <i>Catatan: masih dapat digunakan sampai dengan Agustus 2018, hanya untuk daerah diluar pulau Jawa.</i> | | | | |
| | vaksin campak | | | | |
| | 1. | serb inj + pelarut (s.k.) | √ | √ | √ |
| 3 | vaksin hepatitis rekombinan | | | | |
| | Diberikan pada bayi < 24 jam pasca lahir dengan didahului suntikan vitamin K1 2-3 jam sebelumnya. | | | | |
| | 1. | inj <i>Prefilled Injection Device (Uniject)</i> 0,5 mL (i.m.) | √ | √ | √ |
| 4 | vaksin kombinasi DPT-HB-Hib | | | | |
| | 1. | inj (i.m.) | √ | √ | √ |
| 5 | vaksin jerap difteri tetanus (DT) | | | | |
| | untuk anak < 7 tahun. | | | | |
| | 1. | inj 40/15 lf per mL (i.m.) | √ | √ | √ |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|---|---|--|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 6 | vaksin jerap tetanus difteri (Td) | | | | | |
| | untuk anak dan dewasa (≥ 7 tahun) | | | | | |
| | 1. | inj 15/4 lf per mL (i.m.) | √ | √ | √ | |
| 7 | vaksin measles rubella (MR) | | | | | |
| | a) | Disimpan dekat evaporator. | | | | |
| | b) | Vaksin yang telah dilarutkan disimpan pada suhu 2 - 8 °C selama dan harus digunakan sebelum lewat 6 jam. | | | | |
| | c) | Digunakan pada usia 9 bulan, 18 bulan, dan kelas 1 SD. | | | | |
| 1. | inj 0,5 mL (s.k.) | √ | √ | √ | | |
| 8 | vaksin bivalen OPV (b-OPV) | | | | | |
| | 1. | <i>drops</i> 10 dosis | √ | √ | √ | |
| 9 | vaksin polio IPV | | | | | |
| | 1. | inj 0,5 mL (i.m.) | √ | √ | √ | |
| 10 | vaksin rabies, untuk manusia | | | | | |
| | Digunakan untuk <i>post-exposure</i> di daerah rabies. | | | | | |
| | 1. | serb inj + booster (s.k.) | √ | √ | √ | |
| | 2. | serb inj 2,5 IU (s.k.) | √ | √ | √ | |
| 28. OBAT untuk TELINGA, HIDUNG, dan TENGGOROK | | | | | | |
| 1 | asam asetat | | | | | |
| | Catatan: dibuat baru, <i>recenter paratus</i> (r.p.). | | | | | |
| | 1. | tts telinga 2% | √ | √ | √ | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------------------------|---|---|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 2 | flutikason furoat | | | | | |
| | Pemberian hanya pada pagi hari dengan dosis 1 kali sehari. | | | | | |
| | 1. | susp 27,5 mcg/spray | | √ | √ | 1 btl/bulan. |
| 3 | hidrogen peroksida | | | | | |
| | a) | Disimpan dalam botol kedap udara, terlindung dari cahaya. | | | | |
| | b) | Untuk diencerkan sampai 3%. | | | | |
| | 1. | cairan 3% | √ | √ | √ | |
| 4 | karbogliserin | | | | | |
| | 1. | tts telinga 10 % | √ | √ | √ | |
| 5 | kloral hidrat | | | | | |
| | 1. | lar | | √ | √ | |
| 6 | kloramfenikol | | | | | |
| | Untuk infeksi telinga dengan membran timpani yang utuh. | | | | | |
| | 1. | tts telinga | √ | √ | √ | |
| 7 | lidokain | | | | | |
| | 1. | spray oral 10% | √ | √ | √ | |
| 8 | oksimetazolin | | | | | |
| | 1. | tts hidung 0,025% | √ | √ | √ | |
| | 2. | tts hidung 0,050% | √ | √ | √ | |
| 9 | ofloksasin | | | | | |
| | 1. | tts telinga 3% | | √ | √ | |
| 10 | triamsinolon asetonid | | | | | |
| | 1. | nasal spray 55 mcg/puff | | √ | √ | |
| 29. VITAMIN dan MINERAL | | | | | | |
| 1 | asam askorbat (vitamin C) | | | | | |
| | 1. | tab 50 mg | √ | √ | √ | |
| | 2. | tab 250 mg | √ | √ | √ | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|----------------------------------|------------------------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 2 | ergokalsiferol (vitamin D2) | | | | | |
| | Hanya untuk penyakit ginjal kronis <i>grade</i> 5 ke atas dan pasien hipoparatiroid pemeriksaan kadar kalsium ion 1,1 - 2,5 mmol. | | | | | |
| | 1. | kaps 50.000 IU | √ | √ | √ | |
| | 2. | susp 10.000 IU/mL | √ | √ | √ | |
| 3 | ferro fumarat | | | | | |
| | 1. | kaps lunak 300 mg | √ | √ | √ | |
| 4 | ferro sulfat | | | | | |
| | 1. | tab sal 300 mg | √ | √ | √ | |
| 5 | kalsitriol* | | | | | |
| | Hanya untuk penyakit ginjal kronis <i>grade</i> 5 dan pasien hipoparatiroid pemeriksaan kadar kalsium ion 1,1 - 2,5 mmol. | | | | | |
| | 1. | kaps lunak 0,25 mcg | | √ | √ | 90 kaps/bulan. |
| | 2. | kaps lunak 0,5 mcg | | √ | √ | 90 kaps/bulan. |
| 6 | kalsium glukonat | | | | | |
| | 1. | inj 10% | √ | √ | √ | |
| 7 | kalsium karbonat* | | | | | |
| | 1. | tab 500 mg | √ | √ | √ | |
| 8 | kalsium laktat (kalk) | | | | | |
| | Untuk hipoparatiroidisme. | | | | | |
| | 1. | tab 500 mg | √ | √ | √ | |
| 9 | kombinasi : | | | | | |
| | a. | Fe sulfat/Fe fumarat/Fe glukonat | (setara dengan 60 mg Fe elemental) | | | |
| | b. | asam folat | 0,4 mg | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--|---|---|---------------------|------|------|--------------------|
| | | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| | 1. | tab sal | √ | √ | √ | |
| 10 | piridoksin (vitamin B6) | | | | | |
| | 1. | tab 10 mg* | √ | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 2. | tab 25 mg* | √ | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| | 3. | inj 50 mg/mL | √ | √ | √ | |
| 11 | retinol (vitamin A) | | | | | |
| | 1. | kaps lunak 100.000 IU | √ | √ | √ | |
| | 2. | kaps lunak 200.000 IU | √ | √ | √ | |
| 12 | sianokobalamin (vitamin B12)* | | | | | |
| | 1. | tab 50 mcg | √ | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 13 | tiamin (vitamin B1)* | | | | | |
| | 1. | tab 50 mg | √ | √ | √ | 30 tab/bulan. |
| 14 | vitamin B kompleks | | | | | |
| | 1. | tab | √ | √ | √ | |
| 30. OBAT yang MEMENGARUHI STRUKTUR dan MINERALISASI TULANG | | | | | | |
| 1 | alendronat | | | | | |
| | Pasien dengan osteoporosis, hasil pemeriksaan BMD DXA, T score < -2,5 (bukan BMD <i>ultrasound</i>) dengan riwayat fraktur dalam 6 bulan terakhir. | | | | | |
| | 1. | tab 70 mg | | | √ | 1 tab/minggu. |
| 2 | asam zoledronat | | | | | |
| | 1. | inf 5 mg/100 mL | | | √ | |
| | a) | Pasien dengan osteoporosis, hasil pemeriksaan BMD DXA, T score < -2,5 (bukan BMD <i>ultrasound</i>); dan | | | | |
| | b) | Pernah mengalami fraktur dalam 6 bulan terakhir. | | | | |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | FASILITAS KESEHATAN | | | PERESEPAN MAKSIMAL |
|-----------------|---|---------------------|------|------|--------------------|
| | | TK 1 | TK 2 | TK 3 | |
| 3 | risedronat | | | | |
| | Pasien dengan osteoporosis, hasil pemeriksaan BMD DXA, T score < -2,5 (bukan BMD <i>ultrasound</i>) dengan riwayat fraktur dalam 6 bulan terakhir. | | | | |
| | 1. tab sal selaput 35 mg | | | √ | 1 tab/minggu. |
| 31. LAIN – LAIN | | | | | |
| 1 | sevelamer karbonat | | | | |
| | Hanya untuk pasien CKD <i>stage 5</i> dialisis dengan kadar fosfat > 5,5 mg/dL dan kadar kalsium > 9 mg/dL yang tidak dapat diberikan kalsium karbonat. | | | | |
| | 1. tab 800 mg | | √ | √ | |

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIC INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK