



KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR HK.01.07/MENKES/6485/2021  
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.01.07/MENKES/813/2019 tentang Formularium Nasional sebagaimana telah diubah dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/350/2020 tentang Perubahan atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/813/2019 tentang Formularium Nasional, 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) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
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) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
3. Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5062) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
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) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020

- Nomor 245, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6573);
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 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 165) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 130) ;
  8. Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2021 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 83);
  9. 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 7 Tahun 2021 tentang Perubahan Keempat atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 3);
  10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2016 tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 761);
  11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1146);

12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 189/MENKES/SK/III/2006 tentang Kebijakan Obat Nasional;
13. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/068/I/2010 tentang Kewajiban Menggunakan Obat Generik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah;
14. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/498/2020 tentang Komite Nasional Penyusunan Formularium Nasional;
15. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/6477/2021 tentang Daftar Obat Esensial Nasional;

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG FORMULARIUM NASIONAL.

KESATU : Menetapkan 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 digunakan sebagai acuan penulisan resep pada pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.

KETIGA : Dalam hal obat yang dibutuhkan tidak tercantum dalam Formularium Nasional, dapat digunakan obat lain secara terbatas berdasarkan persetujuan Kepala atau Direktur Rumah Sakit setempat.

KEEMPAT : Setiap perubahan dalam Lampiran ini 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 : Peserta Jaminan Kesehatan Nasional penderita *Non small Cell Lung Cancer* (NSCLC) jenis *non squamous* yang *locally advance* atau metastatik dengan *Epidermal Growth Factor Receptor* (EGFR) exon 19 delesi atau mutasi substitusi exon 21 (L858R), dan yang belum pernah mendapatkan *Tyrosine Kinase Inhibitor* (TKI) sebelumnya, yang sedang dalam proses pengobatan dengan afatinib, tetap berhak menerima obat afatinib sesuai dengan siklus terapinya atau obat dihentikan jika respons terhadap obat kurang dari 50% (lima puluh persen), setelah 3 (tiga) siklus.

KETUJUH : Pada saat Keputusan Menteri ini mulai berlaku:

- a. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/813/2020 tentang Formularium Nasional; dan
- b. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/350/2020 tentang Perubahan atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/813/2020 tentang Formularium Nasional;

dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

KEDELAPAN : Keputusan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal 1 Januari 2022.

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 14 Oktober 2021

MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

BUDI G. SADIKIN

Salinan sesuai dengan aslinya

Kepala Biro Hukum dan Organisasi  
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,



Sundoyo, SH, MKM, M.Hum

NIP 196504081988031002

LAMPIRAN  
KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR HK.01.07/MENKES/6485/2021  
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 berat dan harus diberikan oleh tim medis yang dapat melakukan resusitasi.      |                     |      |      |                    |
|   | b) patch:<br>- Untuk nyeri kronik pada pasien kanker yang tidak terkendali.<br>- Tidak untuk nyeri akut. |                     |      |      |                    |
|   | 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.     |
|   | Hanya boleh diresepkan oleh tim manajemen nyeri RS atau tim onkologi ( <i>tumor board</i> ) RS.          |                     |      |      |                    |
| 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   | √                   | √    | √    | 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 20 mg  | √                   | √    | √    | 30 tab/bulan.               |
| 4            | morfin  |  |                     |      |      |                             |
|              | a)  | Hanya untuk pemakaian pada tindakan anestesi atau perawatan di Rumah Sakit;  |                     |      |      |                             |
|              | b)  | Untuk mengatasi nyeri kanker yang tidak respons terhadap analgesik non narkotik;   |                     |      |      |                             |
|              | c)  | Untuk 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            | oksikodon   |  |                     |      |      |                             |
|              | a)  | kaps/tab lepas lambat:<br>- Untuk nyeri berat yang memerlukan terapi opioid jangka panjang, <i>around-the-clock</i> .<br>- Tidak untuk terapi <i>as needed</i> (prn).<br>- Pasien tidak memiliki gangguan respirasi.<br>- Harus dimulai dengan dosis paling rendah pada pasien yang belum pernah mendapat opioid sebelumnya. |                     |      |      |                             |
|              | b)  | larutan oral:<br>- Hanya untuk <i>breakthrough pain</i> dan <i>emergency pain</i> .  |                     |      |      |                             |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|---|---------------------|------|------|--------------------|
|              |   |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
|              |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tidak memiliki gangguan respirasi.</li> <li>- Harus dimulai dengan dosis paling rendah pada pasien yang belum pernah mendapat opioid sebelumnya.</li> </ul>   |                     |      |      |                    |
|              | c)  | inj: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hanya untuk nyeri akut.</li> <li>- Pasien tidak memiliki gangguan respirasi.</li> <li>- Harus dimulai dengan dosis paling rendah pada pasien yang belum pernah mendapat opioid sebelumnya.</li> </ul> |                     |      |      |                    |
|              | 1.  | kaps 5 mg   |                     | √    | √    | 60 kaps/bulan.     |
|              | 2.  | kaps 10 mg  |                     | √    | √    | 60 kaps/bulan.     |
|              | 3.  | kaps 20 mg  |                     |      | √    | 60 kaps/bulan.     |
|              | 4.  | tab lepas lambat 10 mg  |                     | √    | √    | 60 tab/bulan.      |
|              | 5.  | tab lepas lambat 15 mg  |                     | √    | √    | 60 tab/bulan.      |
|              | 6.  | tab lepas lambat 20 mg  |                     | √    | √    | 60 tab/bulan.      |
|              | 7.  | lar oral 5 mg/5 mL  |                     | √    | √    | 2 btl/bulan.       |
|              | 8.  | lar oral <i>concentrate</i> 10 mg/mL  |                     | √    | √    | 2 btl/bulan.       |
|              |   | Tidak digunakan untuk anak usia < 18 tahun  |                     |      |      |                    |
|              | 9.  | inj 10 mg/mL  |                     | √    | √    | 2 amp/hari.        |
| 6            |   | petidin   |                     |      |      |                    |
|              | 1.  | inj 50 mg/mL (i.m./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.   |                     |      |      |                    |



| KELAS TERAPI                      | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |   | FASILITAS KESEHATAN                     |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL   |
|-----------------------------------|---|---|---|------|------|--|
|                                   |   |   | TK 1                                    | TK 2 | TK 3 |  |
| 7                                 | remifentanil  |   |   |      |      |  |
|                                   | Hanya untuk tindakan anestesi yang diberikan dokter anestesi.           |   |   |      |      |  |
|                                   | 1.  | inj 1 mg  |   | √    | √    |  |
|                                   | 2.  | inj 2 mg  |   | √    | √    |  |
|                                   | 3.  | inj 5 mg  |   | √    | √    |  |
| 8                                 | sufentanil  |   |   |      |      |  |
|                                   | 1.  | inj 5 mcg/mL (i.v.)   |   | √    | √    | 3 vial/kasus.  |
|                                   |   | Hanya untuk tindakan anestesi yang diberikan dokter anestesi. |   |      |      |  |
| 9                                 | tramadol  |   |   |      |      |  |
|                                   | Hanya untuk nyeri sedang sampai berat yang intoleran terhadap NSAID.    |   |   |      |      |  |
|                                   | 1.  | inj 50 mg/mL  |   | √    | √    | 2 amp/hari, maks 3 hari dalam 1 bulan.   |
| <b>1.2 ANALGESIK NON NARKOTIK</b> |   |   |   |      |      |  |
| 1                                 | asam mefenamat  |   |   |      |      |  |
|                                   | 1.  | kaps 250 mg   | √                                       | √    | √    | 30 kaps/bulan.   |
|                                   | 2.  | tab 500 mg  | √                                       | √    | √    | 30 tab/bulan.  |
| 2                                 | ibuprofen*  |   |   |      |      |  |
|                                   | 1.  | tab 200 mg  | √                                       | √    | √    | 30 tab/bulan.  |
|                                   | 2.  | tab 400 mg  | √                                       | √    | √    | - Untuk nyeri akut:<br>14 tab/kasus.<br>- Untuk nyeri kronis:<br>60 tab/bulan. |
|                                   | 3.  | susp 100 mg/5 mL  | √                                       | √    | √    | 1 btl/kasus.   |
|                                   | 4.  | susp 200 mg/5 mL  | √                                       | √    | √    | 1 btl/kasus.   |
|                                   | 5.  | inj 100 mg/mL   |   | √    | √    | Maks 3 vial/kasus.   |
|                                   |   |   | Digunakan untuk analgesik perioperatif. |      |      |  |
| 3                                 | ketoprofen  |   |   |      |      |  |
|                                   | 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 |                            |
|              | 2.  | sup 100 mg  |                     | √    | √    | 2 sup/hari, maks 3 hari.   |
|              |   | Untuk nyeri sedang sampai berat pada pasien yang tidak dapat menggunakan analgesik secara oral. |                     |      |      |                            |
| 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 <i>post</i> 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.              |
|              | 3.  | inj 25 mg/mL  |                     | √    | √    | Maks 2 hari.               |
|              | Hanya untuk nyeri akut pascaoperasi.  |   |                     |      |      |                            |
| 7            | parasetamol   |   |                     |      |      |                            |
|              | 1.  | tab 500 mg  | √                   | √    | √    | 30 tab/bulan.              |
|              | 2.  | sir 120 mg/5 mL   | √                   | √    | √    | 2 btl/kasus.               |
|              | 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                        |   |                     |      |      |                            |

| KELAS TERAPI                | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |                | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|-----------------------------|---|----------------|---------------------|------|------|--------------------|
|                             |   |                | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
|                             |   | berkelanjutan. |                     |      |      |                    |
| <b>1.3 ANTIPIRAI</b>        |   |                |                     |      |      |                    |
| 1                           | alopurinol  |                |                     |      |      |                    |
|                             | Tidak diberikan pada saat nyeri akut.                                   |                |                     |      |      |                    |
|                             | 1.  | tab 100 mg*    | √                   | √    | √    | 30 tab/bulan.      |
|                             | 2.  | tab 300 mg     | √                   | √    | √    | 60 tab/bulan.      |
| 2                           | kolkisin  |                |                     |      |      |                    |
|                             | 1.  | tab 500 mcg    | √                   | √    | √    | 30 tab/bulan.      |
| 3                           | probenesid  |                |                     |      |      |                    |
|                             | 1.  | tab 500 mg     | √                   | √    | √    | 30 tab/bulan.      |
| <b>1.4 NYERI NEUROPATIK</b> |   |                |                     |      |      |                    |
| 1                           | amitriptilin  |                |                     |      |      |                    |
|                             | 1.  | tab 25 mg      | √                   | √    | √    | 30 tab/bulan.      |
| 2                           | gabapentin  |                |                     |      |      |                    |
|                             | Hanya untuk neuralgia pascaherpes atau nyeri neuropati diabetik.        |                |                     |      |      |                    |
|                             | 1.  | kaps 100 mg    |                     | √    | √    | 60 kaps/bulan.     |
|                             | 2.  | kaps 300 mg    |                     | √    | √    | 30 kaps/bulan.     |
| 3                           | karbamazepin  |                |                     |      |      |                    |
|                             | Hanya untuk neuralgia trigeminal.                                       |                |                     |      |      |                    |
|                             | 1.  | tab 200 mg     | √                   | √    | √    | 120 tab/bulan.     |
| 4                           | pregabalin  |                |                     |      |      |                    |
|                             | Hanya untuk neuralgia pascaherpes atau nyeri neuropati diabetik.        |                |                     |      |      |                    |
|                             | 1.  | kaps 75 mg     |                     | √    | √    | 120 kaps/bulan.    |
| <b>2. ANESTETIK</b>         |   |                |                     |      |      |                    |
| <b>2.1 ANESTETIK LOKAL</b>  |   |                |                     |      |      |                    |
| 1                           | bupivakain  |                |                     |      |      |                    |
|                             | 1.  | inj 0,5%       |                     | √    | √    |                    |
| 2                           | bupivakain <i>heavy</i>   |                |                     |      |      |                    |
|                             | Khusus untuk analgesia spinal.  |                |                     |      |      |                    |

| KELAS TERAPI                          | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN  |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|---------------------------------------|--|---|---------------------|------|------|--------------------|
|                                       |  |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
|                                       | 1.   | inj 0,5% + glukosa 8%                           |                     | √    | √    |                    |
| 3                                     | etil klorida   |   |                     |      |      |                    |
|                                       | 1.   | spray 100 mL                                    | √                   | √    | √    |                    |
| 4                                     | lidokain   |   |                     |      |      |                    |
|                                       | 1.   | inj 2%  | √                   | √    | √    |                    |
|                                       | 2.   | gel 2%  | √, PP               | √    | √    |                    |
|                                       | 3.   | spray topikal 10%                               | √                   | √    | √    |                    |
| 5                                     | ropivakain   |   |                     |      |      |                    |
|                                       | 1.   | inj 7,5 mg/mL                                   |                     | √    | √    |                    |
| <b>2.2 ANESTETIK UMUM dan OKSIGEN</b> |  |   |                     |      |      |                    |
| 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                                     | desfluran  |   |                     |      |      |                    |
|                                       | 1.   | ih  |                     | √    | √    |                    |
| 3                                     | halotan  |   |                     |      |      |                    |
|                                       | a)   | Tidak boleh digunakan berulang.                 |                     |      |      |                    |
|                                       | b)   | Tidak untuk pasien dengan gangguan fungsi hati. |                     |      |      |                    |
|                                       | 1.   | ih  |                     | √    | √    |                    |
| 4                                     | isofluran  |   |                     |      |      |                    |
|                                       | 1.   | ih  |                     | √    | √    |                    |
| 5                                     | ketamin  |   |                     |      |      |                    |
|                                       | 1.   | inj 50 mg/mL (i.v.)                             |                     | √    | √    |                    |
|                                       | 2.   | inj 100 mg/mL (i.v.)                            |                     | √    | √    |                    |
| 6                                     | nitrogen oksida  |   |                     |      |      |                    |
|                                       | 1.   | ih, gas dalam tabung                            |                     | √    | √    |                    |
| 7                                     | oksigen  |   |                     |      |      |                    |
|                                       | 1.   | ih, gas dalam tabung                            | √                   | √    | √    |                    |

| KELAS TERAPI  | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN                      |                            | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL  |
|---|--|----------------------------|---------------------|------|------|---|
|   |  |                            | TK 1                | TK 2 | TK 3 |   |
| 8   | propofol   |                            |                     |      |      |   |
|   | 1.   | inj 1%                     |                     | √    | √    |   |
| 9   | sevofluran   |                            |                     |      |      |   |
|   | 1.   | ih                         |                     | √    | √    |   |
| 10  | tiopental  |                            |                     |      |      |   |
|   | 1.   | inj 500 mg (i.v.)          |                     | √    | √    |   |
|   | 2.   | inj 1.000 mg (i.v.)        |                     | √    | √    |   |
| <b>2.3 OBAT untuk PROSEDUR PRE OPERATIF</b>           |  |                            |                     |      |      |   |
| 1   | atropin  |                            |                     |      |      |   |
|   | 1.   | inj 0,25 mg/mL (i.v./s.k.) | √                   | √    | √    |   |
| 2   | diazepam   |                            |                     |      |      |   |
|   | 1.   | inj 5 mg/mL                | √                   | √    | √    |   |
| 3   | midazolam  |                            |                     |      |      |   |
|   | Dapat digunakan untuk premedikasi sebelum induksi anestesi dan rumatan selama anestesi umum. |                            |                     |      |      |   |
|   | 1.   | inj 1 mg/mL (i.v.)         |                     | √    | √    | - Dosis rumatan:<br>1 mg/jam (24 mg/hari).<br>- Dosis premedikasi:<br>8 vial/kasus. |
|   | 2.   | inj 5 mg/mL (i.v.)         |                     | √    | √    |   |
| Dapat digunakan untuk sedasi pada pasien ICU dan HCU. |  |                            |                     |      |      |   |
| <b>3. ANTIALERGI dan OBAT untuk ANAFILAKSIS</b>       |  |                            |                     |      |      |   |
| 1   | deksametason   |                            |                     |      |      |   |
|   | 1.   | inj 5 mg/mL                | √                   | √    | √    | 20 mg/hari.   |
| 2   | difenhidramin  |                            |                     |      |      |   |
|   | 1.   | inj 10 mg/mL (i.v./i.m.)   | √                   | √    | √    | 30 mg/hari.   |
| 3   | epinefrin (adrenalin)  |                            |                     |      |      |   |
|   | 1.   | inj 1 mg/mL                | √                   | √    | √    |   |
| 4   | hidrokortison  |                            |                     |      |      |   |
|   | 1.   | inj 100 mg                 | √                   | √    | √    |   |

| KELAS TERAPI                             | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |                       | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL   |
|--|---|-----------------------|---------------------|------|------|--|
|  |   |                       | TK 1                | TK 2 | TK 3 |  |
| 5  | klorfeniramin   |                       |                     |      |      |  |
|  | 1.  | tab 4 mg              | √                   | √    | √    | 3 tab/hari, maks 5 hari.   |
| 6  | loratadin   |                       |                     |      |      |  |
|  | 1.  | tab 10 mg             | √                   | √    | √    | - Urtikaria akut:<br>1 tab/hari, maks 5 hari, dilakukan di Faskes Tk. 1.<br>- Urtikaria kronik:<br>maks 30 tab/bulan, hanya dilakukan di Faskes Tk. 2 dan 3. |
| 7  | setirizin   |                       |                     |      |      |  |
|  | 1.  | tab 10 mg             | √                   | √    | √    | - Urtikaria akut:<br>1 tab/hari, maks 5 hari.<br>- Urtikaria kronik:<br>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 (i.v.) | √                   | √    | √    |  |
| 2  | kalsium glukonat  |                       |                     |      |      |  |
|  | 1.  | inj 10%               | √                   | √    | √    |  |
| 3  | nalokson  |                       |                     |      |      |  |
|  | Hanya untuk mengatasi depresi pernapasan akibat morfin atau opioid.     |                       |                     |      |      |  |

| KELAS TERAPI                  | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |  | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL                        |
|-------------------------------|---|--|---------------------|------|------|---|
|                               |   |  | TK 1                | TK 2 | TK 3 |   |
|                               | 1.  | inj 0,4 mg/mL                                  |                     | √    | √    |   |
| 4                             | natrium bikarbonat  |  |                     |      |      |   |
|                               | 1.  | tab 500 mg                                     | √                   | √    | √    |   |
|                               | 2.  | inj 8,4% (i.v.)<br><i>High alert medicine.</i> |                     | √    | √    |   |
| 5                             | natrium tiosulfat   |  |                     |      |      |   |
|                               | 1.  | inj 25% (i.v.)                                 | √                   | √    | √    |   |
| 6                             | neostigmin  |  |                     |      |      |   |
|                               | 1.  | inj 0,5 mg/mL                                  |                     | √    | √    |   |
| 7                             | protamin sulfat   |  |                     |      |      |   |
|                               | 1.  | inj 10 mg/mL (i.v.)                            |                     | √    | √    |   |
| 4.2 UMUM                      |   |  |                     |      |      |   |
| 1                             | magnesium sulfat  |  |                     |      |      |   |
|                               | 1.  | serb   | √                   | √    | √    |   |
| 5. ANTIPILEPSI - ANTIKONVULSI |   |  |                     |      |      |   |
| 1                             | diazepam  |  |                     |      |      |   |
|                               | 1.  | inj 5 mg/mL                                    | √                   | √    | √    | 10 amp/kasus, kecuali untuk kasus di ICU. |
|                               | Tidak untuk i.m.  |  |                     |      |      |   |
|                               | 2.  | enema 5 mg/2,5 mL                              | √                   | √    | √    | 2 tube/hari, bila kejang.                 |
|                               | 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*                                   | √                   | √    | √    | 120 kaps/bulan.                           |
|                               | 3.  | inj 50 mg/mL                                   | √                   | √    | √    |   |
| 3                             | fenobarbital  |  |                     |      |      |   |
|                               | 1.  | tab 30 mg*                                     | √                   | √    | √    | 120 tab/bulan.                            |
|                               | 2.  | tab 100 mg*                                    | √                   | √    | √    | 60 tab/bulan.                             |
|                               | 3.  | inj 50 mg/mL                                   | √                   | √    | √    | 40 mg/kgBB.                               |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN                   |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL                        |
|--------------|---|---|---------------------|------|------|---|
|              |   |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |   |
|              | 4.  | inj 100 mg/mL   |                     | √    | √    |   |
| 4            | karbamazepin*   |   |                     |      |      |   |
|              | 1.  | tab 200 mg  | √                   | √    | √    | 120 tab/bulan.                            |
|              | 2.  | sir 100 mg/5 mL   | √                   | √    | √    | 4 btl/bulan.                              |
| 5            | klonazepam  |   |                     |      |      |   |
|              | 1.  | tab 2 mg  |                     | √    | √    | 30 tab/bulan.                             |
| 6            | lamotrigin  |   |                     |      |      |   |
|              | a)  | Tidak digunakan sebagai lini pertama untuk epilepsi.                                    |                     |      |      |   |
|              | b)  | Dapat digunakan sebagai lini kedua pada ibu hamil atau pasien usia lanjut (> 65 tahun). |                     |      |      |   |
|              | 1.  | tab <i>dispersible</i> 25 mg  |                     | √    | √    | 30 tab/bulan (hanya untuk titrasi dosis). |
|              | 2.  | tab 50 mg   |                     | √    | √    | 400 mg/hari.                              |
|              | 3.  | tab 100 mg  |                     | √    | √    | 120 tab/bulan.                            |
|              |   |   |                     |      |      |   |
| 7            | levetirasetam   |   |                     |      |      |   |
|              | Sebagai terapi tambahan pada pasien epilepsi onset parsial.                               |   |                     |      |      |   |
|              | 1.  | tab 250 mg  |                     |      | √    | 60 tab/bulan.                             |
|              | 2.  | tab 500 mg  |                     |      | √    | 90 tab/bulan.                             |
| 8            | magnesium sulfat  |   |                     |      |      |   |
|              | Hanya untuk kejang pada preeklampsia dan eklampsia. Tidak digunakan untuk kejang lainnya. |   |                     |      |      |   |
|              | 1.  | inj 20% (i.v.)  | √                   | √    | √    |   |
|              | 2.  | inj 40% (i.v.)  | √                   | √    | √    |   |
| 9            | okskarbazepin   |   |                     |      |      |   |
|              | 1.  | susp 60 mg/mL*  |                     | √    | √    |   |
| 10           | topiramat   |   |                     |      |      |   |
|              | Digunakan untuk terapi pada epilepsi parsial.   |   |                     |      |      |   |



| KELAS TERAPI                 | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN  |                         | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|------------------------------|--|-------------------------|---------------------|------|------|--------------------|
|                              |  |                         | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
|                              | 1.   | tab 25 mg               |                     | √    | √    |                    |
|                              | 2.   | tab 50 mg               |                     | √    | √    |                    |
|                              | 3.   | tab 100 mg              |                     | √    | √    | 90 tab/bulan.      |
| 11                           | valproat*  |                         |                     |      |      |                    |
|                              | Dapat digunakan untuk epilepsi umum ( <i>general epilepsy</i> ).   |                         |                     |      |      |                    |
|                              | 1.   | tab lepas lambat 250 mg | √                   | √    | √    | 120 tab/bulan.     |
|                              | 2.   | tab lepas lambat 500 mg | √                   | √    | √    | 60 tab/bulan.      |
|                              | 3.   | tab sal enterik 250 mg  | √                   | √    | √    | 90 tab/bulan.      |
|                              | 4.   | sir 250 mg/5 mL         | √                   | √    | √    | 5 btl/bulan.       |
| 12                           | zonisamid  |                         |                     |      |      |                    |
|                              | Hanya digunakan pada pasien yang sudah pernah mendapat topiramate atau levetirasetam, namun tidak mencapai remisi (bebas serangan 1 tahun berturut-turut). |                         |                     |      |      |                    |
|                              | 1.   | tab sal selaput 100 mg  |                     |      | √    | 60 tab/bulan.      |
| 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        | √                   | √    | √    |                    |

| KELAS TERAPI        | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|---------------------|---|---|---------------------|------|------|--------------------|
|                     |   |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
| 4                   | prazikuantel  |   |                     |      |      |                    |
|                     | 1.  | tab 600 mg  | √                   | √    | √    |                    |
| 6.1.2 Antifilaria   |   |   |                     |      |      |                    |
| 1                   | dietilkarbamazin  |   |                     |      |      |                    |
|                     | 1.  | tab 100 mg  | √                   | √    | √    |                    |
|                     | Tidak digunakan untuk ibu hamil atau ibu 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  | √                   | √    | √    |                    |
| 6.2 ANTIBAKTERI     |   |   |                     |      |      |                    |
| 6.2.1. Beta laktam  |   |   |                     |      |      |                    |
| 1                   | amoksisilin   |   |                     |      |      |                    |
|                     | 1.  | tab 250 mg  | √                   | √    | √    | 10 hari.           |
|                     | 2.  | tab 500 mg  | √                   | √    | √    | 10 hari.           |
|                     | 3.  | drops 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.  | inj 250 mg (i.m./i.v.)  | √, PP               | √    | √    | 10 hari.           |
|                     | 2.  | inj 1.000 mg (i.v.)   | √, PP               | √    | √    | 10 hari.           |
| 3                   | benzatin benzilpenisilin  |   |                     |      |      |                    |
|                     | 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 250 mg  | √                   | √    | √    | 40 tab/bulan.      |
|                     | 2.  | tab 500 mg  | √                   | √    | √    | 20 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            | <i>Catatan: Direkonstitusi sesaat sebelum disuntikkan untuk mencegah hilangnya efikasi asam klavulanat.</i> |  |                     |      |          |                    |
|              | kombinasi KDT/FDC mengandung:   |  |                     |      |          |                    |
|              | a.  | amoksisilin 1.000 mg   |                     |      |          |                    |
|              | b.  | asam klavulanat 200 mg   |                     |      |          |                    |
|              | 1.  | inj 1.200 mg   |                     |      | √        |                    |
| 6            | kombinasi KDT/FDC mengandung:   |  |                     |      |          |                    |
|              | a.  | ampisilin 500 mg   |                     |      |          |                    |
|              | b.  | sulbaktam 250 mg   |                     |      |          |                    |
|              | 1.  | serb inj 750 mg  |                     |      | √        | 10 hari.           |
| 7            | kombinasi KDT/FDC mengandung:   |  |                     |      |          |                    |
|              | a.  | ampisilin 1.000 mg   |                     |      |          |                    |
|              | b.  | sulbaktam 500 mg   |                     |      |          |                    |
|              | 1.  | serb inj 1.500 mg  |                     |      | √        | 10 hari.           |
| 8            | kombinasi KDT/FDC mengandung:   |  |                     |      |          |                    |
|              | a.  | sefoperazon 500 mg   |                     |      |          |                    |
|              | b.  | sulbaktam 500 mg   |                     |      |          |                    |
|              | Diberikan atas persetujuan KFT/KPRA/pimpinan RS untuk:  |  |                     |      |          |                    |
|              | a)  | Antibiotik lini ketiga ( <i>reserved antibiotic</i> ).           |                     |      |          |                    |
|              | b)  | Infeksi berat yang tidak bisa diatasi dengan antibiotik tunggal. |                     |      |          |                    |
| 1.           | serb inj 1.000 mg   |  |                     | √    | 10 hari. |                    |
| 9            | prokain benzilpenisilin   |  |                     |      |          |                    |
|              | 1.  | inj 3 juta IU (i.m.)   | √                   | √    | √        | 3 vial/kasus.      |
| 10           | sefadroksil   |  |                     |      |          |                    |
|              | 1.  | kaps 250 mg  | √                   | √    | √        | 5 hari.            |
|              | 2.  | kaps 500 mg  | √                   | √    | √        | 5 hari.            |
|              | 3.  | sir kering 125 mg/5 mL   | √                   | √    | √        | 1 btl/kasus.       |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN  |  | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL                          |
|--------------|--|--|---------------------|------|------|---|
|              |  |  | TK 1                | TK 2 | TK 3 |   |
|              | 4.   | sir kering 250 mg/5 mL   | √                   | √    | √    | 1 btl/kasus.                                |
| 11           | sefaleksin   |  |                     |      |      |   |
|              | 1.   | kaps 500 mg  |                     | √    | √    | 5 hari.                                     |
| 12           | sefazolin  |  |                     |      |      |   |
|              | 1.   | inj 1.000 mg   |                     | √    | √    | Selama 24 jam.                              |
|              |  | Digunakan pada profilaksis bedah untuk mencegah terjadinya infeksi luka operasi.                               |                     |      |      |   |
| 13           | sefepim  |  |                     |      |      |   |
|              | a)   | Antibiotik lini ketiga ( <i>reserved antibiotic</i> ). Diberikan atas persetujuan KFT/KPRA/pimpinan RS.        |                     |      |      |   |
|              | b)   | Untuk demam neutropenia karena penggunaan kemoterapi atau radioterapi, dapat diberikan sebagai terapi empiris. |                     |      |      |   |
|              | 1.   | serb inj 1.000 mg  |                     | √    | √    | 3 g/hari sampai ANC > 500/mm <sup>3</sup> . |
| 14           | sefiksim   |  |                     |      |      |   |
|              | Hanya untuk pasien rawat inap yang sebelumnya mendapatkan antibiotik parenteral sefalosporin generasi tiga atau sesuai hasil uji resistensi. |  |                     |      |      |   |
|              | 1.   | tab/kaps 100 mg  |                     | √    | √    | 10 hari.                                    |
|              | 2.   | tab/kaps 200 mg  |                     | √    | √    | 10 hari.                                    |
|              | 3.   | sir 100 mg/5 mL  |                     | √    | √    | 1 btl/kasus.                                |
| 15           | sefoperazon  |  |                     |      |      |   |
|              | 1.   | serb inj 1.000 mg  |                     | √    | √    | 3 g/hari selama 7 hari.                     |
|              |  | Diberikan atas persetujuan KFT/KPRA/pimpinan RS untuk:   |                     |      |      |   |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL                          |
|--------------|---|---|---------------------|------|------|---|
|              |   |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |   |
|              | a)  | Antibiotik lini ketiga ( <i>reserved antibiotic</i> ).  |                     |      |      |   |
|              | b)  | Mengatasi infeksi pada pasien yang mengalami penurunan fungsi ginjal.   |                     |      |      |   |
| 16           | sefotaksim  |   |                     |      |      |   |
|              | 1.  | serb inj 500 mg   |                     | √    | √    | 10 hari.                                    |
|              | 2.  | serb inj 1.000 mg   |                     | √    | √    | 10 hari.                                    |
| 17           | sefpirom  |   |                     |      |      |   |
|              | a)  | Antibiotik lini ketiga ( <i>reserved antibiotic</i> ). Diberikan atas persetujuan KFT/KPRA/pimpinan RS.   |                     |      |      |   |
|              | b)  | Untuk demam neutropenia karena penggunaan kemoterapi atau radioterapi, dapat diberikan sebagai terapi empiris.  |                     |      |      |   |
|              | 1.  | serb inj 1.000 mg   |                     | √    | √    | 3 g/hari sampai ANC > 500/mm <sup>3</sup> . |
| 18           | sefpodoksim proksetil   |   |                     |      |      |   |
|              | 1.  | tab sal selaput 100 mg  |                     | √    | √    | 2 tab/hari selama 7 hari.                   |
| 19           | seftazidim  |   |                     |      |      |   |
|              | 1.  | serb inj 1.000 mg   |                     | √    | √    | 3 g/hari selama 7 hari.                     |
|              |   | Antibiotik lini ketiga ( <i>reserved antibiotic</i> ), untuk infeksi yang terbukti disebabkan oleh <i>Pseudomonas aeruginosa</i> . Diberikan atas persetujuan KFT/KPRA/pimpinan RS. |                     |      |      |   |

| KELAS TERAPI           | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN  |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL   |
|------------------------|--|---|---------------------|------|------|--|
|                        |  |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |  |
| 20                     | seftriakson  |   |                     |      |      |  |
|                        | 1.   | inj 1.000 mg                                |                     | √    | √    | 2 g/hari selama 7 hari. Untuk meningitis 4 g/hari selama 14 hari.                              |
| 21                     | 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.   |
| 6.2.2 Antibakteri Lain |  |   |                     |      |      |  |
| 6.2.2.1 Tetrasiklin    |  |   |                     |      |      |  |
| 1                      | doksisiklin  |   |                     |      |      |  |
|                        | Tidak digunakan untuk anak usia < 6 tahun, ibu hamil, atau ibu menyusui. |   |                     |      |      |  |
|                        | 1.   | kaps 50 mg                                  |                     | √    | √    | - 2 kaps/hari selama 10 hari.<br>- <i>Acne vulgaris</i> :<br>50-100 mg/ hari hingga 12 minggu. |
|                        |  | Hanya untuk penggunaan pada mata dan kulit. |                     |      |      |  |
| 2.                     | kaps 100 mg  | √   | √                   | √    |      |  |
| 2                      | oksitetrasiklin  |   |                     |      |      |  |
|                        | 1.   | inj 50 mg/mL (i.m.)                         |                     | √    | √    |  |
| 3                      | tetrasiklin  |   |                     |      |      |  |
|                        | Tidak digunakan untuk anak usia < 6 tahun, ibu hamil, atau ibu menyusui. |   |                     |      |      |  |
|                        | 1.   | kaps 250 mg                                 | √                   | √    | √    | 4 kaps/hari selama 5 hari.   |
|                        | 2.   | kaps 500 mg                                 | √                   | √    | √    |  |
| 6.2.2.2 Kloramfenikol  |  |   |                     |      |      |  |
| 1                      | kloramfenikol  |   |                     |      |      |  |
|                        | 1.   | kaps 250 mg                                 | √                   | √    | √    | - 4 kaps/hari selama 5 hari.   |
|                        | 2.   | kaps 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 meningitis:<br>Anak: 2 g/hari selama 14 hari.<br>Dewasa: 4 g/hari selama 14 hari.   |
|                                     | 3.  | susp 125 mg/5 mL        | √                   | √    | √    | - 5 hari.<br>- Untuk meningitis: maks 14 hari.  |
|                                     | 4.  | inj 1.000 mg            | √, PP               | √    | √    | 14 hari.  |
| 6.2.2.3 Sulfametoksazol-Trimetoprim |   |                         |                     |      |      |   |
| 1                                   | kotrimoksazol (dewasa)  |                         |                     |      |      |   |
|                                     | 1.  | tab 400/80 mg           | √                   | √    | √    | 4 tab/hari selama 10 hari kecuali pada <i>immunocompromised</i> selama 21 hari.   |
| 2                                   | kotrimoksazol forte (dewasa)  |                         |                     |      |      |   |
|                                     | 1.  | tab 800/160 mg          | √                   | √    | √    | - Profilaksis pada pasien HIV:<br>1 tab/hari sampai CD4 > 200 sel/mikroliter.<br>- Infeksi yang sensitif terhadap kotrimoksazol:<br>2 tab/hari selama 10 hari.<br>- PCP:<br>3-6 tab/hari selama 21-28 hari. |
| 3                                   | kotrimoksazol   |                         |                     |      |      |   |
|                                     | 1.  | susp 200/40 mg per 5 mL | √                   | √    | √    | 5 hari.   |
| 6.2.2.4 Makrolid                    |   |                         |                     |      |      |   |

| KELAS TERAPI           | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN                    |                        | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL  |
|------------------------|--|------------------------|---------------------|------|------|---|
|                        |  |                        | TK 1                | TK 2 | TK 3 |   |
| 1                      | azitromisin  |                        |                     |      |      | 3 hari.   |
|                        | 1.   | tab 250 mg             |                     | √    | √    |   |
|                        | 2.   | tab sal selaput 500 mg |                     | √    | √    |   |
|                        | 3.   | sir kering 200 mg/5 mL |                     | √    | √    |   |
|                        | 4.   | serb inj 500 mg        |                     | √    | √    |   |
| 2                      | eritromisin  |                        |                     |      |      | - 4 tab/kaps per hari selama 5 hari.<br>- Untuk <i>Streptococcus pyogenes</i> dan difteri: 10 hari. |
|                        | 1.   | tab/kaps 250 mg        | √                   | √    | √    |   |
|                        | 2.   | tab/kaps 500 mg        | √                   | √    | √    |   |
|                        | 3.   | sir kering 200 mg/5 mL | √                   | √    | √    |   |
| 3                      | klaritromisin  |                        |                     |      |      | 14 hari.  |
|                        | 1.   | tab sal selaput 500 mg |                     | √    | √    |   |
|                        | 2.   | sir kering 125 mg/5 mL |                     | √    | √    |   |
|                        | 3.   | sir kering 250 mg/5 mL |                     | √    | √    |   |
| 4                      | spiramisin   |                        |                     |      |      | 3 g/hari selama 6 minggu.   |
|                        | Dapat digunakan untuk toksoplasmosis pada kehamilan.                                       |                        |                     |      |      |   |
|                        | 1.   | tab sal selaput 500 mg |                     | √    | √    |   |
| 6.2.2.5 Aminoglikosida |  |                        |                     |      |      |   |
| 1                      | amikasin   |                        |                     |      |      |   |
|                        | Hanya digunakan untuk infeksi oleh bakteri gram negatif yang resisten terhadap gentamisin. |                        |                     |      |      |   |
|                        | 1.   | inj 250 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                  | gentamisin  |                        |                     |      |      |                    |
|                    | 1.  | inj 40 mg/mL           |                     | √    | √    |                    |
| 3                  | streptomisin  |                        |                     |      |      |                    |
|                    | 1.  | serb inj 1.000 mg      | √                   | √    | √    |                    |
| 6.2.2.6 Kuinolon   |   |                        |                     |      |      |                    |
| 1                  | levofloksasin   |                        |                     |      |      |                    |
|                    | Tidak digunakan untuk pasien usia < 18 tahun, ibu hamil, atau ibu menyusui. |                        |                     |      |      |                    |
|                    | 1.  | tab sal selaput 500 mg |                     | √    | √    | 10 hari.           |
|                    | 2.  | inf 5 mg/mL            |                     | √    | √    | 10 hari.           |
| 2                  | moksifloksasin  |                        |                     |      |      |                    |
|                    | Tidak digunakan untuk pasien usia < 18 tahun, ibu hamil, atau ibu menyusui. |                        |                     |      |      |                    |
|                    | 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, ibu hamil, atau ibu menyusui. |                        |                     |      |      |                    |
|                    | 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, ibu hamil, atau ibu menyusui. |                        |                     |      |      |                    |
|                    | 1.  | tab 500 mg             | √                   | √    | √    |                    |
|                    | 2.  | inf 2 mg/mL            |                     | √    | √    | 4 btl/hari.        |
| 6.2.2.7 Linkosamid |   |                        |                     |      |      |                    |
| 1                  | 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 8 kaps/hari selama 6 minggu.<br>- Untuk abses paru atau empiema: 3-4 kaps/hari selama 14 hari. |
| 6.2.2.8 Lain-Lain |  |   |                     |      |      |   |
| 1                 | fosfomisin trometamol  |   |                     |      |      |   |
|                   | Hanya untuk wanita hamil dengan infeksi saluran kemih (ISK) tanpa komplikasi dan dibuktikan dengan hasil kultur. |   |                     |      |      |   |
|                   | 1.   | granula 3 g   |                     | √    | √    |   |
| 2                 | meropenem  |   |                     |      |      |   |
|                   | a)   | Diberikan atas persetujuan KFT/KPRA/pimpinan RS untuk antibiotik lini ketiga ( <i>reserved antibiotic</i> ) pada infeksi oleh kuman penghasil ESBL. |                     |      |      |   |
|                   | b)   | Tidak untuk profilaksis prabedah.   |                     |      |      |   |
|                   | 1.   | serb inj 500 mg   |                     | √    | √    | a) <i>Febrile neutropenia</i> :<br>Dosis 1-3 g/hari, sampai ANC >   |
|                   | 2.   | serb inj 1.000 mg   |                     | √    | √    |   |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |            | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL  |
|--------------|---|------------|---------------------|------|------|---|
|              |   |            | TK 1                | TK 2 | TK 3 |   |
|              |   |            |                     |      |      | <p>500/mm<sup>3</sup>.</p> <p>b) Sepsis dan infeksi berat mengancam jiwa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dosis 1-3 g/hari sampai diperoleh hasil kultur, maks 7 hari.</li> <li>- Setelah hasil kultur diperoleh, maka digantikan dengan antibiotika spektrum sempit yang masih efektif.</li> <li>- Meropenem hanya dapat dilanjutkan apabila hasil kultur yang diambil dari tempat yang dicurigai sebagai sumber infeksi menunjukkan bahwa bakteri penyebab hanya sensitif terhadap meropenem.</li> </ul> |
| 3            | metronidazol  |            |                     |      |      |   |
|              | 1.  | tab 250 mg | √                   | √    | √    | Untuk infeksi akibat bakteri anaerob,   |
|              | 2.  | tab 500 mg | √                   | √    | √    |   |

| KELAS TERAPI           | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN  |                  | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL  |
|------------------------|--|------------------|---------------------|------|------|---|
|                        |  |                  | TK 1                | TK 2 | TK 3 |   |
|                        | 3.   | susp 125 mg/5 mL | √                   | √    | √    | dapat diberikan maksimum 2 minggu/kasus, kecuali pada kasus abses paru, otak, hepar dan organ lain disesuaikan dengan kebutuhan pasien. |
|                        | 4.   | inf 5 mg/mL      |                     | √    | √    | 3 btl/hari.   |
|                        | 5.   | sup 500 mg       |                     | √    | √    |   |
|                        | 6.   | ovula 500 mg     |                     | √    | √    | Maks 15 ovula/kasus.  |
| 4                      | pirimetamin  |                  |                     |      |      |   |
|                        | Dalam bentuk kombinasi dengan sulfadiazin atau klindamisin dan leukovorin untuk toksoplasmosis serebral/retinitis pada pasien <i>immunocompromised</i> .                                     |                  |                     |      |      |   |
|                        | 1.   | tab 25 mg        |                     | √    | √    |   |
| 5                      | sulfadiazin  |                  |                     |      |      |   |
|                        | 1.   | tab 500 mg       |                     | √    | √    |   |
| 6                      | vankomisin   |                  |                     |      |      |   |
|                        | Diberikan atas persetujuan KFT/KPRA/pimpinan RS untuk antibiotik lini ketiga ( <i>reserved antibiotic</i> ) pada infeksi oleh kuman MRSA atau MRSE positif (dibuktikan dengan hasil kultur). |                  |                     |      |      |   |
|                        | 1.   | inj 500 mg       |                     |      | √    | Maks 10 hari/kasus.   |
| 6.3 ANTIINFEKSI KHUSUS |  |                  |                     |      |      |   |
| 6.3.1 Antilepra        |  |                  |                     |      |      |   |
| 1                      | dapson   |                  |                     |      |      |   |

| 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  | √                   | √    | √    |                    |
| 2                      | klofazimin  |   |                     |      |      |                    |
|                        | 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                      | bedakuilin fumarat  |   |                     |      |      |                    |
|                        | a)  | Hanya dapat diberikan di Faskes Tk. 3, sesuai dengan SK Penetapan Rumah Sakit dan Balai Kesehatan Pelaksana Layanan Tuberkulosis Resistan Obat. (Kepmenkes No. HK.01.07/MENKES/350/2017). |                     |      |      |                    |
|                        | b)  | Diperlukan pemeriksaan EKG sebelum memulai pengobatan (obat ini menyebabkan QTc <i>prolongation</i> ).  |                     |      |      |                    |
|                        | c)  | Jika diberikan bersama obat lain yang juga menginduksi QT <i>prolongation</i> , maka pemeriksaan EKG harus dilakukan setiap minggu.   |                     |      |      |                    |

| 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  |                     |      | √    | - Minggu 1-2: 400 mg/hari.<br>- Minggu 3-24: 200 mg, setiap 48 jam. |
| 2            | delamanid   |   |                     |      |      |   |
|              | a)  | Hanya dapat diberikan di Faskes Tk. 2 dan 3, sesuai dengan SK Penetapan Rumah Sakit dan Balai Kesehatan Pelaksana Layanan Tuberkulosis Resistan Obat. (Kepmenkes No. HK.01.07/MENKES/350/2017). |                     |      |      |   |
|              | b)  | Hanya digunakan untuk paduan pada TB Resistan Obat.   |                     |      |      |   |
|              | 1.  | tab 50 mg   |                     | √    | √    |   |
| 3            | isoniazid   |   |                     |      |      |   |
|              | 1.  | tab 100 mg  | √                   | √    | √    | 10 mg/kgBB, maks 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.  |                     |      |      |   |
| 4            | OAT KDT Kategori 1  |   |                     |      |      |   |
|              | <i>Paduan dalam bentuk Kombinasi Dosis Tetap (KDT/FDC) untuk Dewasa terdiri dari:</i> |   |                     |      |      |   |
|              | 4 KDT/FDC mengandung:   |   |                     |      |      | Digunakan pada:   |
|              | a.  | rifampisin 150 mg   |                     |      |      | a) Pengobatan TB tahap awal:  |
|              | b.  | isoniazid 75 mg   |                     |      |      |   |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN               |             | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |   |
|--------------|---|-------------|---------------------|------|------|--------------------|---|
|              |   |             | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |   |
|              | c.  | pirazinamid | 400 mg              |      |      |                    | 1 tab/15 kgBB, maks selama 2 bulan pertama.<br>b) Pengobatan TB tahap lanjutan: 1 tab/15 kgBB, maks selama 4 bulan tahap lanjutan, pemberian 3x seminggu.<br>c) Dapat diperpanjang bila perlu.                |
|              | d.  | etambutol   | 275 mg              |      |      |                    |   |
|              | 1.  | tab         |                     | √    | √    | √                  |   |
|              | 2 KDT/FDC mengandung:   |             |                     |      |      |                    |   |
|              | a.  | rifampisin  | 150 mg              |      |      |                    |   |
|              | b.  | isoniazid   | 150 mg              |      |      |                    |   |
|              | 1.  | tab         |                     | √    | √    | √                  |   |
|              |   |             |                     |      |      |                    |   |
| 5            | OAT KDT Kategori 2  |             |                     |      |      |                    |   |
|              | <i>Paduan dalam bentuk Kombinasi Dosis Tetap (KDT/FDC) untuk Dewasa terdiri dari:</i> |             |                     |      |      |                    |   |
|              | 4 KDT/FDC mengandung:   |             |                     |      |      |                    | Digunakan pada:<br>a) Pengobatan TB tahap awal: 1 tab/15 kgBB, maks selama 3 bulan pertama.<br>b) Pengobatan TB tahap lanjutan: 1 tab/15 kgBB, maks selama 5 bulan tahap lanjutan, diberikan bersamaan dengan |
|              | a.  | rifampisin  | 150 mg              |      |      |                    |   |
|              | b.  | isoniazid   | 75 mg               |      |      |                    |   |
|              | c.  | pirazinamid | 400 mg              |      |      |                    |   |
|              | d.  | etambutol   | 275 mg              |      |      |                    |   |
|              | 1.  | tab         |                     | √    | √    | √                  |   |
|              | 2 KDT/FDC mengandung:   |             |                     |      |      |                    |   |
|              | a.  | rifampisin  | 150 mg              |      |      |                    |   |
|              | b.  | isoniazid   | 150 mg              |      |      |                    |   |
|              | 1.  | tab         |                     | √    | √    | √                  |   |
|              | etambutol tab 400 mg  |             |                     | √    | √    | √                  |   |
|              | streptomisin serb inj 1.000 mg  |             |                     | √    | √    | √                  |   |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN             |                    | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL  |
|--------------|---|--------------------|---------------------|------|------|---|
|              |   |                    | TK 1                | TK 2 | TK 3 |   |
|              |   |                    |                     |      |      | Etambutol, pemberian 3x seminggu.   |
| 6            | OAT KDT Kategori Anak   |                    |                     |      |      |   |
|              | <i>Paduan dalam bentuk Kombinasi Dosis Tetap (KDT/FDC) untuk Anak terdiri dari:</i> |                    |                     |      |      |   |
|              | 3 KDT/FDC mengandung:   |                    |                     |      |      |   |
|              | a.  | rifampisin 75 mg   |                     |      |      | Digunakan pada pengobatan TB tahap awal.<br>1 tab/5-8 kgBB, maks 2 bulan pertama, pemberian setiap hari.            |
|              | b.  | isoniazid 50 mg    |                     |      |      |   |
|              | c.  | pirazinamid 150 mg |                     |      |      |   |
|              |   | 1. tab             | √                   | √    | √    |   |
|              | 2 KDT/FDC mengandung:   |                    |                     |      |      |   |
|              | a.  | rifampisin 75 mg   |                     |      |      | Digunakan pada pengobatan TB tahap lanjutan.<br>1 tab/5-8 kgBB, maks 4 bulan tahap lanjutan, pemberian setiap hari. |
|              | b.  | isoniazid 50 mg    |                     |      |      |   |
|              | 1. tab  | √                  | √                   | √    |      |   |
| 7            | OAT Kombipak Kategori 1   |                    | √                   | √    | √    |   |
|              | Diberikan untuk pasien TB yang tidak bisa menggunakan OAT bentuk FDC/KDT.           |                    |                     |      |      |   |
|              | <i>Paduan dalam bentuk paket Kombipak untuk dewasa 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 |  |  |
|  | Kombipak II terdiri dari:   |   |                     |      |      |  |  |
|  | a.  | rifampisin<br>kapl 450 mg   |                     |      |      | Digunakan pada pengobatan TB tahap awal.<br>Kategori 1:<br>Maks 448 tab (56 blister) selama 2 bulan pertama, pemberian setiap hari.          |  |
|  | b.  | isoniazid<br>tab 300 mg   |                     |      |      |  |  |
|  | c.  | pirazinamid<br>tab 500 mg   |                     |      |      |  |  |
|  | d.  | etambutol<br>tab 250 mg   |                     |      |      |  |  |
|  | Kombipak III terdiri dari:  |   |                     |      |      |  |  |
|  | a.  | rifampisin<br>kapl 450 mg   |                     |      |      | Digunakan pada pengobatan TB tahap lanjutan.<br>Kategori 1:<br>Maks 144 tab selama 4 bulan (48 blister Kombipak III), pemberian 3x seminggu. |  |
|  | b.  | isoniazid<br>tab 300 mg   |                     |      |      |  |  |
|  | 8   | OAT Kombipak Kategori Anak  |                     | √    | √    | √  |  |
|  |   | Diberikan untuk pasien TB yang tidak bisa menggunakan OAT bentuk FDC/KDT. |                     |      |      |  |  |
| <i>Paduan dalam bentuk paket Kombipak untuk anak terdiri dari:</i> |   |   |                     |      |      |  |  |
| Kombipak A terdiri dari:   |   |   |                     |      |      |  |  |
| a.   |   | rifampisin<br>kapl 75 mg  |                     |      |      | Digunakan pada pengobatan TB tahap   |  |
| b.   |   | isoniazid<br>tab 100 mg   |                     |      |      |  |  |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |  |
|--------------|---|---|---------------------|------|------|--------------------|--|
|              |   |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |  |
|              | c.  | pirazinamid   | tab 200 mg          |      |      |                    | awal.<br>Maks 280 tab (28 <i>sachet</i> Kombipak A) selama 2 bulan pertama pemberian setiap hari.        |
|              | Kombipak B terdiri dari:  |   |                     |      |      |                    |  |
|              | a.  | rifampisin  | kapl 75 mg          |      |      |                    | Digunakan pada pengobatan TB tahap lanjutan. Maks 336 tab selama 4 bulan lanjutan pemberian setiap hari. |
|              | b.  | isoniazid   | tab 100 mg          |      |      |                    |  |
| 9            |   | pirazinamid   |                     |      |      |                    |  |
|              | a)  | Hanya dapat diberikan di Faskes Tk. 2 dan 3, sesuai dengan SK Penetapan Rumah Sakit dan Balai Kesehatan Pelaksana Layanan Tuberkulosis Resistan Obat. (Kepmenkes No. HK.01.07/MENKES/350/2017). |                     |      |      |                    |  |
|              | b)  | Hanya digunakan untuk paduan pada TB Resistan Obat.   |                     |      |      |                    |  |
|              | 1.  | tab 500 mg  |                     |      | √    | √                  |  |
| 10           |   | streptomisin  |                     |      |      |                    |  |
|              | a)  | Digunakan untuk paduan OAT kategori 2, tahap awal.  |                     |      |      |                    |  |
|              | b)  | Untuk kombinasi pengobatan pasien TB Kambuh BTA (+).  |                     |      |      |                    |  |
|              | c)  | Digunakan untuk paduan pengobatan TB Resistan Obat.   |                     |      |      |                    |  |

| 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 1.000 mg   | √                   | √    | √    | - 15 mg/kgBB maks 2 bulan pertama pemberian setiap hari.<br>- Untuk TB RO: 12-18 mg/kgBB, maks 8 bulan. |
| 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  | √                   | √    | √    |   |
| 6.4 ANTIFUNGI                  |   |   |                     |      |      |   |
| 6.4.1 Antifungi Sistemik       |   |   |                     |      |      |   |
| 1                              | amfoterisin B   |   |                     |      |      |   |
|                                | 1.  | inj 5 mg/mL (i.v.)  |                     | √    | √    |   |
| 2                              | flukonazol  |   |                     |      |      |   |
|                                | a)  | Digunakan untuk kandidiasis sistemik/pada pasien <i>immunocompromised</i> . |                     |      |      |   |
|                                | b)  | Digunakan untuk berbagai bentuk kriptokokosis.                              |                     |      |      |   |
|                                | 1.  | kaps 50 mg  |                     | √    | √    |   |
|                                | 2.  | kaps 150 mg   |                     | √    | √    |   |
|                                | 3.  | inf 2 mg/mL   |                     | √    | √    |   |
| 3                              | griseofulvin  |   |                     |      |      |   |
|                                | 1.  | tab 125 mg  | √                   | √    | √    |   |
|                                | 2.  | tab 250 mg  | √                   | √    | √    |   |
|                                | 3.  | tab 500 mg  | √                   | √    | √    |   |
| 4                              | itrakonazol   |   |                     |      |      |   |
|                                | a)  | Hanya untuk aspergilosis,   |                     |      |      |   |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL          |
|--------------|---|---|---------------------|------|------|-----------------------------|
|              |   |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                             |
|              |   | onikomikosis, <i>deep mycosis</i> yang dibuktikan dengan hasil pemeriksaan kultur.  |                     |      |      |                             |
|              | b)  | Untuk histoplasmosis, penegakan diagnosis melalui pemeriksaan biopsi sumsum tulang, organ yang diduga terinfeksi atau kultur darah. |                     |      |      |                             |
|              | c)  | 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 tidak respons dengan flukonazol.  |                     |      |      |                             |
|              | 1.  | serb inj 50 mg  |                     |      | √    |                             |
| 7            |   | nistatin  |                     |      |      |                             |
|              | 1.  | tab 500.000 IU  | √                   | √    | √    | 30 tab/bulan.               |
|              | 2.  | susp 100.000 IU/mL  | √                   | √    | √    | 2 btl/kasus untuk 1 minggu. |
| 8            |   | terbinafin  |                     |      |      |                             |
|              | 1.  | tab 250 mg  |                     | √    | √    |                             |
| 9            |   | vorikonazol   |                     |      |      |                             |
|              | a)  | Hanya untuk akut invasif aspergilosis.  |                     |      |      |                             |
|              | b)  | Diagnosis harus dibuktikan dengan pemeriksaan kultur jaringan atau kultur aspirat paru atau serologi.                               |                     |      |      |                             |

| KELAS TERAPI                           | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |  | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL  |
|--|---|--|---------------------|------|------|---|
|  |   |  | TK 1                | TK 2 | TK 3 |   |
|  | c)  | Hanya dapat diberikan di ICU atau pasien yang memenuhi persyaratan untuk masuk ICU.  |                     |      |      |   |
|  | 1.  | tab sal selaput 200 mg   |                     |      | √    | Selama 4 minggu.  |
|  | 2.  | inj 200 mg   |                     |      | √    | Selama 14 hari, kemudian dilanjutkan dengan pemberian oral. |
| 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                      |   |  |                     |      |      |   |
| 1                                      | <i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i>                       |  |                     |      |      |   |
|  | artesanat   |  |                     |      |      |   |
|  | 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 (i.v./i.m.)  | √                   | √    | √    |   |
| 2                                      | <i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i>                       |  |                     |      |      |   |
|  | doksisiklin   |  |                     |      |      |   |
|  | 1.  | kaps 100 mg  | √                   | √    | √    |   |

| KELAS TERAPI   | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |                          | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--|---|--------------------------|---------------------|------|------|--------------------|
|  |   |                          | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
| 3  | kombinasi KDT/FDC mengandung:   |                          |                     |      |      |                    |
|  | a.  | artemether 20 mg         |                     |      |      |                    |
|  | b.  | lumefantrin 120 mg       |                     |      |      |                    |
|  | Terapi lini pertama untuk malaria falsiparum.                           |                          |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | tab                      | √                   | √    | √    |                    |
| 4  | <i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i>                       |                          |                     |      |      |                    |
|  | kombinasi KDT/FDC mengandung:   |                          |                     |      |      |                    |
|  | a.  | dihidroartemisinin 40 mg |                     |      |      |                    |
|  | b.  | piperakuin 320 mg        |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | tab                      | √                   | √    | √    |                    |
| 5  | <i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i>                       |                          |                     |      |      |                    |
|  | kuinin  |                          |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | tab 200 mg               | √                   | √    | √    |                    |
|  | Untuk terapi lini kedua pada malaria.                                   |                          |                     |      |      |                    |
|  | 2.  | inj 25% (i.v.)           |                     | √    | √    |                    |
| Hanya digunakan untuk malaria dengan komplikasi/malaria berat. |   |                          |                     |      |      |                    |
| 6  | <i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i>                       |                          |                     |      |      |                    |
|  | primakuin   |                          |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | tab 15 mg                | √                   | √    | √    |                    |
| <b>6.6 ANTIVIRUS</b>   |   |                          |                     |      |      |                    |
| <b>6.6.1 Antiherpes</b>  |   |                          |                     |      |      |                    |
| 1  | asiklovir   |                          |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | tab 200 mg               | √                   | √    | √    |                    |
|  | 2.  | tab 400 mg               | √                   | √    | √    |                    |
|  | 3.  | serb inj 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  | 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 (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 Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NRTI)  |   |  |                     |      |      |                    |
| <i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i>  |   |  |                     |      |      |                    |
| 1  | abakavir  |  |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | tab 300 mg   |                     | √    | √    |                    |
| 2  | kombinasi KDT/FDC mengandung:   |  |                     |      |      |                    |
|  | a.  | zidovudin 300 mg   |                     |      |      |                    |
|  | b.  | lamivudin 150 mg   |                     |      |      |                    |
| Dapat diberikan oleh Faskes Tk.1 yang memiliki kemampuan pengobatan antiretroviral dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat. |   |  |                     |      |      |                    |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN  |                     | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|--|---------------------|---------------------|------|------|--------------------|
|              |  |                     | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
|              | 1.   | tab                 | √                   | √    | √    |                    |
| 3            | kombinasi KDT/FDC mengandung:  |                     |                     |      |      |                    |
|              | a.   | tenofovir 300 mg    |                     |      |      |                    |
|              | b.   | emtrisitabin 200 mg |                     |      |      |                    |
|              | Dapat diberikan oleh Faskes Tk.1 yang memiliki kemampuan pengobatan antiretroviral dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat. |                     |                     |      |      |                    |
|              | 1.   | tab                 | √                   | √    | √    |                    |
| 4            | lamivudin  |                     |                     |      |      |                    |
|              | Dapat diberikan oleh Faskes Tk.1 yang memiliki kemampuan pengobatan antiretroviral dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat. |                     |                     |      |      |                    |
|              | 1.   | tab 150 mg          | √                   | √    | √    |                    |
| 5            | tenofovir  |                     |                     |      |      |                    |
|              | Dapat diberikan oleh Faskes Tk.1 yang memiliki kemampuan pengobatan antiretroviral dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat. |                     |                     |      |      |                    |
|              | 1.   | tab 300 mg          | √                   | √    | √    |                    |
| 6            | zidovudin  |                     |                     |      |      |                    |
|              | Dapat diberikan oleh Faskes Tk.1 yang memiliki kemampuan   |                     |                     |      |      |                    |



| KELAS TERAPI  | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN  |                  | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|---|--|------------------|---------------------|------|------|--------------------|
|   |  |                  | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
|   | pengobatan antiretroviral dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat.  |                  |                     |      |      |                    |
|   | 1.   | kaps 100 mg      | √                   | √    | √    |                    |
| <b>6.6.3.2 Non Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NNRTI)</b>   |  |                  |                     |      |      |                    |
| <i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i>   |  |                  |                     |      |      |                    |
| 1   | efavirenz  |                  |                     |      |      |                    |
|   | Dapat diberikan oleh Faskes Tk.1 yang memiliki kemampuan pengobatan antiretroviral dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat. |                  |                     |      |      |                    |
|   | 1.   | tab/kaps 200 mg  | √                   | √    | √    |                    |
|   | 2.   | tab/kaps 600 mg  | √                   | √    | √    |                    |
| 2   | nevirapin  |                  |                     |      |      |                    |
|   | Dapat diberikan oleh Faskes Tk.1 yang memiliki kemampuan pengobatan antiretroviral dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat. |                  |                     |      |      |                    |
|   | 1.   | tab 200 mg       | √                   | √    | √    |                    |
| <b>6.6.3.3 Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NRTI)+Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NNRTI)</b> |  |                  |                     |      |      |                    |
| <i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i>   |  |                  |                     |      |      |                    |
| 1   | kombinasi KDT/FDC mengandung:  |                  |                     |      |      |                    |
|   | 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 yang memiliki kemampuan pengobatan antiretroviral dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat. |  |                     |      |      |                    |  |
|                                   | 1.  | tab  |                     | √    | √    | √                  |  |
| 2                                 | kombinasi KDT/FDC (anak) mengandung:  |  |                     |      |      |                    |  |
|                                   | a.  | zidovudin  | 60 mg               |      |      |                    |  |
|                                   | b.  | lamivudin  | 30 mg               |      |      |                    |  |
|                                   | c.  | nevirapin  | 50 mg               |      |      |                    |  |
|                                   | a)  | Terapi awal dilakukan di Faskes Tk. 2 dan 3.   |                     |      |      |                    |  |
|                                   | b)  | Setelah stabil, pemberian dapat dilanjutkan oleh Faskes Tk.1 yang memiliki kemampuan pengobatan antiretroviral dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat. |                     |      |      |                    |  |
|                                   | 1.  | tab <i>dispersible</i>   |                     |      | √    | √                  |  |
| <b>6.6.3.4 Protease Inhibitor</b> |   |  |                     |      |      |                    |  |
| 1                                 | Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.  |  |                     |      |      |                    |  |
|                                   | kombinasi KDT/FDC (LPV/r) mengandung:   |  |                     |      |      |                    |  |
|                                   | a.  | lopinavir  | 200 mg              |      |      |                    |  |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |  | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |  |
|--------------|---|--|---------------------|------|------|--------------------|--|
|              |   |  | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |  |
|              | b.  | ritonavir  | 50 mg               |      |      |                    |  |
|              | a)  | Hanya digunakan sebagai lini kedua terapi antiretroviral.  |                     |      |      |                    |  |
|              | b)  | Dapat diberikan oleh Faskes Tk.1 yang memiliki kemampuan pengobatan antiretroviral dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat. |                     |      |      |                    |  |
|              | 1.  | tab  |                     | √    | √    | √                  |  |

6.6.3.5 *Integrase Inhibitor*

|   |  |           |  |   |   |   |
|---|--|-----------|--|---|---|---|
| 1 | <i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i>  |           |  |   |   |   |
|   | dolutegravir   |           |  |   |   |   |
|   | Dapat diberikan oleh Faskes Tk.1 yang memiliki kemampuan pengobatan antiretroviral dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat. |           |  |   |   |   |
|   | 1.   | tab 50 mg |  | √ | √ | √ |

6.6.3.6 *Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NRTI)+Integrase Inhibitor*

|   |  |              |        |  |  |  |
|---|--|--------------|--------|--|--|--|
| 1 | <i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes</i> |              |        |  |  |  |
|   | kombinasi KDT/FDC mengandung:                    |              |        |  |  |  |
|   | a.   | tenofovir    | 300 mg |  |  |  |
|   | b.   | lamivudin    | 300 mg |  |  |  |
|   | c.   | dolutegravir | 50 mg  |  |  |  |

| 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 yang memiliki kemampuan pengobatan antiretroviral dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat. |   |                     |      |  |                    |
|                     | 1.   | tab   | √                   | √    | √  |                    |
| 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                   | <i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i>  |   |                     |      |  |                    |
|                     | daklatasvir  |   |                     |      |  |                    |
|                     | a)   | Hanya diberikan bersama dengan sofosbuvir untuk pasien hepatitis                      |                     |      |  |                    |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |  | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL   |
|--------------|---|--|---------------------|------|------|--|
|              |   |  | TK 1                | TK 2 | TK 3 |  |
|              |   | C, genotipe 1, 3, atau 4.  |                     |      |      |  |
|              | b)  | Diberikan oleh KGEH atau dokter spesialis penyakit dalam.  |                     |      |      |  |
|              | c)  | Dapat diberikan tanpa melakukan pemeriksaan genotipe, sesuai dengan SK Penetapan Rumah Sakit Layanan Hepatitis C dari Kementerian Kesehatan. |                     |      |      |  |
|              | 1.  | tab sal selaput 30 mg  |                     | √    | √    | - 12 minggu kombinasi dengan sofosbuvir untuk pasien non sirosis.<br>- 24 minggu kombinasi dengan sofosbuvir untuk pasien sirosis. |
|              | 2.  | tab sal selaput 60 mg  |                     | √    | √    |  |
| 3            |   | entekavir  |                     |      |      |  |
|              |   | 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</i> (APRI) sesuai minimal dengan F2.                               |                     |      |      |  |
|              | 1.  | tab sal selaput 0,5 mg   |                     | √    | √    |  |
|              | 2.  | tab sal selaput 1 mg   |                     | √    | √    |  |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN                                     | FASILITAS KESEHATAN   |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |  |
|--------------|---|---|------|------|--------------------|--|
|              |   | TK 1  | TK 2 | TK 3 |                    |  |
| 4            | lamivudin   |   |      |      |                    |  |
|              | Hanya diberikan oleh KGEH atau 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</i> (APRI) 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.                        |      |      |                    |  |
|              | 1.  | tab 100 mg  |      | √    | √                  |  |
| 5            | pegylated interferon alfa-2a  |   |      |      |                    |  |
|              | a)  | Digunakan bersama dengan ribavirin pada pasien dengan hepatitis C genotipe 1, 2, atau 3 yang <i>compensated</i> . |      |      |                    |  |
|              | b)  | Untuk pasien hepatitis B dengan HBeAg-positif dan HBeAg-negatif.  |      |      |                    |  |
|              | c)  | Hanya boleh diresepkan oleh KGEH.   |      |      |                    |  |
|              | 1.  | inj 135 mcg/0,5 mL  |      | √    | √                  |  |
|              | 2.  | inj 180 mcg/0,5 mL  |      | √    | √                  |  |
| 6            | pegylated interferon alfa-2b  |   |      |      |                    |  |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|---|---------------------|------|------|--------------------|
|              |   |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
|              | a)  | Digunakan bersama ribavirin untuk pasien hepatitis C genotipe 1, 2, atau 3 yang <i>compensated</i> .            |                     |      |      |                    |
|              | b)  | Hanya boleh diresepkan oleh KGEH.   |                     |      |      |                    |
|              | 1.  | serb inj 50 mcg   |                     | √    | √    |                    |
|              | 2.  | serb inj 80 mcg   |                     | √    | √    |                    |
|              | 3.  | serb inj 100 mcg  |                     | √    | √    |                    |
| 7            |   | ribavirin   |                     |      |      |                    |
|              | a)  | Digunakan bersama pegylated interferon alfa-2a untuk hepatitis C genotipe 1, 2 atau 3 yang <i>compensated</i> . |                     |      |      |                    |
|              | b)  | Digunakan bersama pegylated interferon alfa-2b untuk hepatitis C genotipe 1, 2 atau 3 yang <i>compensated</i> . |                     |      |      |                    |
|              | c)  | Diberikan oleh KGEH atau dokter spesialis penyakit dalam.   |                     |      |      |                    |
|              | 1.  | tab sal selaput 200 mg  |                     | √    | √    |                    |
| 8            |   | <i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i>   |                     |      |      |                    |
|              |   | sofosbuvir  |                     |      |      |                    |
|              | a)  | Tidak digunakan sebagai monoterapi.   |                     |      |      |                    |
|              | b)  | Diberikan bersama dengan daklatasvir untuk hepatitis C genotipe 1, 3, atau 4.                                   |                     |      |      |                    |
|              | c)  | Diberikan oleh 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 |  |
|              | d)  | Dapat diberikan tanpa melakukan pemeriksaan genotipe, sesuai dengan SK Penetapan Rumah Sakit Layanan Hepatitis C dari Kementerian Kesehatan. |                     |      |      |  |
|              | 1.  | tab sal selaput 400 mg   |                     | √    | √    | - 12 minggu kombinasi dengan daklatasvir untuk pasien non sirosis.<br>- 24 minggu kombinasi dengan daklatasvir untuk pasien sirosis. |
| 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.   |                     |      |      |  |
|              | d)  | Hanya diberikan oleh KGEH atau spesialis anak KGEH atau Dokter Spesialis Penyakit Dalam.   |                     |      |      |  |
|              | 1.  | tab 600 mg   |                     | √    | √    |  |
| 10           |   | tenofovir  |                     |      |      |  |
|              | a)  | Hanya untuk pasien Hepatitis B kronik. Diagnosis ditegakkan berdasarkan hasil pemeriksaan  |                     |      |      |  |



| KELAS TERAPI                  | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN                             |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|-------------------------------|---|---|---------------------|------|------|--------------------|
|                               |   |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
|                               |   | HBV-DNA.  |                     |      |      |                    |
|                               | b)  | Hanya diberikan oleh KGEH atau Dokter Spesialis Penyakit Dalam. |                     |      |      |                    |
|                               | c)  | Tidak diberikan untuk pasien < 18 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   |                     | √    | √    |                    |
| 2                             | valproat  |   |                     |      |      |                    |
|                               | Hanya digunakan pada pasien yang memiliki kontraindikasi atau gagal profilaksis dengan beta bloker. |   |                     |      |      |                    |
|                               | 1.  | tab lepas lambat 250 mg   |                     | √    | √    | 60 tab/bulan.      |
|                               | 2.  | tab lepas lambat 500 mg   |                     | √    | √    | 30 tab/bulan.      |
| 7.1.2 Serangan Akut           |   |   |                     |      |      |                    |
| 1                             | ergotamin   |   |                     |      |      |                    |
|                               | Hanya digunakan untuk serangan migren akut dan <i>cluster headache</i> .                            |   |                     |      |      |                    |
|                               | 1.  | tab 1 mg  | √                   | √    | √    | 8 tab/minggu.      |
| 2                             | kombinasi KDT/FDC mengandung:   |   |                     |      |      |                    |
|                               | a.  | ergotamin   | 1 mg                |      |      |                    |
|                               | b.  | kafein  | 50 mg               |      |      |                    |
|                               | 1.  | tab   | √                   | √    | √    | 8 tab/minggu.      |
| 7.2 ANTIVERTIGO               |   |   |                     |      |      |                    |
| 1                             | betahistin  |   |                     |      |      |                    |

| KELAS TERAPI  | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN   |  | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL   |
|---|---|--|---------------------|------|------|--|
|   |   |  | TK 1                | TK 2 | TK 3 |  |
|   | 1.  | tab 6 mg   | √                   | √    | √    | Untuk vertigo perifer:<br>- BPPV: 1 minggu.<br>- Non BPPV: 30 tab/bulan. |
|   | a)  | Hanya untuk sindrom meniere atau vertigo perifer.  |                     |      |      |  |
|   | b)  | Untuk sindrom meniere atau vertigo non BPPV hanya di Faskes Tk. 2 dan 3.   |                     |      |      |  |
|   | 2.  | tab 24 mg  |                     | √    | √    | 90 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 <i>post</i> menopause dengan pemeriksaan reseptor estrogen/progesteron positif. |  |                     |      |      |  |
|   | 1.  | tab 1 mg   |                     |      | √    | 30 tab/bulan.  |
| 2   | bikalutamid   |  |                     |      |      |  |
|   | 1.  | tab sal 50 mg  |                     |      | √    | 30 tab/bulan.  |
|   | a)  | Untuk kanker prostat, diberikan 5-7 hari sebelum atau bersamaan dengan pemberian goserelin asetat atau leuprorelin asetat. Diberikan sampai PSA ( <i>Prostate Spesific Antigen</i> ) membaik atau terjadi progres. |                     |      |      |  |
|   | b)  | Pemeriksaan PSA dilakukan setiap 3 bulan.  |                     |      |      |  |
|   | c)  | Obat dihentikan jika terjadi   |                     |      |      |  |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL                |
|--------------|---|---|---------------------|------|------|-----------------------------------|
|              |   |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                                   |
|              |   | progres (2 kali pemeriksaan PSA berturut-turut terjadi peningkatan > 50%).                          |                     |      |      |                                   |
|              | 2.  | tab sal 150 mg  |                     |      | √    |                                   |
|              |   | Hanya diberikan untuk kanker prostat.   |                     |      |      |                                   |
| 3            |   | deksametason  |                     |      |      |                                   |
|              | 1.  | tab 0,5 mg  |                     | √    | √    |                                   |
|              | 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 <i>post</i> menopause, ER dan/atau PR positif.                |                     |      |      |                                   |
|              | 1.  | tab sal 25 mg   |                     |      | √    | 30 tab/bulan.                     |
| 6            |   | goserelin asetat  |                     |      |      |                                   |
|              | 1.  | inj 3,6 mg/depot  |                     |      | √    |                                   |
|              | a)  | Dapat digunakan untuk kanker payudara dengan hormonal reseptor ER dan/atau PR positif premenopause. |                     |      |      | 1 vial/bulan.                     |
|              | b)  | Dapat digunakan untuk kanker prostat, boleh diberikan bersama dengan bikalutamid tab 50 mg.         |                     |      |      |                                   |
|              | c)  | Dapat digunakan untuk endometriosis.  |                     |      |      | 1 vial/bulan; maks 3 vial/kasus.  |
|              | 2.  | inj 10,8 mg/depot   |                     |      | √    | 1 vial/3 bulan.                   |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN                  |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL           |
|--------------|--|---|---------------------|------|------|------------------------------|
|              |  |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                              |
|              | 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.         |                     |      |      |                              |
| 7            | letrozol   |   |                     |      |      |                              |
|              | Untuk kanker payudara pada <i>post</i> menopause dengan reseptor ER dan/atau PR positif. |   |                     |      |      |                              |
|              | 1.   | tab 2,5 mg  |                     |      | √    | 30 tab/bulan.                |
| 8            | leuprorelin asetat   |   |                     |      |      |                              |
|              | 1.   | serb inj 1,88 mg  |                     |      | √    | 1 vial/bulan selama 3 bulan. |
|              |  | Untuk endometriosis, 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 selama 3 bulan. |
|              | c)   | Adenomiosis atau mioma uteri.   |                     |      |      |                              |
|              | d)   | Dapat digunakan untuk kanker prostat, boleh diberikan bersama dengan bikalutamid tab 50 mg.         |                     |      |      |                              |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |  | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|--|---------------------|------|------|--------------------|
|              |   |  | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
|              | 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  |                     | √    | √    | 1 vial/bulan.      |
|              | a)  | Diagnosis ditegakkan dengan pemeriksaan hasil PA.  |                     |      |      |                    |
|              | b)  | Diberikan di Faskes Tk. 2 atau Faskes Tk. 3 yang dapat melakukan pemeriksaan PSA.                              |                     |      |      |                    |
|              | c)  | Dapat digunakan untuk kanker prostat, boleh diberikan bersama dengan bikalutamid tab 50 mg.                    |                     |      |      |                    |
|              | 4.  | serb inj 11,25 mg  |                     |      | √    | 1 vial/3 bulan.    |
|              | 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   |                     | √    | √    | 1 vial/3 bulan.    |
|              | a)  | Diagnosis ditegakkan dengan pemeriksaan hasil PA.  |                     |      |      |                    |
|              | b)  | Diberikan di Faskes Tk. 2 atau Faskes Tk. 3 yang dapat melakukan pemeriksaan                                   |                     |      |      |                    |

| KELAS TERAPI             | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------------------|---|---|---------------------|------|------|--------------------|
|                          |   |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
|                          |   | PSA.  |                     |      |      |                    |
|                          | c)  | Dapat digunakan untuk kanker prostat, boleh 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 atau <i>post</i> 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   |                     | √    | √    |                    |
| <b>8.2 IMUNOSUPRESAN</b> |   |   |                     |      |      |                    |
| 1                        |   | azatioprin  |                     |      |      |                    |
|                          | 1.  | tab 50 mg   |                     | √    | √    | 90 tab/bulan.      |
| 2                        |   | basiliximab   |                     |      |      |                    |
|                          | a)  | Diberikan 20 mg pada 2 jam sebelum dilakukan transplantasi, dan 20 mg diberikan 4 hari setelah transplantasi. |                     |      |      |                    |
|                          | b)  | Diberikan bersama dengan  |                     |      |      |                    |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |  | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|--|---------------------|------|------|--------------------|
|              |   |  | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
|              |   | siklosporin dan kortikosteroid.  |                     |      |      |                    |
|              | 1.  | inj 20 mg  |                     |      | √    |                    |
| 3            |   | etanercept   |                     |      |      |                    |
|              | a)  | Digunakan untuk pasien <i>Rheumatoid Arthritis</i> (RA) yang telah gagal minimal dengan dua (2) DMARDs konvensional pada dosis maksimal, yaitu 3 bulan tidak memberikan perbaikan atau 6 bulan tidak mencapai target terapi (masih <i>high disease activity</i> ). |                     |      |      |                    |
|              | b)  | Digunakan untuk pasien <i>Ankylosing Spondylitis</i> (AS) yang tidak respons dengan NSAID.   |                     |      |      |                    |
|              | c)  | Hanya boleh diresepkan oleh dokter spesialis reumatologi dan disetujui oleh KFT dan/atau Komite Medik dan/atau Pimpinan RS.  |                     |      |      |                    |
|              | 1.  | inj 50 mg/mL   |                     |      | √    | 4 vial/bulan.      |
| 4            |   | everolimus   |                     |      |      |                    |
|              |   | Digunakan untuk pencegahan penolakan organ pada pasien dewasa dengan risiko imunologi rendah hingga sedang yang menerima transplantasi alogenetik ginjal atau hati.  |                     |      |      |                    |
|              | 1.  | tab 0,25 mg  |                     |      | √    |                    |
|              | 2.  | tab 0,5 mg   |                     |      | √    |                    |
|              | 3.  | tab 0,75 mg  |                     |      | √    |                    |
| 5            |   | hidroksiklorokuin  |                     |      |      |                    |
|              | a)  | Untuk kasus SLE ( <i>Systemic</i>  |                     |      |      |                    |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |  | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|--|---------------------|------|------|--------------------|
|              |   |  | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
|              |   | <i>Lupus Erythematosus</i> ).  |                     |      |      |                    |
|              | b)  | Untuk kasus RA ( <i>Rheumatoid Arthritis</i> ).  |                     |      |      |                    |
|              | 1.  | tab 200 mg*  |                     |      | √    | 60 tab/bulan.      |
| 6            |   | klorokuin  |                     |      |      |                    |
|              | a)  | Untuk kasus SLE ( <i>Systemic Lupus Erythematosus</i> ).   |                     |      |      |                    |
|              | b)  | Untuk kasus RA ( <i>Rheumatoid Arthritis</i> ).  |                     |      |      |                    |
|              | 1.  | tab 250 mg   |                     |      | √    |                    |
| 7            |   | leflunomid   |                     |      |      |                    |
|              | a)  | Untuk penderita RA ( <i>Rheumatoid Arthritis</i> ) yang telah gagal dengan DMARD. Bukan sebagai <i>initial treatment</i> . |                     |      |      |                    |
|              | b)  | Hanya boleh diresepkan oleh dokter spesialis reumatologi.  |                     |      |      |                    |
|              | 1.  | tab sal selaput 20 mg  |                     |      | √    | 30 tab/bulan.      |
| 8            |   | metotreksat  |                     |      |      |                    |
|              | 1.  | tab 2,5 mg   |                     | √    | √    |                    |
|              | a)  | Untuk immunosupresi.   |                     |      |      |                    |
|              | b)  | Untuk pasien dengan luas <i>psoriasis</i> di atas 10%.   |                     |      |      |                    |
|              | 2.  | inj 2,5 mg/mL (i.t.)   |                     | √    | √    |                    |
|              | a)  | Untuk penggunaan intratekal, hanya boleh digunakan sediaan <i>preservative free</i> .                                      |                     |      |      |                    |
|              | b)  | Hanya boleh diresepkan oleh Konsultan Hematologi dan Onkologi Medik (KHOM) dan Dokter Spesialis Neurologi                  |                     |      |      |                    |



| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |  | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL   |
|--------------|---|--|---------------------|------|------|--|
|              |   |  | TK 1                | TK 2 | TK 3 |  |
|              |   | Konsultan Onkologi.  |                     |      |      |  |
| 9            | mikofenolat mofetil   |  |                     |      |      |  |
|              | a)  | Untuk kasus transplantasi organ ginjal, jantung, atau hati.  |                     |      |      |  |
|              | b)  | Untuk lupus nefritis.  |                     |      |      |  |
|              | 1.  | tab 500 mg   |                     |      | √    | 120 tab/bulan.   |
| 10           | mikofenolat sodium  |  |                     |      |      |  |
|              | 1.  | tab sal 180 mg   |                     |      | √    | Untuk dewasa: 60 tab/bulan.  |
|              | 2.  | tab sal 360 mg   |                     |      | √    | 120 tab/bulan.   |
| 11           | secukinumab   |  |                     |      |      |  |
|              | a)  | Digunakan untuk pasien psoriasis berat yang telah terbukti gagal dengan dua (2) terapi sistemik (metotreksat, siklosporin atau <i>narrowband</i> ultraviolet B). |                     |      |      |  |
|              | b)  | Digunakan untuk pasien artritis psoriasis yang gagal atau intoleran minimal dengan 1 DMARD konvensional.   |                     |      |      |  |
|              | c)  | Digunakan untuk pasien <i>Ankylosing Spondylitis</i> (AS) yang tidak memberikan respons adekuat dengan NSAID.  |                     |      |      |  |
|              | 1.  | serb inj 150 mg  |                     |      | √    | - Untuk psoriasis berat: 8x pemberian @300 mg/siklus pengobatan.<br>- Untuk artritis psoriasis dan <i>Ankylosing Spondylitis</i> : 16x |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL                                     |
|--------------|---|---|---------------------|------|------|--|
|              |   |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |  |
|              |   |   |                     |      |      | pemberian @150 mg/siklus pengobatan.                   |
| 12           | siklosporin   |   |                     |      |      |  |
|              | 1.  | kaps lunak 25 mg  |                     |      | √    | 5 mg/kgBB/hari.  |
|              |   | Untuk kasus transplantasi organ atau penyakit autoimun.   |                     |      |      |  |
|              | 2.  | kaps lunak 50 mg  |                     |      | √    | 5 mg/kgBB/hari.  |
|              |   | Untuk kasus transplantasi organ atau penyakit autoimun.   |                     |      |      |  |
|              | 3.  | kaps lunak 100 mg   |                     |      | √    | 90 kaps/bulan.   |
|              |   | Untuk kasus transplantasi organ atau penyakit autoimun.   |                     |      |      |  |
| 4.           | inj 50 mg/mL  |   |                     | √    |      |  |
| 5.           | inj 100 mg/mL   |   |                     | √    |      |  |
| 13           | takrolimus  |   |                     |      |      |  |
|              | a)  | Untuk pasien pascatransplantasi hati atau ginjal yang telah mendapat imunosupresan lainnya, tetapi tidak respons. |                     |      |      |  |
|              | b)  | Untuk pencegahan rejeksi pada transplantasi hati atau ginjal.   |                     |      |      |  |
|              | 1.  | kaps 0,5 mg   |                     |      | √    |  |
|              | 2.  | kaps 1 mg   |                     |      | √    |  |
|              | 3.  | kaps lepas lambat 0,5 mg  |                     |      | √    | - Dosis awal Transplantasi Ginjal: 0,2-0,3 mg/kg/hari. |
|              | 4.  | kaps lepas lambat 1 mg  |                     |      | √    | - Dosis awal Transplantasi Hati: 0,1-0,2 mg/kg/hari.   |

| KELAS TERAPI          | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL   |
|-----------------------|---|---|---------------------|------|------|--|
|                       |   |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |  |
|                       |   |   |                     |      |      | - Dosis rumatan disesuaikan dengan kebutuhan pasien berdasarkan pemantauan kadar obat dalam darah. |
| 14                    | tosilizumab   |   |                     |      |      |  |
|                       | a)  | Hanya untuk RA ( <i>Rheumatoid Arthritis</i> ) berat yang telah gagal dengan DMARD konvensional.  |                     |      |      |  |
|                       | b)  | Tidak digunakan sebagai lini pertama.   |                     |      |      |  |
|                       | c)  | Telah dibuktikan bahwa pasien tidak menderita infeksi sistemik termasuk TBC.  |                     |      |      |  |
|                       | d)  | Hanya boleh diresepkan oleh dokter spesialis reumatologi dan disetujui oleh KFT dan/atau Komite Medik dan/atau Pimpinan RS.   |                     |      |      |  |
|                       | 1.  | inf 20 mg/mL  |                     |      | √    | - 8 mg/kgBB tiap 4 minggu sekali.<br>- Pemberian paling lama 6 bulan (24 minggu).                  |
| <b>8.3 SITOTOKSIK</b> |   |   |                     |      |      |  |
| 1                     | afatinib  |   |                     |      |      |  |
|                       | a)  | Untuk NSCLC jenis <i>non squamous</i> yang <i>locally advanced</i> atau metastatik dengan EGFR <i>exon 19</i> delesi atau mutasi substitusi <i>exon 21</i> (L858R dan L861Q), substitusi <i>exon 18</i> |                     |      |      |  |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |  | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL  |
|--------------|---|--|---------------------|------|------|---|
|              |   |  | TK 1                | TK 2 | TK 3 |   |
|              |   | (G719X), atau substitusi mutasi <i>exon 20</i> (S7681), pada pasien yang belum pernah mendapatkan TKI sebelumnya.                                    |                     |      |      |   |
|              | b)  | Dosis terapi adalah 40 mg, diberikan 1x1 sehari.   |                     |      |      |   |
|              | c)  | Tidak digunakan sebagai lini kedua.  |                     |      |      |   |
|              | d)  | Jika terjadi progresi pada salah satu (gefitinib, erlotinib, atau afatinib), maka tidak dapat diganti dengan obat-obat tersebut.                     |                     |      |      |   |
|              | 1.  | tab sal selaput 20 mg  |                     |      | √    | Obat dihentikan jika respons terhadap obat kurang dari 50%, setelah 3 siklus. |
|              |   | Dosis 20 mg bukan dosis terapeutik tetapi digunakan apabila muncul efek samping. Dosis dikembalikan ke 40 mg untuk mendapat efikasi yang diharapkan. |                     |      |      |   |
|              | 2.  | tab sal selaput 30 mg  |                     |      | √    | Obat dihentikan jika respons terhadap obat kurang dari 50%, setelah 3 siklus. |
|              |   | Dosis 30 mg bukan dosis terapeutik tetapi digunakan apabila muncul efek samping. Dosis dikembalikan ke 40 mg   |                     |      |      |   |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL   |
|--------------|---|---|---------------------|------|------|--|
|              |   |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |  |
|              |   | untuk mendapat efikasi yang diharapkan.   |                     |      |      |  |
|              | 3.  | tab sal selaput 40 mg   |                     |      | √    | - 30 tab/bulan.<br>- Obat dihentikan jika respons terhadap obat kurang dari 50%, setelah 3 siklus.   |
| 2            | asparaginase  |   |                     |      |      |  |
|              | Untuk leukemia limfoblastik akut.                                       |   |                     |      |      |  |
|              | 1.  | inj 10.000 IU   |                     |      | √    |  |
| 3            | bendamustin   |   |                     |      |      |  |
|              | a)  | Untuk <i>Chronic Lymphocytic Leukemia</i> (CLL) (stadium B atau C).   |                     |      |      |  |
|              | b)  | Untuk <i>Multiple Myeloma</i> (MM) (stadium II atau III) setelah gagal dengan pengobatan lini pertama sebelumnya. |                     |      |      |  |
|              | 1.  | serb inj 25 mg  |                     |      | √    | - Untuk CLL: 100 mg/m <sup>2</sup> pada hari 1 dan 2 pada siklus 28 hari. Pemberian maks 6 siklus.<br>- Untuk MM: 120-150 mg/m <sup>2</sup> pada hari 1 dan 2, dikombinasikan dengan 60 mg/m <sup>2</sup> prednison secara intravena atau peroral pada hari 1 sampai 4, pada |
|              | 2.  | serb inj 100 mg   |                     |      | √    |  |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |  | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL<br><br>siklus 28 hari.  |
|--------------|---|--|---------------------|------|------|--|
|              |   |  | TK 1                | TK 2 | TK 3 |  |
| 4            | bleomisin   |  |                     |      |      |  |
|              | a)  | Untuk <i>squamous cell carcinoma</i> pada daerah kepala dan leher, esofagus, serviks, ovarium, penis, testis, kulit, paru, glioma, limfoma, <i>germ cell tumor</i> , dibuktikan dengan hasil pemeriksaan PA. |                     |      |      |  |
|              | b)  | Sebagai terapi lini pertama pada Hodgkin atau Non Hodgkin <i>disease</i> dibuktikan dengan hasil pemeriksaan PA.   |                     |      |      |  |
|              | c)  | Pemeriksaan PA dapat dikecualikan untuk nefroblastoma, pleurodesis, dan tumor otak.  |                     |      |      |  |
|              | 1.  | inj 15 mg  |                     |      | √    | 12x pemberian.   |
| 5            | bortezomib  |  |                     |      |      |  |
|              | a)  | Hanya untuk pasien dengan <i>Multiple Myeloma</i> .  |                     |      |      |  |
|              | b)  | Hanya boleh diresepkan oleh Konsultan Hematologi Onkologi Medik (KHOM).  |                     |      |      |  |
|              | 1.  | serb inj 3,5 mg  |                     |      | √    | Diberikan hari ke-1, 4, 8, dan 11 setiap siklus 3 minggu. Maks 8 siklus atau sampai terjadi progres. |
| 6            | busulfan  |  |                     |      |      |  |
|              | 1.  | tab 2 mg   |                     |      | √    |  |
| 7            | dakarbazin  |  |                     |      |      |  |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN                 |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL   |
|--------------|---|---|---------------------|------|------|--|
|              |   |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |  |
|              | Untuk melanoma maligna metastatik, sarkoma, penyakit Hodgkin.                           |   |                     |      |      |  |
|              | 1.  | inj 100 mg  |                     |      | √    | 12x pemberian.   |
|              | 2.  | inj 200 mg  |                     |      | √    | 12x pemberian.   |
| 8            | daktinomisin  |   |                     |      |      |  |
|              | a)  | Untuk tumor Wilms, rabdomiosarkom pada anak, sarkoma Ewings, 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.)   |                     |      | √    | 12x pemberian.   |
| 9            | daunorubisin  |   |                     |      |      |  |
|              | Untuk leukemia akut.  |   |                     |      |      |  |
|              | 1.  | inj 20 mg   |                     |      | √    |  |
| 10           | doksorubisin  |   |                     |      |      |  |
|              | Pemeriksaan <i>echocardiogram</i> dilakukan setiap 2 siklus terapi.                     |   |                     |      |      |  |
|              | 1.  | inj 10 mg (i.v.)  |                     |      | √    | Dosis kumulatif maks (seumur hidup): 500 mg/m <sup>2</sup> . |
|              | 2.  | inj 50 mg (i.v.)  |                     |      | √    |  |
| 11           | dosetaksel  |   |                     |      |      |  |
|              | Untuk kanker kepala dan leher, paru, payudara, ovarium, prostat, adenokarsinoma gaster. |   |                     |      |      |  |
|              | 1.  | inj 20 mg   |                     |      | √    | - Untuk kombinasi: 75 mg/m <sup>2</sup> setiap 3             |
|              | 2.  | inj 40 mg   |                     |      | √    |  |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL  |
|--------------|---|---|---------------------|------|------|---|
|              |   |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |   |
|              | 3.  | inj 80 mg   |                     |      | √    | minggu.<br>- Untuk kemoterapi tunggal: 100 mg/m <sup>2</sup> setiap 3 minggu. |
| 12           | epirubisin  |   |                     |      |      |   |
|              | Pemeriksaan <i>echocardiogram</i> dilakukan setiap 2 siklus terapi.     |   |                     |      |      |   |
|              | 1.  | inj 2 mg/mL   |                     |      | √    | Dosis kumulatif seumur hidup maks 900 mg/m <sup>2</sup> LPT.                  |
|              | 2.  | serb inj 50 mg  |                     |      | √    |   |
| 13           | eribulin  |   |                     |      |      |   |
|              | a)  | Untuk kanker payudara metastatik, <i>triple negative</i> , yang sudah pernah mendapatkan terapi antrasiklin dan takson sebelumnya.  |                     |      |      |   |
|              | b)  | Untuk <i>Liposarcoma nonoperable</i> /metastatik yang sudah pernah menjalani kemoterapi antrasiklin sebelumnya (hari ke 1 dan 8, siklus 21 hari).   |                     |      |      |   |
|              | 1.  | inj 0,44 mg/mL  |                     |      | √    | Maks 6 siklus atau bila terjadi progres sebelumnya.                           |
| 14           | erlotinib   |   |                     |      |      |   |
|              | a)  | Untuk NSCLC jenis <i>non squamous</i> yang <i>locally advanced</i> atau metastatik dengan EGFR <i>exon 19</i> delesi atau mutasi substitusi <i>exon 21</i> (L858R), pada pasien yang belum pernah mendapatkan TKI sebelumnya. |                     |      |      |   |



| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |  | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL   |
|--------------|---|--|---------------------|------|------|--|
|              |   |  | TK 1                | TK 2 | TK 3 |  |
|              | b)  | Jika terjadi progresi pada salah satu (gefitinib, erlotinib, atau afatinib), maka tidak dapat diganti dengan obat-obat tersebut. |                     |      |      |  |
|              | 1.  | tab sal selaput 100 mg   |                     |      | √    | - 30 tab/bulan.<br>- Obat dihentikan jika respons terhadap obat kurang dari 50%, setelah 3 siklus. |
|              | 2.  | tab sal selaput 150 mg   |                     |      | √    |  |
| 15           | etoposid  |  |                     |      |      |  |
|              | Untuk kanker testis, <i>Small Cell Lung Cancer</i> , limfoma maligna.   |  |                     |      |      |  |
|              | 1.  | inj 20 mg/mL   |                     |      | √    | 100 mg/m <sup>2</sup> /hari, selama 3-5 hari.  |
| 16           | 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 <sup>2</sup> /hari selama 5 hari.  |
|              | 2.  | serb inj 50 mg   |                     |      | √    |  |
| 17           | fluorourasil  |  |                     |      |      |  |
|              | Untuk kanker kepala dan leher, saluran cerna, payudara, leher rahim.    |  |                     |      |      |  |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL   |
|--------------|---|---|---------------------|------|------|--|
|              |   |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |  |
|              | 1.  | inj 50 mg/mL  |                     |      | √    | - Untuk nasofaring: 1.000 mg/m <sup>2</sup> /hari selama seminggu.<br>- Untuk kolorektal: 2.800 mg/m <sup>2</sup> /46 jam diulang tiap 2 minggu. |
| 18           | gefitinib   |   |                     |      |      |  |
|              | a)  | Untuk NSCLC jenis <i>non squamous</i> yang <i>locally advanced</i> atau metastatik dengan EGFR <i>exon</i> 19 delesi atau mutasi substitusi <i>exon</i> 21 (L858R), pada pasien yang belum pernah mendapatkan TKI sebelumnya. |                     |      |      |  |
|              | b)  | Jika terjadi progresi pada salah satu (gefitinib, erlotinib, atau afatinib), maka tidak dapat diganti dengan obat-obat tersebut.  |                     |      |      |  |
|              | 1.  | tab 250 mg  |                     |      | √    | - 30 tab/bulan.<br>- Obat dihentikan jika respons terhadap obat kurang dari 50%, setelah 3 siklus.   |
| 19           | 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  |                     |      |      |  |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL   |
|--------------|---|---|---------------------|------|------|--|
|              |   |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |  |
|              |   | stadium III) atau metastatik (stadium IV).  |                     |      |      |  |
|              | c)  | Hanya untuk <i>muscle invasif bladder cancer</i> .  |                     |      |      |  |
|              | d)  | Kombinasi dengan paklitaksel untuk kanker payudara stadium lanjut yang telah mengalami kekambuhan setelah menjalani pengobatan sekurang-kurangnya dengan golongan antrasiklin sebelumnya. |                     |      |      |  |
|              | e)  | Untuk kanker ovarium yang mengalami kekambuhan setelah menggunakan terapi berbasis platinum.  |                     |      |      |  |
|              | 1.  | inj 200 mg  |                     |      | √    | 1.000  |
|              | 2.  | inj 1.000 mg  |                     |      | √    | mg/m <sup>2</sup> /minggu.                                       |
| 20           |   | hidroksiurea  |                     |      |      |  |
|              | a)  | Untuk CML.  |                     |      |      |  |
|              | b)  | Untuk polisitemia vera.   |                     |      |      |  |
|              | 1.  | kaps 500 mg   |                     |      | √    | 40 mg/kgBB/hari selama 30 hari.                                  |
| 21           |   | idarubisin  |                     |      |      |  |
|              | 1.  | serb inj 20 mg (i.v.)   |                     |      | √    | 12 mg/m <sup>2</sup> selama 3 hari dikombinasi dengan sitarabin. |
| 22           |   | ifosfamid   |                     |      |      |  |
|              |   | Diberikan bersama mesna.  |                     |      |      |  |
|              | 1.  | inj 500 mg  |                     |      | √    | 5.000 mg/m <sup>2</sup> /hari                                    |
|              | 2.  | inj 1.000 mg  |                     |      | √    | setiap 3 minggu  |
|              | 3.  | inj 2.000 mg  |                     |      | √    | bersama mesna.   |
| 23           |   | imatinib mesilat  |                     |      |      |  |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |  | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL  |
|--------------|---|--|---------------------|------|------|---|
|              |   |  | TK 1                | TK 2 | TK 3 |   |
|              | Diindikasikan pada:   |  |                     |      |      |   |
|              | a)  | LGK/CML atau 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.<br>- Untuk CML: 30 tab/bulan.   |
| 24           | irinotekan  |  |                     |      |      |   |
|              | a)  | Hanya digunakan untuk kanker kolorektal. Harus diberikan bersama dengan 5-FU dan kalsium folinat (leukovorin, Ca). |                     |      |      |   |
|              | b)  | Untuk terapi pasien dengan <i>Small Cell Lung Cancer</i> (SCLC) dikombinasikan dengan sisplatin.                   |                     |      |      |   |
|              | 1.  | inj 20 mg/mL   |                     |      | √    | 125 mg/m <sup>2</sup> setiap minggu diulang tiap 3 minggu atau 180 mg/m <sup>2</sup> tiap 2 minggu. |
|              | 2.  | inf 20 mg/mL   |                     |      | √    |   |
| 25           | kapesitabin   |  |                     |      |      |   |
|              | a)  | Untuk kanker kolorektal.   |                     |      |      |   |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |  | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL   |
|--------------|---|--|---------------------|------|------|--|
|              |   |  | TK 1                | TK 2 | TK 3 |  |
|              | b)  | Untuk kanker payudara metastatik setelah gagal dengan kemoterapi lain yang mengandung antrasiklin atau taksan.   |                     |      |      |  |
|              | 1.  | tab sal 500 mg   |                     |      | √    | 2.500 mg/m <sup>2</sup> /hari selama 2 minggu diulang tiap 3 minggu. |
| 26           |   | karboplatin  |                     |      |      |  |
|              | 1.  | inj 10 mg/mL   |                     |      | √    | AUC ( <i>Area Under the Curve</i> ) 5-6 setiap 3 minggu.             |
| 27           |   | klorambusil  |                     |      |      |  |
|              | 1.  | tab 5 mg   |                     |      | √    |  |
| 28           |   | lapatinib  |                     |      |      |  |
|              | a)  | Kombinasi dengan kapesitabin untuk kanker payudara metastatik dengan hasil pemeriksaan HER2 (ErbB2) positif 3. Bila HER2 positif 2 maka pemeriksaan FISH atau CISH harus positif. Semua harus telah mendapat terapi sebelumnya termasuk trastuzumab. |                     |      |      |  |
|              | b)  | Kombinasi dengan letrozol untuk kanker payudara metastatik pada <i>post</i> menopause dengan reseptor hormon positif (ER/PR positif) dan memerlukan terapi hormon.   |                     |      |      |  |
|              | 1.  | tab 250 mg   |                     |      | √    | a) Untuk HER2  |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |  | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL   |
|--------------|---|--|---------------------|------|------|--|
|              |   |  | TK 1                | TK 2 | TK 3 |  |
|              |   |  |                     |      |      | positif bersama dengan kapesitabin, dosis 1.250 mg/hari (5 tab/hari).<br>b) Untuk HER2 positif+hormon ER dan/atau PR positif dan <i>post</i> menopause pemberian bersama letrozol, dosis 1.500 mg/hari (6 tab/hari). |
| 29           | melfalan  |  |                     |      |      |  |
|              | Untuk <i>Multiple Myeloma</i> .   |  |                     |      |      |  |
|              | 1.  | tab 2 mg                                 |                     |      | √    |  |
| 30           | merkaptopurin   |  |                     |      |      |  |
|              | 1.  | tab 50 mg                                |                     |      | √    |  |
| 31           | metotreksat   |  |                     |      |      |  |
|              | 1.  | tab 2,5 mg                               |                     |      | √    | - Untuk <i>maintenance</i> leukemia: 7,5 mg/hari setiap minggu.<br>- Untuk trofoblastik ganas: 30 mg/hari selama 5 hari.   |
|              | 2.  | inj 2,5 mg/mL                            |                     |      | √    | Untuk trofoblastik ganas: 12.000 mg/m <sup>2</sup> /hari.  |
|              | a)  | Untuk penggunaan intratekal, hanya boleh |                     |      |      |  |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL  |
|--------------|---|---|---------------------|------|------|---|
|              |   |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |   |
|              |   | digunakan sediaan <i>preservative free</i> .  |                     |      |      |   |
|              | b)  | Jika diperlukan dapat diberikan bersama kalsium folinat (leukovorin, Ca) sebagai <i>rescue medication</i> . |                     |      |      |   |
|              | 3.  | inj 5 mg (i.v./i.m./i.t.)   |                     |      | √    | 15 mg/minggu.   |
|              |   | Untuk penggunaan intratekal, hanya boleh digunakan sediaan <i>preservative free</i> .                       |                     |      |      |   |
|              | 4.  | inj 10 mg/mL  |                     |      | √    | Untuk trofoblastik ganas: 12.000 mg/m <sup>2</sup> /hari. |
|              | a)  | Untuk penggunaan intratekal, hanya boleh digunakan sediaan <i>preservative free</i> .                       |                     |      |      |   |
|              | b)  | Jika diperlukan dapat diberikan bersama kalsium folinat (leukovorin, Ca) sebagai <i>rescue medication</i> . |                     |      |      |   |
|              | 5.  | inj 25 mg/mL  |                     |      | √    |   |
|              | a)  | Untuk penggunaan intratekal, hanya boleh digunakan sediaan <i>preservative free</i> .                       |                     |      |      |   |
|              | b)  | Jika diperlukan dapat diberikan bersama kalsium folinat (leukovorin, Ca) sebagai <i>rescue medication</i> . |                     |      |      |   |
| 32           | mitomisin   |   |                     |      |      |   |
|              | Hanya digunakan secara kombinasi dengan kemoterapi lain untuk kasus     |   |                     |      |      |   |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN        |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL    |
|--------------|--|---|---------------------|------|------|-----------------------|
|              |  |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                       |
|              | adenokarsinoma gaster atau pankreas yang gagal dengan kemoterapi lini pertama. |   |                     |      |      |                       |
|              | 1.   | serb inj 2 mg   |                     |      | √    |                       |
|              | 2.   | serb inj 10 mg  |                     |      | √    |                       |
|              |  | Untuk kemoterapi lokal (instilasi vesika) pada kanker kandung kemih.  |                     |      |      |                       |
| 33           | 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 kaps/bulan/kasus. |
|              |  | Untuk kasus LGK (Leukemia Granulositik Kronik)/CML dengan hasil <i>philadelphia chromosome</i> positif atau BCR-ABL positif yang resisten atau intoleran terhadap imatinib. |                     |      |      |                       |
| 34           | oksaliplatin   |   |                     |      |      |                       |
|              | a)   | Untuk terapi ajuvan kanker kolorektal stadium III.  |                     |      |      |                       |
|              | b)   | Dapat digunakan untuk kanker kolorektal metastatik.   |                     |      |      |                       |
|              | 1.   | serb inj 50 mg  |                     |      | √    | 12x pemberian.        |



| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL   |
|--------------|---|---|---------------------|------|------|--|
|              |   |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |  |
|              | 2.  | serb inj 100 mg   |                     |      | √    | 12x pemberian.   |
| 35           | oktreotid LAR   |   |                     |      |      |  |
|              | Untuk akromegali atau 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.<br>- Untuk tumor karsinoid 20-30 mg/bulan, maks 6 bulan. |
|              | 2.  | serb inj 30 mg  |                     |      | √    |  |
| 36           | paklitaksel   |   |                     |      |      |  |
|              | 1.  | inj 6 mg/mL   |                     |      | √    | Untuk kanker ovarium diberikan dalam kombinasi dengan sisplatin atau karboplatin setiap 3 minggu.<br>Dosis paklitaksel: 175 mg/m <sup>2</sup> /kali.                       |
| 37           | pazopanib   |   |                     |      |      |  |
|              | Hanya digunakan untuk kanker ginjal metastatik.                         |   |                     |      |      |  |
|              | 1.  | tab sal selaput 200 mg  |                     |      | √    | 120 tab/bulan.   |
|              | 2.  | tab sal selaput 400 mg  |                     |      | √    | 60 tab/bulan.  |
| 38           | pemetreksed   |   |                     |      |      |  |
|              | a)  | Untuk terapi <i>non squamous</i> NSCLC <i>locally advanced</i> atau |                     |      |      |  |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL                                    |
|--------------|---|---|---------------------|------|------|---|
|              |   |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |   |
|              |   | metastatik EGFR <i>wild type</i> dalam kombinasi dengan sisplatin.  |                     |      |      |   |
|              | b)  | Untuk lini kedua pada <i>non squamous NSCLC locally advanced</i> atau metastatik EGFR <i>wild type</i> yang gagal diatasi dengan kemoterapi lain. |                     |      |      |   |
|              | c)  | Jika terjadi progresi setelah terapi lini pertama dengan pemetreksed, maka tidak dapat dilanjutkan dengan pemetreksed sebagai lini kedua.         |                     |      |      |   |
|              | 1.  | serb inj 500 mg   |                     |      | √    | 500 mg/m <sup>2</sup> setiap 21 hari, maks 6 siklus.  |
| 39           |   | rituksimab  |                     |      |      |   |
|              | a)  | Untuk <i>Diffuse Large B-Cell Lymphoma (DLBCL)</i> dengan hasil pemeriksaan CD20 Positif.   |                     |      |      |   |
|              | b)  | Untuk terapi <i>Chronic lymphocytic leukemia (CLL)</i> dengan hasil pemeriksaan CD20 positif.   |                     |      |      |   |
|              | 1.  | inj 10 mg/mL  |                     |      | √    | 375 mg/m <sup>2</sup> setiap 3 minggu, maks 6 siklus. |
| 40           |   | setuksimab  |                     |      |      |   |
|              | a)  | Sebagai terapi lini kedua kanker kepala dan leher jenis <i>squamous</i> dan dikombinasi dengan kemoterapi atau radiasi.                           |                     |      |      |   |
|              | b)  | Tidak digunakan untuk kanker nasofaring.  |                     |      |      |   |
|              | 1.  | inj 5 mg/mL   |                     |      | √    | - Pemberian tiap minggu: Dosis                        |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |                                       | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL   |
|--------------|---|---------------------------------------|---------------------|------|------|--|
|              |   |                                       | TK 1                | TK 2 | TK 3 |  |
|              |   |                                       |                     |      |      | pertama 400 mg/m <sup>2</sup> , dosis selanjutnya 250 mg/m <sup>2</sup> tiap minggu.<br>- Maks 6 siklus atau sampai terjadi progres atau timbul efek samping yang tidak dapat ditoleransi, mana yang terjadi lebih dulu. |
| 41           | siklofosfamid   |                                       |                     |      |      |  |
|              | 1.  | inj 200 mg (i.v.)                     |                     |      | √    |  |
|              | 2.  | inj 500 mg (i.v.)                     |                     |      | √    |  |
|              | 3.  | inj 1.000 mg (i.v.)                   |                     |      | √    |  |
| 42           | sisplatin   |                                       |                     |      |      |  |
|              | 1.  | inj 1 mg/mL                           |                     |      | √    | 100 mg/m <sup>2</sup> /hari diulang tiap 3 minggu.   |
| 43           | sitarabin   |                                       |                     |      |      |  |
|              | a)  | Untuk leukemia akut.                  |                     |      |      |  |
|              | b)  | Untuk limfoma maligna.                |                     |      |      |  |
|              | c)  | Tidak digunakan untuk intratekal.     |                     |      |      |  |
|              | 1.  | inj 100 mg/mL                         |                     |      | √    |  |
| 44           | temozolomid   |                                       |                     |      |      |  |
|              | a)  | Untuk glioblastoma.                   |                     |      |      |  |
|              | b)  | Untuk <i>anaplastic astrocytoma</i> . |                     |      |      |  |
|              | 1.  | kaps 20 mg                            |                     |      | √    | a) Jika menggunakan fasilitas radioterapi: 75  |
|              | 2.  | kaps 100 mg                           |                     |      | √    |  |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN         |                 | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL  |
|--------------|---|-----------------|---------------------|------|------|---|
|              |   |                 | TK 1                | TK 2 | TK 3 |   |
|              |   |                 |                     |      |      | <p>mg/m<sup>2</sup>/hari selama pasien disinar kemudian dilanjutkan 150-200 mg/m<sup>2</sup>/hari selama 5 hari berturut-turut diulang setiap 4 minggu, maks 6 siklus.</p> <p>b) Jika tidak menggunakan fasilitas radioterapi: 150-200 mg/m<sup>2</sup>/hari selama 5 hari berturut-turut diulang setiap 4 minggu, maks 6 siklus.</p> |
| 45           | trastuzumab   |                 |                     |      |      |   |
|              | Untuk kanker payudara metastatik dengan hasil pemeriksaan HER2 positif 3 (+++). |                 |                     |      |      |   |
|              | 1.  | serb inj 440 mg |                     |      | √    | 8 siklus atau hingga terjadi <i>progress diseases</i> , mana yang lebih dahulu dicapai.   |
| 46           | vinblastin  |                 |                     |      |      |   |
|              | 1.  | inj 1 mg/mL     |                     |      | √    | 6 mg/m <sup>2</sup> setiap 2 minggu.  |

| KELAS TERAPI  | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |  | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL   |
|---------------|---|--|---------------------|------|------|--|
|               |   |  | TK 1                | TK 2 | TK 3 |  |
| 47            | <i>Catatan: Hanya diberikan secara intravena.</i>                       |  |                     |      |      |  |
|               | vinkristin  |  |                     |      |      |  |
|               | 1.  | inj 1 mg/mL                                      |                     |      | √    | 1,5 mg/m <sup>2</sup> maks weekly dose 2 mg. Kecuali untuk ALL maks 3 tahun. |
| 48            | vinorelbin  |  |                     |      |      |  |
|               | a)  | Untuk <i>Non Small Cell Lung Cancer</i> (NSCLC). |                     |      |      |  |
|               | b)  | Untuk kanker payudara metastatik.                |                     |      |      |  |
|               | 1.  | inj 10 mg/mL                                     |                     |      | √    | 25 mg/m <sup>2</sup> hari 1 dan 8 diulang setiap 3 minggu.                   |
| 8.4 LAIN-LAIN |   |  |                     |      |      |  |
| 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.                            |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN                  |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL  |
|--------------|--|---|---------------------|------|------|---|
|              |  |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |   |
| 4            | kalsium folinat (leukovorin, Ca)   |   |                     |      |      |   |
|              | a)   | Untuk pencegahan efek toksik metotreksat. |                     |      |      |   |
|              | b)   | Memperkuat efek 5-fluorourasil.           |                     |      |      |   |
|              | 1.   | tab 15 mg                                 |                     |      | √    | Sesuai dengan dosis metotreksat atau 400 mg/m <sup>2</sup> setiap 2 minggu bersama dengan 5-FU.   |
|              | 2.   | inj 10 mg/mL                              |                     |      | √    |   |
| 5            | mesna  |   |                     |      |      |   |
|              | Hanya diberikan untuk terapi yang menggunakan ifosfamid atau siklofosfamid dosis tinggi. |   |                     |      |      |   |
|              | 1.   | inj 100 mg/mL                             |                     |      | √    | a) Untuk pemberian bersama ifosfamid, mesna diberikan dengan dosis maks 60% dari dosis ifosfamid/ hari, maks selama 5 hari tiap 3 minggu.<br>b) Untuk pemberian bersama siklofosfamid dosis tinggi (>1 g/m <sup>2</sup> ), mesna diberikan dengan dosis maks 100% dari dosis siklofosfamid/ hari. |

| KELAS TERAPI            | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN       |                           | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|-------------------------|---|---------------------------|---------------------|------|------|--------------------|
|                         |   |                           | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
| <b>9. ANTIPARKINSON</b> |   |                           |                     |      |      |                    |
| 1                       | kombinasi KDT/FDC mengandung:   |                           |                     |      |      |                    |
|                         | a.  | benserazid 25 mg          |                     |      |      |                    |
|                         | b.  | levodopa 100 mg           |                     |      |      |                    |
|                         | Hanya diresepkan oleh dokter spesialis neurologi.                             |                           |                     |      |      |                    |
|                         |   | 1. tab                    |                     | √    | √    | 120 tab/bulan.     |
|                         |   | 2. tab <i>dispersible</i> |                     | √    | √    | 120 tab/bulan.     |
| 2                       | kombinasi KDT/FDC mengandung:   |                           |                     |      |      |                    |
|                         | a.  | levodopa 100 mg           |                     |      |      |                    |
|                         | b.  | karbidopa 25 mg           |                     |      |      |                    |
|                         | c.  | entekapon 200 mg          |                     |      |      |                    |
|                         | Hanya diresepkan oleh dokter spesialis neurologi.                             |                           |                     |      |      |                    |
|                         |   | 1. tab                    |                     | √    | √    | 90 tab/bulan.      |
| 3                       | pramipeksol   |                           |                     |      |      |                    |
|                         | Hanya diresepkan oleh dokter spesialis neurologi.                             |                           |                     |      |      |                    |
|                         | 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   |                           |                     |      |      |                    |
|                         | Hanya diresepkan oleh dokter spesialis neurologi.                             |                           |                     |      |      |                    |
|                         | 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.      |

| KELAS TERAPI                    | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |  | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|---------------------------------|---|--|---------------------|------|------|--------------------|
|                                 |   |  | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
|                                 | 3.  | tab lepas lambat 8 mg  |                     | √    | √    | 30 tab/bulan.      |
| 5                               | triheksifenidil*  |  |                     |      |      |                    |
|                                 | a)  | Dapat digunakan pada gangguan ekstrapiramidal karena obat.   |                     |      |      |                    |
|                                 | b)  | Dalam penanganan gangguan ekstrapiramidal perlu dilakukan monitoring sesuai dengan Pedoman Penyelenggaraan Kesehatan Jiwa di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer. |                     |      |      |                    |
|                                 | c)  | Terapi awal dapat diberikan di puskesmas yang memiliki tenaga kesehatan terlatih dan mempunyai surat penugasan dari Kementerian Kesehatan.                         |                     |      |      |                    |
|                                 | 1.  | tab 2 mg   | √                   | √    | √    | 90 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                               | <i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i>                       |  |                     |      |      |                    |
|                                 | kombinasi KDT/FDC mengandung:   |  |                     |      |      |                    |
|                                 | a.  | Fe sulfat/Fe fumarat/Fe glukonat (setara dengan 60 mg Fe elemental)  |                     |      |      |                    |



| KELAS TERAPI                         | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |   | FASILITAS KESEHATAN  |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |                        |
|--------------------------------------|---|---|--|------|------|--------------------|------------------------|
|                                      |   |   | TK 1   | TK 2 | TK 3 |                    |                        |
|                                      | b.  | asam folat  | 0,4 mg   |      |      |                    |                        |
|                                      |   | 1. tab sal  |  | √    | √    | √                  |                        |
| 4                                    |   | <i>low molecule ferri sucrose</i>   |  |      |      |                    |                        |
|                                      |   | Hanya untuk kasus dialisis dengan defisiensi zat besi dan kadar Hb < 10 g/dL.                         |  |      |      |                    |                        |
|                                      |   | 1.  | inj 20 mg/mL (i.v.)  |      | √    | √                  |                        |
| 5                                    |   | sianokobalamin (vitamin B12)  |  |      |      |                    |                        |
|                                      |   | 1.  | tab 50 mcg   | √    | √    | √                  |                        |
|                                      |   | 2.  | inj 500 mcg/mL   | √    | √    | √                  |                        |
| 10.2 OBAT yang MEMENGARUHI KOAGULASI |   |   |  |      |      |                    |                        |
| 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, pascaoperasi. |
|                                      |   | 2.  | kaps 110 mg  |      | √    | √                  | 30 kaps, pascaoperasi. |
| 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 operasi, medium</i> |      |      |                    |                        |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN  |   | FASILITAS KESEHATAN               |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |  |
|--------------|--|---|-----------------------------------|------|------|--------------------|--|
|              |  |   | TK 1                              | TK 2 | TK 3 |                    |  |
|              |  | dan <i>high risk</i> .  |                                   |      |      |                    |  |
|              | 1.   | inj 10.000 IU/mL  |                                   | √    | √    | 2 vial/hari.       |  |
| 4            | faktor koagulasi II, faktor koagulasi VII, faktor koagulasi IX, faktor koagulasi X   |   |                                   |      |      |                    |  |
|              | Terapi perdarahan dan pencegahan perdarahan pada pasien yang mengalami defisiensi faktor prothombin kompleks dapatan atau turunan. |   |                                   |      |      |                    |  |
|              | 1.   | serb inj 250 IU/ 10 mL  |                                   |      | √    |                    |  |
|              | 2.   | serb inj 500 IU/20 mL   |                                   |      | √    |                    |  |
| 5            | fitomenadion (vitamin K1)  |   |                                   |      |      |                    |  |
|              | 1.   | tab 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  |   |                                   |      |      |                    |  |
|              | a)   | Digunakan untuk tromboemboli dan sindrom koroner akut.  |                                   |      |      |                    |  |
|              | b)   | Tidak digunakan sebelum dan selama prosedur Intervensi Koroner Perkutan (IKP/PCI) pada pasien sindrom koroner akut (ACS). |                                   |      |      |                    |  |
|              | c)   | Diberikan 6 jam setelah operasi ortopedi tungkai bawah dan tulang belakang, dan operasi abdominal.                        |                                   |      |      |                    |  |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |  | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL  |
|--------------|---|--|---------------------|------|------|---|
|              |   |  | TK 1                | TK 2 | TK 3 |   |
|              | 1.  | inj 2,5 mg/0,5 mL  |                     | √    | √    | 1 vial/hari.  |
| 7            | heparin, Na ( <i>non porcine</i> )                                      |  |                     |      |      |   |
|              | 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   |                     | √    | √    |   |
| 9            | protamin sulfat   |  |                     |      |      |   |
|              | 1.  | inj 10 mg/mL (i.v.)  |                     | √    | √    |   |
| 10           | rivaroksaban  |  |                     |      |      |   |
|              | 1.  | tab sal 10 mg  |                     | √    | √    | a) Untuk <i>knee replacement</i> 12 tab/kasus.                |
|              |   | Untuk pencegahan VTE ( <i>Venous Thrombo Embolism</i> ) pada pasien dewasa yang menjalani <i>hip or knee replacement surgery</i> . |                     |      |      | b) Untuk <i>hip replacement</i> 35 tab/kasus.                 |
|              | 2.  | tab sal 15 mg  |                     | √    | √    | 42 tab/kasus.   |
|              |   | Untuk terapi DVT ( <i>Deep Vein Thrombosis</i> ).  |                     |      |      |   |
|              | 3.  | tab sal 20 mg  |                     | √    | √    | 30 tab/bulan, maks 3 bulan.                                   |
|              |   | Untuk terapi DVT ( <i>Deep Vein Thrombosis</i> ).  |                     |      |      |   |
| 11           | warfarin  |  |                     |      |      |   |
|              | a)  | Untuk pencegahan dan terapi <i>thromboembolism</i> .   |                     |      |      |   |
|              | b)  | Dosis harian disesuaikan dengan target INR (2-3).  |                     |      |      |   |

| KELAS TERAPI  | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |   | FASILITAS KESEHATAN   |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL                    |  |
|---|---|---|---|------|------|---------------------------------------|--|
|   |   |   | TK 1  | TK 2 | TK 3 |                                       |  |
|   | 1.  | tab 1 mg  |   | √    | √    |                                       |  |
|   | 2.  | tab 2 mg  |   | √    | √    |                                       |  |
| 10.3 OBAT untuk KELEBIHAN BESI  |   |   |   |      |      |                                       |  |
| 1   | deferasiroks  |   |   |      |      |                                       |  |
|   | a)  | Untuk terapi kelasi besi.   |   |      |      |                                       |  |
|   | 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   |   |      | √    | Maks 40 mg/kgBB diberikan per bulan.  |  |
|   | 2.  | tab <i>dispersible</i> 500 mg   |   |      | √    |                                       |  |
|   | 3.  | tab sal selaput 180 mg  |   |      | √    |                                       |  |
|   | 4.  | tab sal selaput 360 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  |   |   |      |      |                                       |  |

| KELAS TERAPI             | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |  | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL  |
|--------------------------|---|--|---------------------|------|------|---|
|                          |   |  | TK 1                | TK 2 | TK 3 |   |
|                          | 1.  | inj 500 mg   |                     | √    | √    | - Dosis anak usia < 3 tahun: 20-30 mg/kgBB/hari, maks 5-7 hari.<br>- Dosis usia > 3 tahun: 40-60 mg/kgBB/hari, maks 5-7 hari. |
| <b>10.4 HEMATOPOETIK</b> |   |  |                     |      |      |   |
| 1                        |   | eltrombopag  |                     |      |      |   |
|                          | a)  | Untuk Trombositopenia pada pasien <i>Idiopathic Thrombocytopenic Purpura</i> (ITP) kronik yang tidak respons terhadap terapi kortikosteroid, imunoglobulin atau splenektomi. |                     |      |      |   |
|                          | b)  | Hanya digunakan untuk pasien ITP yang memiliki risiko tinggi untuk terjadinya perdarahan (trombosit < 30.000/mm <sup>3</sup> ).  |                     |      |      |   |
|                          | c)  | Obat diberikan dengan target trombosit > 30.000/mm <sup>3</sup> , dipertahankan stabil minimal selama 2 minggu lalu dikembalikan ke pengobatan awal.                         |                     |      |      |   |
|                          | 1.  | tab sal selaput 25 mg  |                     |      | √    | - Platelet telah mencapai > 30.000/mm <sup>3</sup> tanpa disertai perdarahan.<br>- Maks pemberian 2 minggu.                   |
|                          | 2.  | 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            | eritropoietin-alfa  |   |  |      |      | 50-100 IU/kgBB diberikan maks 2x seminggu. |  |
|              | 1.  | inj 2.000 IU  |  | √    | √    |  |  |
|              |   | Hanya untuk penderita CKD Stadium 4, 5, dan 5 dengan dialisis (HD, CAPD) 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%. |      |      |  |  |
|              | 2.  | inj 3.000 IU  |  | √    | √    |  |  |
|              |   | Hanya untuk penderita CKD Stadium 4, 5, dan 5 dengan dialisis (HD, CAPD) 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%. |      |      |  |  |
|              | 3.  | inj 4.000 IU  |  | √    | √    |  |  |
|              |   | Hanya untuk penderita CKD Stadium 4, 5, dan 5 dengan dialisis (HD, CAPD) dengan kriteria berikut: |  |      |      |  |  |
|              |   | a)  | Kadar Hb < 10 g/dL (terapi awal) dan 10-12 g/dL (terapi rumatan).                        |      |      |  |  |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|---|---------------------|------|------|--------------------|
|              |   |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
|              | b)  | Kadar besi normal (SI > 60 mcg/dL) dan/atau indeks saturasi besi (SI/TIBC x 100%) > 20%.                                  |                     |      |      |                    |
|              | 4.  | inj 10.000 IU   |                     | √    | √    |                    |
|              | a)  | Hanya untuk pasien kanker yang mengalami anemia pada penggunaan kemoterapi yang myelosupresif, dengan kadar Hb < 10 g/dL. |                     |      |      |                    |
|              | b)  | Hanya boleh diresepkan oleh KHOM atau KGH atau Spesialis Penyakit Dalam yang bersertifikasi.                              |                     |      |      |                    |
|              | 5.  | inj 40.000 IU   |                     | √    | √    | 1x per minggu.     |
|              | a)  | Hanya untuk pasien kanker yang mengalami anemia pada penggunaan kemoterapi yang myelosupresif, dengan kadar Hb < 10 g/dL. |                     |      |      |                    |
|              | b)  | Hanya boleh diresepkan oleh KHOM.   |                     |      |      |                    |
| 3            | eritropoietin-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%.                                  |                     |      |      |                    |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL                          |
|--------------|---|---|---------------------|------|------|---|
|              |   |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |   |
|              | 1.  | inj 2.000 IU  |                     | √    | √    | 50-100 IU/kg BB diberikan maks 2x seminggu. |
| 4            |   | filgrastim  |                     |      |      |   |
|              | a)  | Hanya untuk leukopenia berat pra dan pascakemoterapi (leukosit kurang dari 4.000/mm <sup>3</sup> dan neutrofil kurang dari 1.500/mm <sup>3</sup> ). |                     |      |      |   |
|              | b)  | Pemakaian protokol FLAG dan RICE.   |                     |      |      |   |
|              | 1.  | inj 300 mcg   |                     |      | √    | 1 vial/hari selama 5 hari.                  |
| 5            |   | lenograstim   |                     |      |      |   |
|              | a)  | Hanya untuk leukopenia berat pra dan pascakemoterapi (leukosit kurang dari 4.000/mm <sup>3</sup> dan neutrofil kurang dari 1.500/mm <sup>3</sup> ). |                     |      |      |   |
|              | b)  | Pemakaian protokol FLAG dan RICE.   |                     |      |      |   |
|              | 1.  | serb inj 263 mcg  |                     |      | √    | 1 vial/hari selama 5 hari.                  |
| 6            |   | metoksi polietilen glikol-epoetin beta  |                     |      |      |   |
|              |   | Hanya untuk penderita CKD Stadium 4, 5, dan 5 dengan dialisis (HD, CAPD) 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%)   |                     |      |      |   |



| KELAS TERAPI                          | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |  | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|---------------------------------------|---|--|---------------------|------|------|--------------------|
|                                       |   |  | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
|                                       |   | > 20%.   |                     |      |      |                    |
|                                       | c)  | Tidak digunakan untuk pasien anak.   |                     |      |      |                    |
|                                       | 1.  | inj 50 mcg/0,3 mL  |                     | √    | √    | 1 vial/bulan.      |
|                                       | 2.  | inj 75 mcg/0,3 mL  |                     | √    | √    | 1 vial/bulan.      |
| 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 anamnestik tinggi terhadap pemberian faktor VIII atau faktor IX.   |                     |      |      |                    |
|                                       | c)  | Mencegah episode perdarahan 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.  | inj 1 mg   |                     |      | √    |                    |
| 2                                     | faktor VIII (konsentrat)  |  |                     |      |      |                    |
|                                       | FVIII (unit) = BB (kg) x % (target kadar plasma-kadar FVIII pasien).    |  |                     |      |      |                    |
|                                       | 1.  | inj 250 IU   |                     |      | √    |                    |
|                                       | a)  | Untuk terapi kasus hemofilia A dengan perdarahan.  |                     |      |      |                    |

| KELAS TERAPI                                      | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN                       |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL  |
|---|---|---|---------------------|------|------|---|
|   |   |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |   |
|   | b)  | Dibawah pengawasan ahli hematologi dan/atau ahli penyakit dalam dan anak.                         |                     |      |      |   |
|   | 2.  | inj 500 IU  |                     |      | √    |   |
|   | a)  | Untuk terapi kasus hemofilia A dengan perdarahan.   |                     |      |      |   |
|   | b)  | Dibawah pengawasan ahli hematologi dan/atau ahli penyakit dalam dan anak.                         |                     |      |      |   |
|   | 3.  | inj 230-340 IU  |                     |      | √    |   |
|   | 4.  | inj 480-600 IU  |                     |      | √    |   |
|   | 5.  | inj 1.000 IU  |                     |      | √    |   |
| 3   | faktor IX kompleks  |   |                     |      |      |   |
|   | Hanya digunakan untuk penderita dengan defisiensi faktor IX.                                  |   |                     |      |      |   |
|   | 1.  | inj 500 IU  |                     |      | √    |   |
|   | 2.  | inj 1.000 IU  |                     |      | √    |   |
|   | 3.  | inj 50 IU/mL  |                     |      | √    |   |
| <b>11.2 PENGGANTI PLASMA dan PLASMA EKSPANDER</b> |   |   |                     |      |      |   |
| 1   | albumin serum normal ( <i>human albumin</i> )   |   |                     |      |      |   |
|   | 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. |   |                     |      |      |   |

| KELAS TERAPI                        | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL          |
|-------------------------------------|---|---|---------------------|------|------|-----------------------------|
|                                     |   |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                             |
|                                     | b)  | Hanya diberikan apabila terdapat kondisi presyok atau syok, dan/atau untuk kasus asites yang masif/intens dengan penekanan organ pernafasan atau perut. |                     |      |      |                             |
|                                     | 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 presyok 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.    |
| <b>12. DIAGNOSTIK</b>               |   |   |                     |      |      |                             |
| <b>12.1 BAHAN KONTRAS RADIOLOGI</b> |   |   |                     |      |      |                             |
| <b>12.1.1 Gastrointestinal</b>      |   |   |                     |      |      |                             |
| 1                                   | barium sulfat   |   |                     |      |      |                             |
|                                     | 1.  | serb 92 g/100 g   |                     | √    | √    |                             |
|                                     | 2.  | susp 95%  |                     | √    | √    |                             |

| KELAS TERAPI                                  | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN   |                          | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|---|---|--------------------------|---------------------|------|------|--------------------|
|   |   |                          | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
| 12.1.2 Intravaskular                          |   |                          |                     |      |      |                    |
| 1   | iodiksanol  |                          |                     |      |      |                    |
|   | 1.  | inj 320 mg Iodium/mL     |                     | √    | √    |                    |
| 2   | ioheksol  |                          |                     |      |      |                    |
|   | 1.  | inj 140-350 mg Iodium/mL |                     | √    | √    |                    |
|   | 2.  | inj 240-350 mg Iodium/mL |                     | √    | √    |                    |
| 3   | iopamidol   |                          |                     |      |      |                    |
|   | 1.  | inj 300-370 mg/mL        |                     | √    | √    |                    |
| 4   | iopromid  |                          |                     |      |      |                    |
|   | 1.  | inj 300-370 mg Iodium/mL |                     | √    | √    |                    |
| 12.1.3 Intratekal                             |   |                          |                     |      |      |                    |
| 1   | ioheksol  |                          |                     |      |      |                    |
|   | 1.  | inj 180-300 mg Iodium/mL |                     |      | √    |                    |
| 2   | iopamidol   |                          |                     |      |      |                    |
|   | 1.  | inj 300 mg/mL            |                     |      | √    |                    |
| 12.1.4 <i>Body cavity</i>                     |   |                          |                     |      |      |                    |
| 1   | kombinasi KDT/FDC mengandung:   |                          |                     |      |      |                    |
|   | a.  | meglumin amidotrizoat    |                     |      |      |                    |
|   | b.  | sodium amidotrizoat      |                     |      |      |                    |
|   | 1.  | inj 76%                  |                     |      | √    |                    |
| 12.2 <i>MAGNETIC RESONANCE CONTRAST MEDIA</i> |   |                          |                     |      |      |                    |
| 1   | gadobutrol  |                          |                     |      |      |                    |
|   | 1.  | inj 1 mmol/mL            |                     |      | √    |                    |
| 2   | gadoksetat disodium   |                          |                     |      |      |                    |
|   | 1.  | inj 0,25 mmol/mL         |                     |      | √    |                    |
| 3   | gadoteric acid  |                          |                     |      |      |                    |
|   | Dapat digunakan pada bayi baru lahir cukup bulan ( <i>full term neonates</i> ) atau pasien anak atau pasien dewasa. |                          |                     |      |      |                    |
|   | 1.  | inj 279,32 mg/mL         |                     |      | √    |                    |
| 12.3 <i>ULTRASOUND</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>galactose microparticle</i>  |   |                     |      |      |                    |
|  | Dapat diberikan di Faskes Tk. 1 yang memiliki fasilitas USG.            |   |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | 200-400 mg micropart/mL                                   | √                   | √    | √    |                    |
| 12.4 RADIOFARMAKA KEDOKTERAN NUKLIR              |   |   |                     |      |      |                    |
| 12.4.1 Radiofarmaka Kedokteran Nuklir Diagnostik |   |   |                     |      |      |                    |
| 1  | FDG ( <i>fluoro deoxy glucose</i> )                                     |   |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | sesuai kebutuhan  |                     |      | √    |                    |
| 2  | iodium 131  |   |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | lar oral  |                     |      | √    |                    |
| 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   |                     |      | √    |                    |
| 12.4.2 Farmaka Kedokteran Nuklir                 |   |   |                     |      |      |                    |
| 1  | DMSA ( <i>dimercaptosuccinic acid</i> )                                 |   |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | 1,1 mg meso-2, 3-<br><i>dimercaptosuccinic acid</i> /vial |                     |      | √    |                    |
| 2  | DTPA ( <i>diethylenetriamine pentaacetic acid</i> )                     |   |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | 2,06-2,5 mg <i>pentetate calcium trisodium</i> /mL        |                     |      | √    |                    |
| 3  | <i>iodohippurate sodium</i> I 131                                       |   |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | 37-74 MBq/ <i>multiple-dose vial</i>                      |                     |      | √    |                    |
| 4  | MAA ( <i>macro agregate albumin</i> )                                   |   |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | 0,11-2,5 mg albumin<br><i>aggregated/ reaction vial</i>   |                     |      | √    |                    |
| 5  | MAG3 ( <i>mercaptoacetyltriglycine</i> )                                |   |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | 1 mg betiatide/vial                                       |                     |      | √    |                    |
| 6  | MDP ( <i>methylene diphosphonate</i> )                                  |   |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | 1 mg <i>methylene diphosphonic</i>                        |                     |      | √    |                    |

| KELAS TERAPI                                       | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--|---|---|---------------------|------|------|--------------------|
|  |   |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
|  |   | <i>acid</i> /mL   |                     |      |      |                    |
| 7  | MIBG ( <i>meta-iodobenzylguanidine</i> )                                |   |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | sesuai kebutuhan  |                     |      | √    |                    |
| 8  | MIBI ( <i>methoxyisobutyl isonitrile</i> )                              |   |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | 5-mL <i>reaction vial</i>   |                     |      | √    |                    |
| 9  | oktreotid asetat  |   |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | 0,05–6 mg/mL  |                     |      | √    |                    |
| 10   | <i>stannous pyrophosphate</i>   |   |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | 27,6 mg <i>sodium pyrophosphate</i> /vial                                   |                     |      | √    |                    |
| 11   | <i>sulfur colloid</i>   |   |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | 4,5 mg gelatin/ <i>reaction vial</i>  |                     |      | √    |                    |
| 12.4.3 Radiofarmaka Kedokteran Nuklir untuk Terapi |   |   |                     |      |      |                    |
| 1  | 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 |                     |      | √    |                    |
| 2  | iodium 131  |   |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | lar oral  |                     |      | √    |                    |
| 12.5 TES FUNGSI                                    |   |   |                     |      |      |                    |
| 12.5.1 Ginjal                                      |   |   |                     |      |      |                    |
| 1  | natrium aminohipurat  |   |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | inj 200 mg/mL (i.v.)  |                     |      | √    |                    |
| 12.5.2 Mata  |   |   |                     |      |      |                    |
| 1  | natrium fluoresein  |   |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | tts mata 2%   | √                   | √    | √    |                    |
|  | 2.  | inj 100 mg/mL   |                     | √    | √    |                    |
|  |   | Digunakan di fasilitas kesehatan dengan ketentuan:                          |                     |      |      |                    |
| a)   | Memiliki dokter yang kompeten untuk                                     |   |                     |      |      |                    |

| KELAS TERAPI                   | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------------------------|---|---|---------------------|------|------|--------------------|
|                                |   |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
|                                |   | mengantisipasi reaksi anafilaksis.  |                     |      |      |                    |
|                                | b)  | Memiliki alat untuk melakukan <i>Fundus Fluorescein Angiography</i> (FFA) dan/atau <i>Indocyanine Green</i> (ICG) fotografi/videografi. |                     |      |      |                    |
| 2                              | tropikamid  |   |                     |      |      |                    |
|                                | 1.  | tts mata 0,5%   | √                   | √    | √    |                    |
|                                | 2.  | tts mata 1%   | √                   | √    | √    |                    |
| 12.5.3 Tes Kulit               |   |   |                     |      |      |                    |
| 1                              | tuberkulin <i>protein purified derivative</i>                           |   |                     |      |      |                    |
|                                | 1.  | inj 2 TU/0,1 mL   | √                   | √    | √    |                    |
| 12.6 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  | √                   | √    | √    |                    |

| KELAS TERAPI  | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |                           | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|---|---|---------------------------|---------------------|------|------|--------------------|
|   |   |                           | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
| 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                  | √                   | √    | √    |                    |
| 4   | kalsium hidroksida  |                           |                     |      |      |                    |
|   | 1.  | bubuk, pasta              | √                   | √    | √    |                    |
| 5   | klorfenol kamfer mentol (CHKM)  |                           |                     |      |      |                    |
|   | 1.  | cairan                    | √                   | √    | √    |                    |
| 6   | klorheksidin  |                           |                     |      |      |                    |
|   | 1.  | lar 0,2%                  | √                   | √    | √    |                    |
| 7   | kombinasi :   |                           |                     |      |      |                    |
|   | a.  | deksametason<br>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                    |                     | √    | √    | √                  |



| KELAS TERAPI                      | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|-----------------------------------|---|---|---------------------|------|------|--------------------|
|                                   |   |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
| 9                                 | natrium hipoklorit  |   |                     |      |      |                    |
|                                   | 1.  | cairan konsentrat 5%<br>Untuk diencerkan. | √                   | √    | √    |                    |
| 10                                | pasta pengisi saluran akar  |   |                     |      |      |                    |
|                                   | 1.  | pasta                                     | √                   | √    | √    |                    |
| 11                                | povidon iodin   |   |                     |      |      |                    |
|                                   | 1.  | lar obat kumur 1%                         | √                   | √    | √    |                    |
| 14.2 ANTIFUNGI OROFARINGEAL       |   |   |                     |      |      |                    |
| 1                                 | nistatin  |   |                     |      |      |                    |
|                                   | 1.  | susp 100.000 IU/mL                        | √                   | √    | √    |                    |
| 14.3 OBAT untuk PENCEGAHAN KARIES |   |   |                     |      |      |                    |
| 1                                 | fluor   |   |                     |      |      |                    |
|                                   | 1.  | tab 1 mg                                  | √                   | √    | √    |                    |
|                                   | 2.  | sediaan topikal                           | √                   | √    | √    |                    |
| 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.  | cocoa butter 5 g                          | √                   | √    | √    |                    |
| 3                                 | komposit resin  |   |                     |      |      |                    |
|                                   | 1.  | set                                       | √                   | √    | √    |                    |
| 14.5 PREPARAT LAINNYA             |   |   |                     |      |      |                    |
| 1                                 | anestetik lokal gigi, kombinasi KDT/FDC mengandung:                     |   |                     |      |      |                    |
|                                   | a.  | lidokain 2%                               |                     |      |      |                    |
|                                   | b.  | epinefrin 1 : 80.000                      |                     |      |      |                    |
|                                   | 1.  | inj 2 mL                                  | √                   | √    | √    |                    |
| 2                                 | aquadest  |   |                     |      |      |                    |
|                                   | 1.  | cairan 500 mL                             | √                   | √    | √    |                    |

| KELAS TERAPI                                   | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |                             | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--|---|-----------------------------|---------------------|------|------|--------------------|
|  |   |                             | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
| 3  | <i>articulating paper</i>   |                             |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | kertas warna penanda oklusi | √                   | √    | √    |                    |
| 4  | etil klorida  |                             |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | <i>spray</i> 100 mL         | √                   | √    | √    |                    |
| 5  | ferrakrilum   |                             |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | cairan 1%                   | √                   | √    | √    |                    |
| 6  | kombinasi:  |                             |                     |      |      |                    |
|  | a.  | triamsinolon asetonid       |                     |      |      |                    |
|  | b.  | dimetil-klortetrasiklin     |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | pasta                       | √                   | √    | √    |                    |
| 7  | lidokain  |                             |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | inj 2%                      | √                   | √    | √    |                    |
|  | 2.  | salep 5%                    | √                   | √    | √    |                    |
|  | 3.  | <i>spray</i> topikal 10%    | √                   | √    | √    |                    |
| 8  | pasta devitalisasi ( <i>non arsen</i> )                                 |                             |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | pasta                       | √                   | √    | √    |                    |
| 9  | <i>surgical gingival pack</i>   |                             |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | pasta                       | √                   | √    | √    |                    |
| 15. DIURETIK dan OBAT untuk HIPERTROFI PROSTAT |   |                             |                     |      |      |                    |
| 15.1 DIURETIK                                  |   |                             |                     |      |      |                    |
| 1  | furosemid   |                             |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | tab 40 mg                   | √                   | √    | √    | 90 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%                     | √, PP               | √    | √    | 2 btl/hari.        |
| 4  | spironolakton   |                             |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | tab 25 mg*                  | √                   | √    | √    | 30 tab/bulan.      |
|  | 2.  | tab 100 mg                  |                     | √    | √    | 30 tab/bulan.      |
| 15.2 OBAT untuk HIPERTROFI PROSTAT             |   |                             |                     |      |      |                    |

| KELAS TERAPI                                   | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |  | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL         |
|--|---|--|---------------------|------|------|----------------------------|
|  |   |  | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                            |
| 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.   |  |                     |      |      |                            |
|  | 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 <i>spray</i> 10 mcg/ <i>puff</i> |                     |      | √    | 3 btl <i>spray</i> /bulan. |
| 2  | vasopresin  |  |                     |      |      |                            |
|  | 1.  | inj 20 IU/mL                           |                     | √    | √    |                            |
| 16.2 ANTIDIABETES                              |   |  |                     |      |      |                            |
| 16.2.1 Antidiabetes Oral                       |   |  |                     |      |      |                            |
| 1  | akarbose*   |  |                     |      |      |                            |
|  | 1.  | tab 50 mg                              |                     | √    | √    | 90 tab/bulan.              |
|  | 2.  | tab 100 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 |   |
| 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.                                 |
| 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   | √                   | √    | √    | 120 tab/bulan.                                |
|              | 2.   | tab 850 mg   | √                   | √    | √    | 60 tab/bulan.                                 |
| 8            | pioglitazon  |  |                     |      |      |   |
|              | Tidak diberikan pada pasien dengan gagal jantung atau edema karena sebab lain, dan/atau riwayat keluarga <i>bladder cancer</i> . |  |                     |      |      |   |
|              | 1.   | tab 15 mg  |                     | √    | √    | 30 tab/bulan.                                 |
|              | 2.   | tab 30 mg  |                     | √    | √    | 30 tab/bulan.                                 |
| 9            | sitagliptin*   |  |                     |      |      |   |
|              | a)   | Tidak digunakan sebagai lini pertama/terapi inisial. |                     |      |      |   |
|              | b)   | Sebagai terapi tambahan pada                         |                     |      |      |   |

| KELAS TERAPI  | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|---|---|---|---------------------|------|------|--------------------|
|   |   |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
|   |   | metformin dan/atau sulfonilurea dengan dosis optimal yang masih dapat ditoleransi oleh pasien.  |                     |      |      |                    |
|   | c)  | Tidak digunakan sebagai obat tunggal.   |                     |      |      |                    |
|   | 1.  | tab sal selaput 100 mg  |                     | √    | √    | 30 tab/bulan.      |
| 10  |   | vildagliptin*   |                     |      |      |                    |
|   | a)  | Tidak digunakan sebagai lini pertama/terapi inisial.  |                     |      |      |                    |
|   | b)  | Sebagai terapi tambahan pada metformin dan/atau sulfonilurea dengan dosis optimal yang masih dapat ditoleransi oleh pasien.   |                     |      |      |                    |
|   | c)  | Tidak digunakan sebagai obat tunggal.   |                     |      |      |                    |
|   | 1.  | tab 50 mg   |                     | √    | √    | 60 tab/bulan.      |
| 16.2.2 Antidiabetes Parenteral  |   |   |                     |      |      |                    |
| <i>Human Insulin</i>  |   |   |                     |      |      |                    |
| Wanita hamil yang memerlukan insulin maka diutamakan menggunakan <i>human insulin</i> . |   |   |                     |      |      |                    |
| 1   |   | insulin basal*  |                     |      |      |                    |
|   | a)  | Pasien diabetes melitus tipe 2 yang sudah diberikan kombinasi metformin dosis optimal dan obat diabetes oral lainnya namun kadar glukosa darahnya belum terkendali (HbA1C > 7,5% atau gula darah rerata > 169 mg/dL). |                     |      |      |                    |
|   |   | atau  |                     |      |      |                    |
|   | b)  | Pasien diabetes melitus tipe 2 dengan kadar HbA1C nya > 9% disertai dengan gejala-gejala dekompensasi metabolik.  |                     |      |      |                    |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL  |
|--------------|---|---|---------------------|------|------|---|
|              |   |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |   |
|              | c)  | Pemberian insulin pada (a) dan (b) dapat dilanjutkan untuk pasien diabetes melitus tipe 2, jika insulin dibutuhkan untuk mempertahankan pengendalian glukosa darah.   |                     |      |      |   |
|              | 1.  | inj 100 IU/mL (kemasan vial, <i>disposable cartridge, penfill cartridge</i> )   |                     | √    | √    | Dalam kondisi tertentu, Dokter di Faskes Tk. 1 dapat melakukan penyesuaian dosis (titrasi) insulin basal hingga 20 IU/hari. |
| 2            |   | insulin prandial*   |                     |      |      |   |
|              | 1.  | inj 100 IU/mL (kemasan vial, <i>disposable cartridge, penfill cartridge</i> )   |                     | √    | √    |   |
| 3            |   | insulin campuran*   |                     |      |      |   |
|              | a)  | Pasien diabetes melitus tipe 2 yang sudah diberikan kombinasi metformin dosis optimal dan obat diabetes oral lainnya namun kadar glukosa darahnya belum terkontrol (HbA1C > 7,5% atau gula darah rerata > 169 mg/dL). |                     |      |      |   |
|              |   | atau  |                     |      |      |   |
|              | b)  | Pasien diabetes melitus tipe 2 dengan kadar HbA1C nya > 9% disertai dengan gejala-gejala dekompensasi metabolik.  |                     |      |      |   |

| KELAS TERAPI          | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL   |
|-----------------------|---|---|---------------------|------|------|--|
|                       |   |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |  |
|                       | c)  | Pemberian insulin pada (a) dan (b) dapat dilanjutkan untuk pasien diabetes melitus tipe 2, jika insulin dibutuhkan untuk mempertahankan pengendalian glukosa darah.   |                     |      |      |  |
|                       | 1.  | inj 100 IU/mL (kemasan vial, <i>disposable cartridge, penfill cartridge</i> )   |                     | √    | √    |  |
| <i>Analog Insulin</i> |   |   |                     |      |      |  |
| 1                     | insulin basal   |   |                     |      |      |  |
|                       | a)  | Pasien diabetes melitus tipe 2 yang sudah diberikan kombinasi metformin dosis optimal dan obat diabetes oral lainnya namun kadar glukosa darahnya belum terkendali (HbA1C > 7,5% atau gula darah rerata > 169 mg/dL). |                     |      |      |  |
|                       |   | atau  |                     |      |      |  |
|                       | b)  | Pasien diabetes melitus tipe 2 dengan kadar HbA1C nya > 9% disertai dengan gejala-gejala dekompensasi metabolik.  |                     |      |      |  |
|                       | c)  | Pemberian insulin pada (a) dan (b) dapat dilanjutkan untuk pasien diabetes melitus tipe 2, jika insulin dibutuhkan untuk mempertahankan pengendalian glukosa darah.   |                     |      |      |  |
|                       | 1.  | inj 100 IU/mL (kemasan vial, <i>disposable cartridge, penfill cartridge</i> )*  |                     | √    | √    | Dalam kondisi tertentu, Dokter di Faskes Tk. 1 dapat melakukan |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |  | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL   |
|--------------|---|--|---------------------|------|------|--|
|              |   |  | TK 1                | TK 2 | TK 3 |  |
|              |   |  |                     |      |      | penyesuaian dosis (titrasi) insulin basal hingga 20 IU/hari. |
|              | 2.  | inj 300 IU/mL (kemasan vial, <i>disposable cartridge, penfill cartridge</i> )  |                     | √    | √    |  |
| 2            |   | insulin prandial*  |                     |      |      |  |
|              | 1.  | inj 100 IU/mL (kemasan vial, <i>disposable cartridge, penfill cartridge</i> )  |                     | √    | √    |  |
| 3            |   | insulin campuran*  |                     |      |      |  |
|              | a)  | Pasien diabetes melitus tipe 2 yang sudah diberikan kombinasi metformin dosis optimal dan obat diabetes oral lainnya namun kadar glukosa darahnya belum terkendali (HbA1C > 7,5% atau gula darah rerata >169 mg/dL). |                     |      |      |  |
|              |   | atau   |                     |      |      |  |
|              | b)  | Pasien diabetes melitus tipe 2 dengan kadar HbA1C nya > 9% disertai dengan gejala-gejala dekompensasi metabolik.   |                     |      |      |  |
|              | c)  | Pemberian insulin pada (a) dan (b) dapat dilanjutkan untuk pasien diabetes melitus tipe 2, jika insulin dibutuhkan untuk mempertahankan pengendalian glukosa darah.  |                     |      |      |  |
|              | 1.  | inj 100 IU/mL (kemasan vial, <i>disposable cartridge, 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 |                    |
| 16.3 HORMON KELAMIN dan OBAT yang MEMENGARUHI FERTILITAS |   |  |                     |      |      |                    |
| 16.3.1 Androgen  |   |  |                     |      |      |                    |
| 1  | testosteron   |  |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | inj 250 mg/mL<br>Hanya untuk defisiensi hormon (dengan kadar testosteron 250–300). |                     |      | √    |                    |
| 16.3.2 Estrogen  |   |  |                     |      |      |                    |
| 1  | estrogen terkonjugasi   |  |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | tab 0,625 mg   |                     |      | √    |                    |
| 16.3.3 Progestogen                                       |   |  |                     |      |      |                    |
| 1  | linestrenol   |  |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | tab 5 mg   |                     | √    | √    |                    |
| 2  | medroksi progesteron asetat<br>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.  | tab/kaps 5 mg  |                     | √    | √    |                    |
| 4  | noretisteron<br>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   |                     | √    | √    |                    |

| KELAS TERAPI                     | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |                                    | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|----------------------------------|---|------------------------------------|---------------------|------|------|--------------------|
|                                  |   |                                    | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
| 2                                | kombinasi KDT/FDC mengandung:   |                                    |                     |      |      |                    |
|                                  | a.  | desogestrel 150 mcg                |                     |      |      |                    |
|                                  | b.  | etinilestradiol 30 mcg             |                     |      |      |                    |
|                                  | 1.  | tab                                |                     | √    | √    |                    |
| 3                                | <i>Catatan: Disediakan oleh program BKKBN.</i>                          |                                    |                     |      |      |                    |
|                                  | kombinasi KDT/FDC mengandung:   |                                    |                     |      |      |                    |
|                                  | a.  | levonorgestrel 150 mcg             |                     |      |      |                    |
|                                  | b.  | etinilestradiol 30 mcg             |                     |      |      |                    |
|                                  | 1.  | tab                                | √                   | √    | √    |                    |
| 4                                | linestrenol   |                                    |                     |      |      |                    |
|                                  | 1.  | tab 0,5 mg                         | √                   | √    | √    |                    |
| 16.3.4.2 Kontrasepsi, Parenteral |   |                                    |                     |      |      |                    |
| 1                                | kombinasi KDT/FDC mengandung:   |                                    |                     |      |      |                    |
|                                  | a.  | medroksi progesteron asetat 25 mg  |                     |      |      |                    |
|                                  | b.  | estradiol sipionat 5 mg            |                     |      |      |                    |
|                                  | 1.  | inj                                |                     | √    | √    |                    |
| 2                                | <i>Catatan: Disediakan oleh program BKKBN.</i>                          |                                    |                     |      |      |                    |
|                                  | kombinasi KDT/FDC mengandung:   |                                    |                     |      |      |                    |
|                                  | a.  | medroksi progesteron asetat 120 mg |                     |      |      |                    |
|                                  | b.  | estradiol sipionat 10 mg           |                     |      |      |                    |
|                                  | 1.  | inj                                |                     | √    | √    |                    |
| 3                                | <i>Catatan: Disediakan oleh program BKKBN.</i>                          |                                    |                     |      |      |                    |
|                                  | medroksi progesteron asetat   |                                    |                     |      |      |                    |
|                                  | 1.  | inj 150 mg/mL                      | √                   | √    | √    |                    |
| 16.3.4.3 Kontrasepsi, AKDR (IUD) |   |                                    |                     |      |      |                    |

| KELAS TERAPI                      | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |                                    | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL                               |
|-----------------------------------|---|------------------------------------|---------------------|------|------|--|
|                                   |   |                                    | TK 1                | TK 2 | TK 3 |  |
| 1                                 | <i>Catatan: Disediakan oleh program BKKBN.</i>                          |                                    |                     |      |      |  |
|                                   | <i>copper T</i>   |                                    |                     |      |      |  |
|                                   | 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) | √                   | √    | √    |  |
| 16.3.5 Lain-Lain                  |   |                                    |                     |      |      |  |
| 1                                 | bromokriptin  |                                    |                     |      |      |  |
|                                   | Untuk hiperprolaktinemia atau 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                                 | propiltiourasil   |                                    |                     |      |      |  |

| 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   |                     | √    | √    | Untuk bulan pertama maks 180 tab/bulan. |
| 4  | tiamazol   |              |                     |      |      |   |
|  | 1.   | tab 5 mg     |                     | √    | √    | 120 tab/bulan.                          |
|  | 2.   | tab 10 mg    |                     | √    | √    | Untuk bulan pertama maks 90 tab/bulan.  |
| <b>16.5 KORTIKOSTEROID</b>   |  |              |                     |      |      |   |
| 1  | deksametason   |              |                     |      |      |   |
|  | 1.   | tab 0,5 mg   |                     | √    | √    |   |
|  | 2.   | inj 5 mg/mL  |                     | √    | √    |   |
| 2  | hidrokortison  |              |                     |      |      |   |
|  | 1.   | tab 20 mg    |                     | √    | √    |   |
|  | 2.   | inj 100 mg   | √                   | √    | √    |   |
| 3  | metilprednisolon   |              |                     |      |      |   |
|  | 1.   | tab 4 mg*    |                     | √    | √    |   |
|  | 2.   | tab 8 mg*    |                     | √    | √    |   |
|  | 3.   | tab 16 mg*   |                     | √    | √    |   |
|  | 4.   | inj 125 mg   | √, PP               | √    | √    |   |
|  | Hanya digunakan untuk kasus spesialistik, digunakan dalam waktu relatif singkat. |              |                     |      |      |   |
|  | 5.   | inj 500 mg   |                     | √    | √    |   |
| Hanya digunakan untuk kasus spesialistik, digunakan dalam waktu relatif singkat. |  |              |                     |      |      |   |
| 4  | prednison*   |              |                     |      |      |   |
|  | 1.   | tab 5 mg     | √                   | √    | √    |   |
| 5  | triamsinolon asetonid  |              |                     |      |      |   |
|  | 1.   | inj 10 mg/mL |                     | √    | √    |   |
| <b>17. OBAT KARDIOVASKULAR</b>   |  |              |                     |      |      |   |
| <b>17.1 ANTIANGINA</b>   |  |              |                     |      |      |   |

| KELAS TERAPI     | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN  |  | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL          |
|------------------|--|--|---------------------|------|------|-----------------------------|
|                  |  |  | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                             |
| 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*  | √                   | √    | √    |                             |
|                  | 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                | 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.                        |                     |      |      |                             |
| 6                | ivabradin  |  |                     |      |      |                             |
|                  | Digunakan untuk pengobatan simptomatik angina pektoris yang kronik stabil pada pasien dengan ritme sinus normal yang telah gagal dengan beta bloker. |  |                     |      |      |                             |
|                  | 1.   | tab 5 mg   |                     |      | √    | 60 tab/bulan, maks 3 bulan. |
| 17.2 ANTIARITMIA |  |  |                     |      |      |                             |
| 1                | adenosin   |  |                     |      |      |                             |
|                  | a)   | Digunakan untuk mengatasi SVT (dibuktikan dengan EKG). |                     |      |      |                             |
|                  | b)   | Digunakan untuk uji pembebanan jantung.                |                     |      |      |                             |

| KELAS TERAPI   | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--|---|---|---------------------|------|------|--------------------|
|  |   |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
|  | 1.  | inj 3 mg/mL   |                     | √    | √    | Maks 5 ampul.      |
| 2  |   | amiodaron   |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | tab 200 mg*   |                     | √    | √    | 30 tab/bulan.      |
|  | 2.  | inj 50 mg/mL  |                     | √    | √    |                    |
|  |   | Untuk kasus rawat inap.   |                     |      |      |                    |
| 3  |   | digoksin  |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | tab 0,25 mg*  |                     | √    | √    | 30 tab/bulan.      |
|  | 2.  | inj 0,25 mg/mL  |                     | √    | √    |                    |
| 4  |   | diltiazem   |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | inj 50 mg   |                     | √    | √    |                    |
| 5  |   | lidokain  |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | inj 50 mg/mL (i.v.)   |                     | √    | √    |                    |
| 6  |   | 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 aritmia dengan palpitasi berlebihan. |                     |      |      |                    |
| 7  |   | 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</i> |   |   |                     |      |      |                    |

| KELAS TERAPI  | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |  | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|---|---|--|---------------------|------|------|--------------------|
|   |   |  | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
| <i>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 5 mg   |                     | √    | √    | 30 tab/bulan.      |
|   | 3.  | tab 10 mg  |                     | √    | √    | 30 tab/bulan.      |
| 4   | diltiazem   |  |                     |      |      |                    |
|   | 1.  | kaps lepas lambat 100 mg*  |                     | √    | √    | 30 kaps/bulan.     |
|   | 2.  | kaps lepas lambat 200 mg*  |                     | √    | √    | 30 kaps/bulan.     |
|   | 3.  | inj 5 mg/mL  |                     | √    | √    |                    |
|   |   | Untuk hipertensi berat atau angina pectoris pada kasus rawat inap. |                     |      |      |                    |
|   | 4.  | inj 10 mg  |                     | √    | √    |                    |
|   |   | Untuk hipertensi berat.  |                     |      |      |                    |
|   | 5.  | inj 50 mg  |                     | √    | √    |                    |
|   | Untuk hipertensi berat atau angina pectoris 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.      |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN  |                       | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|--|-----------------------|---------------------|------|------|--------------------|
|              |  |                       | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
|              | 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. |                       |                     |      |      |                    |
|              | 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.      |



| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN           |  | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL        |
|--------------|---|--|---------------------|------|------|---------------------------|
|              |   |  | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                           |
| 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.              |  |                     |      |      |                           |
|              | 1.  | inj 1 mg/mL  |                     | √    | √    |                           |
| 18           | nimodipin   |  |                     |      |      |                           |
|              | a)  | Untuk pencegahan kasus vasospasme pada pengobatan perdarahan <i>subarachnoid</i> . |                     |      |      |                           |
|              | b)  | Hanya diberikan di ruang perawatan.  |                     |      |      |                           |
|              | 1.  | tab sal selaput 30 mg  |                     |      | √    | 8 tab/hari, maks 18 hari. |
|              | 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   |                     |      | √    |                           |

| KELAS TERAPI                   | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN   |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------------------------|---|---|---------------------|------|------|--------------------|
|                                |   |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
| 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*  |   |                     |      |      |                    |
|                                | Digunakan untuk hipertensi dengan nilai eGFR < 30 mL/menit/1,73 m <sup>2</sup> .  |   |                     |      |      |                    |
|                                | 1.  | tab 40 mg   |                     | √    | √    | 30 tab/bulan.      |
|                                | 2.  | tab 80 mg   |                     | √    | √    | 30 tab/bulan.      |
| 23                             | valsartan*  |   |                     |      |      |                    |
|                                | Untuk pasien yang telah mendapat ACE <i>inhibitor</i> sebelumnya sekurang-kurangnya 1 bulan dan mengalami intoleransi terhadap ACE inhibitor yang dibuktikan dengan melampirkan resep sebelumnya. |   |                     |      |      |                    |
|                                | 1.  | tab 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                              | iloprost  |   |                     |      |      |                    |
|                                | a)  | Hanya digunakan di ICU.                                 |                     |      |      |                    |
|                                | b)  | Diagnosis ditegakkan melalui kateter arteri pulmonalis. |                     |      |      |                    |
|                                | c)  | Tidak diberikan untuk pasien anak.                      |                     |      |      |                    |
|                                | 1.  | ih 10 mcg/mL  |                     |      | √    |                    |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |  | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL  |
|--------------|---|--|---------------------|------|------|---|
|              |   |  | TK 1                | TK 2 | TK 3 |   |
| 3            | sildenafil  |  |                     |      |      |   |
|              | 1.  | tab 20 mg  |                     | √    | √    | 90 tab/bulan.   |
|              | a)  | Digunakan untuk Hipertensi Arteri Pulmonal (HAP) pada pasien dewasa. Diagnosis ditegakkan dengan <i>echocardiography</i> . |                     |      |      |   |
|              | b)  | Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Jantung atau Bedah Jantung.   |                     |      |      |   |
|              | 2.  | sir kering 10 mg/mL  |                     | √    | √    | 5 btl/bulan.  |
|              | a)  | Digunakan untuk Hipertensi Arteri Pulmonal (HAP) pada pasien anak. Diagnosis ditegakkan dengan <i>echocardiography</i> .   |                     |      |      |   |
|              | b)  | Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Anak Konsultan Jantung atau Dokter Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah.      |                     |      |      |   |
|              | <b>17.4 ANTIAGREGASI PLATELET</b>                                       |  |                     |      |      |   |
| 1            | asam asetilsalisilat (asetosal)*  |  |                     |      |      |   |
|              | 1.  | tab 80 mg  | √                   | √    | √    | 30 tab/bulan.   |
|              | 2.  | tab sal enterik 100 mg   |                     | √    | √    | 30 tab/bulan.   |
| 2            | klopidogrel   |  |                     |      |      |   |
|              | a)  | Diberikan pada pasien yang direncanakan untuk dilakukan prosedur PCI elektif.  |                     |      |      | Diberikan 1 x 75 mg selama 10 hari sebelum PCI/kateterisasi dan dilanjutkan dosis rumatan ( <i>maintenance</i> ) 1 x 75 |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL   |
|--------------|---|---|---------------------|------|------|--|
|              |   |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |  |
|              |   |   |                     |      |      | mg/hari maks selama 12 bulan.  |
|              | b)  | Diberikan pada pasien yang akan dilakukan prosedur <i>primary</i> PCI atau <i>early</i> PCI.  |                     |      |      | Diberikan <i>loading dose</i> 600 mg pre tindakan dilanjutkan dengan dosis rumatan ( <i>maintenance</i> ) 1 x 75 mg/hari maks selama 12 bulan. |
|              | c)  | Pasien yang menderita <i>recent myocardial infarction, ischaemic stroke</i> atau <i>established Peripheral Arterial Disease (PAD)</i> . |                     |      |      | Diberikan 1 x 75 mg maks selama 12 bulan.  |
|              | d)  | Pasien yang menderita sindrom koroner akut: NON STEMI ( <i>unstable angina</i> ) dan STEMI.   |                     |      |      | Diberikan 1 x 75 mg maks selama 12 bulan.  |
|              | e)  | Hati-hati interaksi obat pada pasien yang menggunakan obat-obat golongan <i>Proton Pump Inhibitor (PPI)</i> .                           |                     |      |      |  |
|              | f)  | Lazimnya klopidothrel diberikan bersama dengan antiplatelet aspirin atau antiplatelet lainnya dosis rendah.                             |                     |      |      |  |
|              | 1.  | tab 75 mg*  |                     | √    | √    |  |
|              | 2.  | tab sal selaput 300 mg  |                     | √    | √    |  |
|              |   | Hanya untuk <i>loading dose</i> pada pasien yang menjalani <i>Percutaneous Coronary Intervention (PCI)</i> .                            |                     |      |      |  |
| 3            | silostazol  |   |                     |      |      |  |
|              | Hanya dapat diresepkan oleh SpPD  |   |                     |      |      |  |

| KELAS TERAPI     | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL          |
|------------------|---|---|---------------------|------|------|-----------------------------|
|                  |   |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                             |
|                  | atau SpJP atau SpBV atau SpB-TKV atau SpS.                              |   |                     |      |      |                             |
|                  | 1.  | tab 100 mg  |                     | √    | √    | 60 tab/bulan.               |
|                  |   | Hanya untuk kasus <i>Peripheral Arterial Disease</i> (PAD) atau pasien yang terbukti telah resisten terhadap asam asetilsalisilat yang ditunjukkan dengan hasil pemeriksaan resistensi asam asetilsalisilat.  |                     |      |      |                             |
|                  | 2.  | kaps pelepasan lambat 100 mg*   |                     |      | √    | 60 kaps/bulan.              |
|                  |   | <i>Secondary prevention</i> pada pasien stroke dengan <i>Cerebral Small Vessel Disease</i> (CSVD).  |                     |      |      |                             |
| 4                | tikagrelor  |   |                     |      |      |                             |
|                  | Untuk pasien kasus PCI dengan <i>Acute Coronary Syndrome</i> (ACS).     |   |                     |      |      |                             |
|                  | 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 terkontrol. |                     |      |      |                             |
|                  | b)  | Hanya untuk infark miokard akut dengan onset < 12 jam.  |                     |      |      |                             |

| KELAS TERAPI                         | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |  | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------------------------------|---|--|---------------------|------|------|--------------------|
|                                      |   |  | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
|                                      | c)  | Hanya untuk stroke non hemoragik dengan onset < 4,5 jam.   |                     |      |      |                    |
|                                      | 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, pascaoperasi 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.  | inj 1,5 juta IU  |                     | √    | √    |                    |
| <b>17.6 OBAT untuk GAGAL JANTUNG</b> |   |  |                     |      |      |                    |
| 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 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 |                    |
|              | 4.   | tab 10 mg                |                     | √    | √    | 30 tab/bulan.      |
| 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 (i.v.)       |                     | √    | √    |                    |
| 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.  | tab 6,25 mg*   |                     | √    | √    | 60 tab/bulan.      |
|   | 2.  | tab 25 mg  |                     | √    | √    | 60 tab/bulan.      |
| 9   | milrinon  |  |                     |      |      |                    |
|   | Hanya diberikan di ruang intensif.  |  |                     |      |      |                    |
|   | 1.  | inj 1 mg/mL  |                     |      | √    | Maks 2 hari.       |
| 10  | ramipril*   |  |                     |      |      |                    |
|   | 1.  | tab 5 mg   |                     | √    | √    | 30 tab/bulan.      |
|   | 2.  | tab 10 mg  |                     | √    | √    | 30 tab/bulan.      |
| 11  | sacubitril valsartan  |  |                     |      |      |                    |
|   | a)  | Hanya untuk pasien yang tidak respons terhadap golongan ARB dan ACE <i>inhibitor</i> . |                     |      |      |                    |
|   | b)  | Hanya pada pasien dengan <i>reduced ejection fraction</i> (LVEF ≤ 40%).                |                     |      |      |                    |
|   | 1.  | tab sal selaput 24,3/25,7 mg   |                     | √    | √    | 60 tab/bulan.      |
|   | 2.  | tab sal selaput 48,6/51,4 mg   |                     | √    | √    | 60 tab/bulan.      |
|   | 3.  | tab sal selaput 97,2/102,8 mg  |                     | √    | √    | 60 tab/bulan.      |
|   | 12  | 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   |                     | √    | √    |                    |



| KELAS TERAPI   | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--|---|---|---------------------|------|------|--------------------|
|  |   |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
| 2  | dopamin   |   |                     |      |      |                    |
|  | a)  | Hanya untuk syok kardiogenik, dekompensasi kordis akut dan syok septik.   |                     |      |      |                    |
|  | b)  | Tidak untuk syok hipovolemik.   |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | inj 40 mg/mL  |                     | √    | √    |                    |
| 3  | epinefrin (adrenalin)   |   |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | inj 1 mg/mL   | √, PP               | √    | √    |                    |
| 4  | norepinefrin  |   |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | inj 1 mg/mL   |                     | √    | √    |                    |
| 17.8 ANTIHIPERLIPIDEMIA  |   |   |                     |      |      |                    |
| Sebagai terapi tambahan terhadap terapi diet pada pasien hiperlipidemia. |   |   |                     |      |      |                    |
| 1  | atorvastatin  |   |                     |      |      |                    |
|  | a)  | Jika setelah pemberian simvastatin selama 3 bulan berturut-turut dengan dosis 40 mg/hari pasien tidak mencapai target penurunan LDL < 100 mg/dL, disamping diet ketat lemak.                            |                     |      |      |                    |
|  |   | atau  |                     |      |      |                    |
|  | b)  | Pasien ASCVD (pasca PCI/CABG, stroke iskemi dan/atau PAD, pascainfark) yang dibuktikan dengan EKG atau MSCT atau riwayat angiografi. Target LDL adalah ≤ 70 mg/dL, yang harus diperiksa setiap 6 bulan. |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | tab sal selaput 10 mg   |                     | √    | √    | 30 tab/bulan.      |
|  | 2.  | tab sal selaput 20 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            | fenofibrat  |  |                     |      |      |                    |
|              | a)  | Hanya untuk hipertrigliseridemia dengan kadar trigliserida > 250 mg/dL.  |                     |      |      |                    |
|              | b)  | Pemeriksaan trigliserida dilakukan pada pasien yang telah menjalani puasa minimal 12 jam.  |                     |      |      |                    |
|              | 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 <i>sachet</i> .  |
| 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.      |
| 6            | rosuvastatin  |  |                     |      |      |                    |
|              | a)  | Jika setelah pemberian   |                     |      |      |                    |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|---|---------------------|------|------|--------------------|
|              |   |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
|              |   | simvastatin selama 3 bulan berturut-turut dengan dosis 40 mg/hari pasien tidak mencapai target penurunan LDL < 100 mg/dL, disamping diet ketat lemak.   |                     |      |      |                    |
|              |   | atau  |                     |      |      |                    |
|              | b)  | Pasien ASCVD (pasca PCI/CABG, stroke iskemi dan/atau PAD, pascainfark) yang dibuktikan dengan EKG atau MSCT atau riwayat angiografi. Target LDL adalah $\leq 70$ mg/dL, yang harus diperiksa setiap 6 bulan.  |                     |      |      |                    |
|              | 1.  | tab 10 mg   |                     | √    | √    | 60 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.   |                     |      |      |                    |
|              | b)  | Pasien ASCVD (pasca PCI, CABG, stroke iskemi dan/atau PAD, pascainfark) yang dibuktikan dengan EKG atau MSCT atau riwayat angiografi. Target LDL adalah $\leq 70$ mg/dL, yang harus diperiksa setiap 6 bulan. |                     |      |      |                    |
|              | c)  | kadar LDL > 130 mg/dL untuk pasien diabetes melitus. Setelah 6 bulan dilakukan evaluasi ketaatan pasien terhadap kontrol  |                     |      |      |                    |

| KELAS TERAPI                                   | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--|---|---|---------------------|------|------|--------------------|
|  |   |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
|  |   | diet dan pemeriksaan laboratorium LDL dilampirkan setiap 6 bulan. |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | tab 10 mg*  | √                   | √    | √    | 30 tab/bulan.      |
|  | 2.  | tab 20 mg*  | √                   | √    | √    | 30 tab/bulan.      |
|  | 3.  | tab 40 mg   | √                   | √    | √    | 30 tab/bulan.      |
| <b>17.9 HIPOTENSI akibat ANESTESI REGIONAL</b> |   |   |                     |      |      |                    |
| 1  | efedrin   |   |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | inj 50 mg/mL  |                     | √    | √    |                    |
| <b>18. OBAT TOPIKAL untuk KULIT</b>            |   |   |                     |      |      |                    |
| <b>18.1 ANTIKNE</b>                            |   |   |                     |      |      |                    |
| 1  | asam retinoat   |   |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | krim 0,05%  | √                   | √    | √    |                    |
|  | 2.  | krim 0,1%   |                     | √    | √    |                    |
|  | a)  | Tidak digunakan pada pagi dan siang hari.                         |                     |      |      |                    |
|  | b)  | Tidak untuk ibu hamil.  |                     |      |      |                    |
| <b>18.2 ANTIBAKTERI</b>                        |   |   |                     |      |      |                    |
| 1  | antibakteri, kombinasi KDT/FDC mengandung:                              |   |                     |      |      |                    |
|  | a.  | basitrasin  | 500 IU/g            |      |      |                    |
|  | b.  | polimiksin B  | 10.000 IU/g         |      |      |                    |
|  | 1.  | salep   |                     | √    | √    | √                  |
| 2  | framisetin sulfat   |   |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | tulle 1%  |                     | √    | √    | √                  |
| 3  | mupirosin   |   |                     |      |      |                    |
|  | Diagnosis MRSA harus ditegakkan sebelum pemberian obat.                 |   |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | krim 2%   |                     |      | √    | √                  |
|  | 2.  | salep 2%  |                     |      |      | √                  |
|  |   |   |                     |      |      | 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 |                    |
| 4  | natrium fusidat   |                        |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | salep 2%               |                     | √    | √    |                    |
|  | 2.  | krim 2%                |                     | √    | √    |                    |
| 5  | perak sulfadiazin   |                        |                     |      |      |                    |
|  | Hanya untuk luka bakar.   |                        |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | krim 1%                | √                   | √    | √    |                    |
| <b>18.3 ANTIFUNGI</b>                      |   |                        |                     |      |      |                    |
| 1  | antifungi, kombinasi KDT/FDC mengandung:                                |                        |                     |      |      |                    |
|  | 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 | √                   | √    | √    |                    |
| <b>18.4 ANTIINFLAMASI dan ANTIPRURITIK</b> |   |                        |                     |      |      |                    |
| 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                                    | klobetasol propionat  |  |                     |      |      |                    |
|                                      | Untuk dermatitis kronik berat yang hiperkeratotik, yang tidak respons terhadap steroid topikal lainnya. |  |                     |      |      |                    |
|                                      | 1.  | krim 0,05 %  |                     |      | √    | Maks 10 hari.      |
|                                      | 2.  | salep 0,05 %   |                     |      | √    |                    |
| 7                                    | mometason furoat  |  |                     |      |      |                    |
|                                      | 1.  | krim 0,1%  | √                   | √    | √    |                    |
| 18.5 ANTISKABIES dan ANTIPEDIKULOSIS |   |  |                     |      |      |                    |
| 1                                    | permetrin   |  |                     |      |      |                    |
|                                      | 1.  | krim 5%  | √                   | √    | √    |                    |
| 2                                    | salep 2-4   |  |                     |      |      |                    |
|                                      | 1.  | salep  | √                   | √    | √    |                    |
| 18.6 KAUSTIK                         |   |  |                     |      |      |                    |
| 1                                    | perak nitrat  |  |                     |      |      |                    |
|                                      | 1.  | lar 20%  |                     | √    | √    |                    |
| 2                                    | polikresulen  |  |                     |      |      |                    |
|                                      | Untuk servitis.   |  |                     |      |      |                    |
|                                      | 1.  | lar  |                     | √    | √    |                    |
| 3                                    | podofilin   |  |                     |      |      |                    |
|                                      | a)  | Tidak boleh diberikan pada wanita hamil.                         |                     |      |      |                    |
|                                      | b)  | Hanya diberikan oleh dokter dan dilakukan di fasilitas pelayanan |                     |      |      |                    |

| KELAS TERAPI  | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |  | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|---|---|--|---------------------|------|------|--------------------|
|   |   |  | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
|   |   | kesehatan.   |                     |      |      |                    |
|   | 1.  | tingtur 25%  |                     | √    | √    |                    |
| <b>18.7 KERATOLITIK dan KERATOPLASTIK</b>             |   |  |                     |      |      |                    |
| 1   | asam salisilat  |  |                     |      |      |                    |
|   | 1.  | salep 2%   | √                   | √    | √    |                    |
|   | 2.  | salep 5%   | √                   | √    | √    |                    |
|   | 3.  | salep 10%  | √                   | √    | √    |                    |
|   |   | Kulit disekitar lesi harus dilindungi dengan pelembab. |                     |      |      |                    |
| 2   | <i>liquor carbonis detergens</i>  |  |                     |      |      |                    |
|   | 1.  | lar 5%   | √                   | √    | √    |                    |
| <b>18.8 LAIN-LAIN</b>                                 |   |  |                     |      |      |                    |
| 1   | asam salisilat  |  |                     |      |      |                    |
|   | 1.  | lar 0,1%   | √                   | √    | √    |                    |
| 2   | bedak salisil   |  |                     |      |      |                    |
|   | Hati-hati penggunaan pada bayi.   |  |                     |      |      |                    |
|   | 1.  | serb 2%  | √                   | √    | √    |                    |
| 3   | kalamín   |  |                     |      |      |                    |
|   | 1.  | lotio  | √                   | √    | √    |                    |
| 4   | triamsinolon asetónid   |  |                     |      |      |                    |
|   | Hanya untuk keloid.   |  |                     |      |      |                    |
|   | 1.  | inj 10 mg/mL   |                     | √    | √    |                    |
|   | 2.  | inj 40 mg/mL   |                     | √    | √    |                    |
| 5   | urea  |  |                     |      |      |                    |
|   | 1.  | krim 10%   | √                   | √    | √    |                    |
|   | 2.  | krim 20%   | √                   | √    | √    |                    |
| <b>19. LARUTAN DIALISIS PERITONEAL</b>                |   |  |                     |      |      |                    |
| 1   | dialisa peritoneal  |  |                     |      |      |                    |
|   | 1.  | lar intraperitoneal                                    |                     | √    | √    |                    |
| 2   | hemodialisa   |  |                     |      |      |                    |
|   | 1.  | lar  |                     | √    | √    |                    |
| <b>20. LARUTAN ELEKTROLIT, NUTRISI, dan LAIN-LAIN</b> |   |  |                     |      |      |                    |

| KELAS TERAPI   | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN      |                          | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--|--|--------------------------|---------------------|------|------|--------------------|
|  |  |                          | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
| 20.1 ORAL  |  |                          |                     |      |      |                    |
| 1  | <i>Catatan: Dilarutkan dalam 200 mL air.</i>                                 |                          |                     |      |      |                    |
|  | garam oralit   |                          |                     |      |      |                    |
|  | 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  | natrium bikarbonat   |                          |                     |      |      |                    |
|  | 1.   | tab 500 mg               | √                   | √    | √    | 90 tab/bulan.      |
| 5  | <i>zinc</i>  |                          |                     |      |      |                    |
|  | Untuk anak usia < 2 tahun.   |                          |                     |      |      |                    |
|  | 1.   | <i>drops</i> 10 mg/mL    | √                   | √    | √    | 2 btl/kasus.       |
| 20.2 PARENTERAL  |  |                          |                     |      |      |                    |
| Larutan Mengandung Asam Amino  |  |                          |                     | √    | √    |                    |
| Larutan Mengandung Elektrolit  |  |                          |                     |      |      |                    |
|  | 1.   | larutan garam fisiologis | √                   | √    | √    |                    |
|  | 2.   | larutan elektrolit pekat |                     | √    | √    |                    |
| Larutan Mengandung Karbohidrat   |  |                          | √                   | √    | √    |                    |
| Larutan Mengandung Karbohidrat+Elektrolit  |  |                          | √                   | √    | √    |                    |
| Larutan Mengandung Lipid   |  |                          |                     | √    | √    |                    |
| Larutan Mengandung Asam Amino+Elektrolit+Karbohidrat+Lipid   |  |                          |                     | √    | √    |                    |
|  | Hanya digunakan untuk pasien dengan <i>Total Parenteral Nutrition</i> (TPN). |                          |                     |      |      |                    |
| Larutan Mengandung Fosfat Anorganik (NaH <sub>2</sub> PO <sub>4</sub> /KH <sub>2</sub> PO <sub>4</sub> ) dengan/tanpa vitamin yang larut dalam air |  |                          |                     |      | √    |                    |
| Larutan Mengandung Vitamin yang larut dalam lemak (Vitamin A, D, E, K)   |  |                          |                     |      | √    |                    |



| KELAS TERAPI         | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |                 | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|----------------------|---|-----------------|---------------------|------|------|--------------------|
|                      |   |                 | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
| 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% | √                   | √    | √    |                    |
|                      | 2.  | tts mata 0,3%   | √                   | √    | √    |                    |
|                      | 3.  | tts mata 1%     |                     | √    | √    |                    |
| 5                    | kloramfenikol   |                 |                     |      |      |                    |
|                      | 1.  | tts mata 0,5%   | √                   | √    | √    |                    |
|                      | 2.  | tts mata 1%     | √                   | √    | √    |                    |
|                      | 3.  | 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 |                    |
| 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                         | oksitetrasiklin   |   |  |      |      |                    |
|                           | 1.  | salep mata 1%                                   | √  | √    | √    |                    |
| 10                        | tetrasiklin   |   |  |      |      |                    |
|                           | Hanya untuk program bayi baru lahir.  |   |  |      |      |                    |
|                           | 1.  | salep mata 1%                                   | √  | √    | √    |                    |
| 11                        | tobramisin  |   |  |      |      |                    |
|                           | Pada pasien yang resisten terhadap kuinolon dengan kasus ulkus kornea <i>post</i> operasi mata. |   |  |      |      |                    |
|                           | 1.  | tts mata 0,3%                                   |  | √    | √    |                    |
| <b>21.3 ANTIINFLAMASI</b> |   |   |  |      |      |                    |
| 1                         | betametason   |   |  |      |      |                    |
|                           | 1.  | tts mata 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 |                             |
| 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   |  |                     |      |      |                             |
|                | 1.  | tts mata 10 mg/mL  |                     | √    | √    |                             |
| 6              | triamsinolon asetonid   |  |                     |      |      |                             |
|                | Untuk mata, dapat digunakan pada:                                       |  |                     |      |      |                             |
|                | a)  | <i>Macular edema.</i>  |                     |      |      |                             |
|                | b)  | Pasien <i>wet</i> AMD ( <i>Age-related Macular Degeneration</i> ) yang takifilaksis pada penggunaan anti VEGF ( <i>Vascular Endothelial Growth Factor</i> ). |                     |      |      |                             |
|                | c)  | <i>Uveitis unilateral</i> yang penyebabnya <i>non</i> infeksi.   |                     |      |      |                             |
|                | 1.  | inj 40 mg/mL   |                     |      | √    | Penggunaan 1x tiap 6 bulan. |
| 21.4 MIDRIATIK |   |  |                     |      |      |                             |
| 1              | atropin   |  |                     |      |      |                             |
|                | 1.  | tts mata 0,5%  |                     | √    | √    |                             |
|                | 2.  | tts mata 1%  |                     | √    | √    |                             |
| 2              | fenilefrin HCl  |  |                     |      |      |                             |
|                | Tidak diberikan pada pasien hipertensi.                                 |  |                     |      |      |                             |
|                | 1.  | tts mata 10%   |                     | √    | √    |                             |
| 3              | homatropin  |  |                     |      |      |                             |
|                | 1.  | tts mata 2%  |                     | √    | √    | 1 btl/kasus.                |

| KELAS TERAPI                 | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN                          |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL                                  |
|------------------------------|--|---|---------------------|------|------|---|
|                              |  |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |   |
| 4                            | siklopentolat  |   |                     |      |      |   |
|                              | Hanya digunakan sebagai midriatikum untuk diagnostik dan operasi yang memerlukan dilatasi pupil. |   |                     |      |      |   |
|                              | 1.   | tts mata 1%   |                     | √    | √    |   |
| 21.5 MIOTIK dan ANTIGLAUKOMA |  |   |                     |      |      |   |
| 1                            | asetazolamid   |   |                     |      |      |   |
|                              | a)   | Tidak diberikan dalam jangka panjang.   |                     |      |      |   |
|                              | b)   | Hati-hati pemberian pada pasien dengan gangguan fungsi ginjal.                                |                     |      |      |   |
|                              | c)   | Sebagai penanganan awal dan sementara di Puskesmas pada pasien glaukoma akut sebelum dirujuk. |                     |      |      |   |
|                              | 1.   | tab 250 mg  | √                   | √    | √    | - 50 tab/bulan.<br>- Untuk glaukoma akut: 1 minggu. |
| 2                            | betaksolol   |   |                     |      |      |   |
|                              | 1.   | tts mata 0,5%   |                     | √    | √    | 1 btl/bulan.  |
| 3                            | brinzolamid  |   |                     |      |      |   |
|                              | 1.   | tts mata 1%   |                     | √    | √    | 1 btl/bulan.  |
| 4                            | gliserin   |   |                     |      |      |   |
|                              | 1.   | lar 50%   |                     | √    | √    |   |
| 5                            | kombinasi KDT/FDC, setiap mL mengandung:   |   |                     |      |      |   |
|                              | a.   | brinzolamid   | 1%                  |      |      |   |
|                              | b.   | timolol   | 0,5%                |      |      |   |
|                              | 1.   | tts mata  |                     | √    | √    | 1 btl/bulan.  |
| 6                            | kombinasi KDT/FDC, setiap mL mengandung:   |   |                     |      |      |   |

| KELAS TERAPI   | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN                     |                 | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|----------------|---|-----------------|---------------------|------|------|--------------------|
|                |   |                 | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
|                | a.  | latanoprost     | 0,05 mg             |      |      |                    |
|                | b.  | timolol         | 5 mg                |      |      |                    |
|                | Hanya untuk pasien glaukoma.  |                 |                     |      |      |                    |
|                | 1.  | tts mata        |                     | √    | √    | 1 btl/bulan.       |
| 7              | kombinasi KDT/FDC, setiap mL mengandung:  |                 |                     |      |      |                    |
|                | a.  | travoprost      | 0,004%              |      |      |                    |
|                | b.  | timolol         | 0,50%               |      |      |                    |
|                | Hanya untuk pasien glaukoma.  |                 |                     |      |      |                    |
|                | 1.  | tts mata        |                     | √    | √    | 1 btl/bulan.       |
| 8              | latanoprost   |                 |                     |      |      |                    |
|                | Hanya untuk pasien glaukoma yang tidak memberikan respons pada timolol.                     |                 |                     |      |      |                    |
|                | 1.  | tts mata 0,005% |                     | √    | √    | 1 btl/bulan.       |
| 9              | pilocarpin  |                 |                     |      |      |                    |
|                | Dapat diberikan di Faskes Tk. 1 yang memiliki fasilitas untuk mengukur tekanan intraokuler. |                 |                     |      |      |                    |
|                | 1.  | tts mata 2%     |                     | √    | √    | 2 btl/bulan.       |
| 10             | 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.       |
| 11             | travoprost  |                 |                     |      |      |                    |
|                | Hanya untuk pasien glaukoma yang tidak memberikan respons dengan timolol.                   |                 |                     |      |      |                    |
|                | 1.  | tts mata 0,004% |                     | √    | √    | 1 btl/bulan.       |
| 21.6 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             | dinatrium edetat  |  |                     |      |      |  |
|               | 1.  | tts mata 3,5 mg/mL   |                     | √    | √    |  |
| 2             | karboksimetilselulosa   |  |                     |      |      |  |
|               | 1.  | tts mata   |                     | √    | √    | 1 btl/bulan.                               |
| 3             | kombinasi KDT/FDC, setiap mL mengandung:                                |  |                     |      |      |  |
|               | a.  | natrium klorida 4,40 mg  |                     |      |      |  |
|               | b.  | kalium klorida 0,80 mg   |                     |      |      |  |
|               | 1.  | tts mata   |                     | √    | √    | 1 btl/bulan.                               |
| 4             | natrium hialuronat  |  |                     |      |      |  |
|               | 1.  | tts mata   |                     | √    | √    |  |
| 5             | natrium klorida   |  |                     |      |      |  |
|               | Untuk mengatasi edema kornea pada pasien <i>post</i> operasi katarak.   |  |                     |      |      |  |
|               | 1.  | tts mata 50 mg/mL  |                     | √    | √    |  |
| 6             | povidon iodin   |  |                     |      |      |  |
|               | Hanya untuk pencegahan <i>ophthalmia neonatorum</i> .                   |  |                     |      |      |  |
|               | 1.  | tts mata 2,5%  | √                   | √    | √    | 1 strip/kasus.<br>Diberikan selama 3 hari. |
| 7             | ranibizumab   |  |                     |      |      |  |
|               | a)  | Untuk <i>wet</i> AMD ( <i>Age-related Macular Degeneration</i> ).                                |                     |      |      |  |
|               | b)  | Harus dilakukan oleh sub spesialis retina menggunakan <i>Optical Coherence Tomography</i> (OCT). |                     |      |      |  |
|               | 1.  | inj 10 mg/mL   |                     | √    | √    | 6 vial/kasus.                              |
| 22. OKSITOSIK |   |  |                     |      |      |  |
| 1             | metilergometrin   |  |                     |      |      |  |
|               | 1.  | tab 0,125 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 0,2 mg/mL   | √                   | √    | √    |                                    |
| 2                 | oksitosin   |   |                     |      |      |                                    |
|                   | 1.  | inj 10 IU/mL  | √                   | √    | √    |                                    |
| 23. PSIKOFARMAKA  |   |   |                     |      |      |                                    |
| 23.1 ANTIANSIETAS |   |   |                     |      |      |                                    |
| 1                 | alprazolam  |   |                     |      |      |                                    |
|                   | a)  | Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa dan Internis Psikosomatik. |                     |      |      |                                    |
|                   | b)  | Hanya untuk kasus:<br>- <i>Panic attack</i><br>- <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/bulan.                      |
|                   | 2.  | tab 5 mg  | √                   | √    | √    | 30 tab/bulan.                      |
|                   | 3.  | inj 5 mg/mL   | √                   | √    | √    |                                    |
| 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.          |
| <b>23.2 ANTIDEPRESI</b>          |   |  |                     |      |      |                        |
| 1                                | amitriptilin  |  |                     |      |      |                        |
|                                  | 1.  | tab 25 mg  | √                   | √    | √    | 60 tab/bulan.          |
| 2                                | fluoksetin*   |  |                     |      |      |                        |
|                                  | 1.  | tab/kaps 10 mg   | √                   | √    | √    | 60 tab/kaps per bulan. |
|                                  |   | Terapi awal dapat diberikan di puskesmas yang memiliki tenaga kesehatan terlatih dan mempunyai surat penugasan dari Kementerian Kesehatan. |                     |      |      |                        |
|                                  | 2.  | tab/kaps 20 mg   |                     | √    | √    | 30 tab/kaps per bulan. |
| 3                                | maprotilin  |  |                     |      |      |                        |
|                                  | 1.  | tab sal selaput 25 mg  |                     | √    | √    | 30 tab/bulan.          |
|                                  | 2.  | tab sal selaput 50 mg  |                     | √    | √    | 30 tab/bulan.          |
| 4                                | sertralin   |  |                     |      |      |                        |
|                                  |   | Digunakan untuk depresi yang disertai ansietas.  |                     |      |      |                        |
|                                  | 1.  | tab sal 50 mg  |                     | √    | √    | 30 tab/bulan.          |
| <b>23.3 ANTI OBSESI KOMPULSI</b> |   |  |                     |      |      |                        |
| 1                                | fluoksetin  |  |                     |      |      |                        |
|                                  | 1.  | tab/kaps 10 mg   | √                   | √    | √    | 30 tab/kaps per bulan. |
|                                  | 2.  | tab/kaps 20 mg   | √                   | √    | √    | 30 tab/kaps per bulan. |
| 2                                | fluvoksamin   |  |                     |      |      |                        |
|                                  | a)  | Digunakan hanya untuk OCD. Tidak digunakan sebagai antidepresan.   |                     |      |      |                        |



| 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 Spesialis Kedokteran Jiwa.  |                     |      |      |   |
|                   | 1.   | tab sal selaput 50 mg  |                     | √    | √    | Dosis awal: 50 mg/hari (3-5 hari)<br>Dosis rumatan: maks 300 mg/hari. |
|                   | 2.   | tab sal selaput 100 mg   |                     | √    | √    |   |
| 3                 | klomipramin  |  |                     |      |      |   |
|                   | Dapat digunakan untuk <i>cataplexy</i> yang berhubungan dengan <i>narcolepsy</i> . |  |                     |      |      |   |
|                   | 1.   | tab 25 mg  |                     | √    | √    | 30 tab/bulan.   |
| 23.4 ANTIPSIKOTIK |  |  |                     |      |      |   |
| 1                 | aripiprazol  |  |                     |      |      |   |
|                   | Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa.                      |  |                     |      |      |   |
|                   | 1.   | tab 5 mg   |                     | √    | √    | 30 tab/bulan.   |
|                   | 2.   | tab <i>dispersible</i> 10 mg   |                     | √    | √    | 30 tab/bulan.   |
|                   | 3.   | tab <i>dispersible</i> 15 mg   |                     | √    | √    | 30 tab/bulan.   |
|                   | 4.   | oral <i>solution</i> 1 mg/mL   |                     | √    | √    | 5 btl/bulan.  |
| 2                 | flufenazin dekanat   |  |                     |      |      |   |
|                   | a)   | Hanya untuk rumatan pada pasien skizofrenia.   |                     |      |      |   |
|                   | b)   | Terapi awal dapat diberikan di puskesmas yang memiliki tenaga kesehatan terlatih dan mempunyai surat penugasan dari Kementerian Kesehatan. |                     |      |      |   |
|                   | 1.   | inj 25 mg/mL (i.m.)*   | √                   | √    | √    | 1 amp/2 minggu.   |
| 3                 | haloperidol  |  |                     |      |      |   |
|                   | 1.   | tab 0,5 mg*  | √                   | √    | √    | 90 tab/bulan.   |
|                   | 2.   | tab 1,5 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 |                          |
|              | 3.  | tab 2 mg*  | √                   | √    | √    | 90 tab/bulan.            |
|              | 4.  | tab 5 mg*  | √                   | √    | √    | 90 tab/bulan.            |
|              | 5.  | <i>drops</i> 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 ke daruratan psikiatrik (tidak untuk pemakaian jangka panjang).  |                     |      |      |                          |
| 4            | haloperidol dekanat   |  |                     |      |      |                          |
|              | a)  | Untuk terapi rumatan pada pasien skizofrenia.  |                     |      |      |                          |
|              | b)  | Terapi awal dapat diberikan di puskesmas yang memiliki tenaga kesehatan terlatih dan mempunyai surat penugasan dari Kementerian Kesehatan. |                     |      |      |                          |
|              | 1.  | inj 50 mg/mL*  | √                   | √    | √    | 1 amp/2 minggu.          |
| 5            | klorpromazin  |  |                     |      |      |                          |
|              | 1.  | tab 25 mg  | √                   | √    | √    |                          |
|              | 2.  | tab 100 mg*  | √                   | √    | √    | 90 tab/bulan.            |
|              |   | Terapi awal dapat diberikan di puskesmas yang memiliki tenaga kesehatan terlatih dan mempunyai surat penugasan dari Kementerian Kesehatan. |                     |      |      |                          |
|              | 3.  | inj 5 mg/mL (i.m.)   | √                   | √    | √    |                          |
| 6            | klozapin  |  |                     |      |      |                          |
|              | Hanya untuk pengobatan psikosis yang sudah resisten terhadap antipsikotik lain. |  |                     |      |      |                          |
|              | 1.  | tab 25 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.  | tab 100 mg  |                     | √    | √    | 90 tab/bulan.            |
|              | a)  | Hanya untuk skizofrenia yang resisten/intoleran.  |                     |      |      |                          |
|              | b)  | Lakukan cek leukosit secara berkala (hati-hati agranulositosis).  |                     |      |      |                          |
| 7            | olanzapin   |   |                     |      |      |                          |
|              | Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa.           |   |                     |      |      |                          |
|              | 1.  | tab sal selaput 5 mg  |                     | √    | √    | 60 tab/bulan.            |
|              | a)  | Untuk 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)  | Untuk skizofrenia.  |                     |      |      |                          |
|              | b)  | <i>Adjunctive treatment</i> pada kasus bipolar yang tidak memberikan respons dengan pemberian litium atau valproat. |                     |      |      |                          |
|              | 3.  | inj 10 mg   |                     | √    | √    | 3 amp/hari, maks 3 hari. |
|              | a)  | Diperlukan hanya untuk serangan skizofrenia akut yang tidak memberikan respons dengan terapi lini pertama.          |                     |      |      |                          |
| b)           | Tidak boleh digunakan untuk pemakaian jangka panjang.                   |   |                     |      |      |                          |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |  | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL   |
|--------------|---|--|---------------------|------|------|--|
|              |   |  | TK 1                | TK 2 | TK 3 |  |
|              | c)  | Hanya untuk agitasi akut pada penderita skizofrenia.   |                     |      |      |  |
| 8            | paliperidon palmitat*   |  |                     |      |      |  |
|              | Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa.           |  |                     |      |      |  |
|              | 1.  | inj 75 mg/0,75 mL  |                     | √    | √    | - Dosis awal: injeksi di hari ke-1 dan hari ke-8.<br>- Dosis rumatan: maks 150 mg/bulan. |
|              | 2.  | inj 100 mg/mL  |                     | √    | √    |  |
|              | 3.  | inj 150 mg/1,5 mL  |                     | √    | √    |  |
| 9            | quetiapin   |  |                     |      |      |  |
|              | a)  | Untuk skizofrenia.   |                     |      |      |  |
|              | b)  | Untuk pasien bipolar yang tidak memberikan respons terhadap pemberian litium atau valproat.                          |                     |      |      |  |
|              | c)  | Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa.  |                     |      |      |  |
|              | 1.  | tab 100 mg   |                     | √    | √    | 120 tab/bulan.   |
|              | 2.  | tab pelepasan lambat 150 mg*   |                     | √    | √    | 60 tab/bulan.  |
|              | 3.  | tab pelepasan lambat 200 mg*   |                     | √    | √    | 60 tab/bulan.  |
|              | 4.  | tab pelepasan lambat 300 mg*   |                     | √    | √    | 60 tab/bulan.  |
|              | 5.  | tab pelepasan lambat 400 mg*   |                     | √    | √    | 60 tab/bulan.  |
| 10           | risperidon  |  |                     |      |      |  |
|              | a)  | Untuk skizofrenia.   |                     |      |      |  |
|              | 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*  | √                   | √    | √    | 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 |                    |
|  |   | Terapi awal dapat diberikan di puskesmas yang memiliki tenaga kesehatan terlatih dan mempunyai surat penugasan dari Kementerian Kesehatan. |                     |      |      |                    |
|  | 3.  | tab 3 mg*  |                     | √    | √    | 60 tab/bulan.      |
|  |   | Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa.  |                     |      |      |                    |
|  | 4.  | oral <i>solution</i> 1 mg/mL   |                     | √    | √    | 5 btl/bulan.       |
| 11   |   | trifluoperazin*  |                     |      |      |                    |
|  |   | Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Kedokteran 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.      |
|  | 2.  | tab lepas lambat 18 mg   |                     | √    | √    | 30 tab/bulan.      |
|  | 3.  | tab lepas lambat 36 mg   |                     | √    | √    | 30 tab/bulan.      |
| 23.6 OBAT untuk GANGGUAN BIPOLAR   |   |  |                     |      |      |                    |
| 1  |   | litium karbonat  |                     |      |      |                    |
|  |   | Harus dilakukan pemeriksaan fungsi ginjal ( <i>creatinin clearance</i> > 60 mL/min).   |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | tab 200 mg   |                     | √    | √    | 180 tab/bulan.     |
|  | 2.  | tab 400 mg   |                     | √    | √    | 90 tab/bulan.      |
| 2  |   | valproat*  |                     |      |      |                    |
|  | 1.  | tab lepas lambat 250 mg  |                     | √    | √    | 60 tab/bulan.      |
|  | 2.  | tab lepas lambat 500 mg  |                     | √    | √    | 60 tab/bulan.      |
|  | 3.  | tab sal enterik 250 mg   |                     | √    | √    | 60 tab/bulan.      |
| 23.7 OBAT untuk PROGRAM KETERGANTUNGAN                                   |   |  |                     |      |      |                    |

| KELAS TERAPI   | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN  | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--|--|---------------------|------|------|--------------------|
|  |  | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
| 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 RELAKSAN OTOT PERIFER                             |  |                     |      |      |                    |
| 1  | atrakurium   |                     |      |      |                    |
|  | Hanya untuk tindakan anestesi dan pasien ICU yang memerlukan, karena menggunakan ventilator.   |                     |      |      |                    |
|  | 1. inj 10 mg/mL  |                     | √    | √    |                    |
| 2  | pankuronium  |                     |      |      |                    |
|  | 1. inj 2 mg/mL   |                     | √    | √    |                    |
| 3  | rokuronium   |                     |      |      |                    |
|  | 1. inj 10 mg/mL  |                     | √    | √    |                    |
| 4  | suksinilkolin  |                     |      |      |                    |
|  | 1. inj 20 mg/mL  |                     | √    | √    |                    |
|  | 2. inj 50 mg/mL (i.v./i.m.)  |                     | √    | √    |                    |
|  | 3. serb inj 100 mg (i.v./i.m.)   |                     | √    | √    |                    |
| 24.2 REVERSAL RELAKSAN OTOT                            |  |                     |      |      |                    |
| 1  | neostigmin   |                     |      |      |                    |
|  | 1. inj 0,5 mg/mL   |                     | √    | √    |                    |
| 2  | sugammadeks  |                     |      |      |                    |
|  | Hanya untuk pasien yang telah mengalami desaturasi oksigen pada kesulitan penguasaan jalan nafas saat anestesi umum oleh relaksan otot rokuronium. |                     |      |      |                    |

| KELAS TERAPI                     | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |  | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|----------------------------------|---|--|---------------------|------|------|--------------------|
|                                  |   |  | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
|                                  | 1.  | inj 100 mg/mL  |                     |      | √    |                    |
| 24.3 OBAT untuk MIASTENIA GRAVIS |   |  |                     |      |      |                    |
| 1                                | neostigmin  |  |                     |      |      |                    |
|                                  | 1.  | inj 0,5 mg/mL  |                     | √    | √    |                    |
| 2                                | piridostigmin   |  |                     |      |      |                    |
|                                  | 1.  | tab 60 mg  |                     | √    | √    | 120 tab/bulan.     |
| 24.4 OBAT ANTI DEMENSIA          |   |  |                     |      |      |                    |
| 1                                | donepezil   |  |                     |      |      |                    |
|                                  | a)  | Hanya untuk demensia alzheimer ringan sampai sedang.   |                     |      |      |                    |
|                                  | b)  | Hanya diresepkan oleh dokter spesialis neurologi berdasarkan pemeriksaan <i>neurobehaviour</i> .                             |                     |      |      |                    |
|                                  | 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  |  |                     |      |      |                    |
|                                  | 1.  | tab kunyah   | √                   | √    | √    |                    |
|                                  | 2.  | susp   | √                   | √    | √    |                    |
| 2                                | cisaprid  |  |                     |      |      |                    |
|                                  | a)  | Tidak diberikan pada pasien dengan QT interval awal $\geq 400$ ms.   |                     |      |      |                    |
|                                  | b)  | Dilakukan evaluasi EKG (pengukuran QT interval) pada akhir bulan pertama terapi untuk menentukan obat diteruskan atau tidak. |                     |      |      |                    |
|                                  | c)  | Jika tidak ada perbaikan setelah 2 minggu, maka terapi dihentikan.   |                     |      |      |                    |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL          |
|--------------|---|---|---------------------|------|------|-----------------------------|
|              |   |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                             |
|              | 1.  | tab 5 mg  |                     | √    | √    | 90 tab/bulan. Maks 3 bulan. |
| 3            | esomeprazol   |   |                     |      |      |                             |
|              | 1.  | serb inj 40 mg (i.v.)   |                     | √    | √    | 1 amp/hari maks 3 hari.     |
| 4            | lansoprazol   |   |                     |      |      |                             |
|              | 1.  | kaps 30 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 30 mg  |                     | √    | √    | 1-3 amp/hari maks 3 hari.   |
|              |   | Untuk pasien IGD atau rawat inap dengan riwayat perdarahan saluran cerna.                   |                     |      |      |                             |
| 5            | 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.  | inj 40 mg   | √                   | √    | √    | 1-3 amp/hari maks 3 hari.   |
|              |   | Untuk pasien IGD atau rawat inap dengan riwayat perdarahan saluran cerna.                   |                     |      |      |                             |
| 6            | ranitidin   |   |                     |      |      |                             |
|              | 1.  | tab 150 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.  | inj 25 mg/mL  |                     | √    | √    | 2 amp/hari.        |
| 7               | 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   |                     | √    | √    |                    |
| 2               | dimenhidrinat   |   |                     |      |      |                    |
|                 | 1.  | tab 50 mg   | √                   | √    | √    |                    |
| 3               | domperidon  |   |                     |      |      |                    |
|                 | 1.  | tab 10 mg   | √                   | √    | √    |                    |
|                 | 2.  | sir 5 mg/5 mL   | √                   | √    | √    |                    |
|                 | 3.  | <i>drops</i> 5 mg/mL  |                     | √    | √    |                    |
| 4               | klorpromazin  |   |                     |      |      |                    |
|                 | 1.  | tab 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.  | inj 5 mg/mL   | √                   | √    | √    |                    |
| 6               | ondansetron   |   |                     |      |      |                    |
|                 | a)  | tab: Pencegahan mual dan muntah pada kemoterapi dan radioterapi. Tidak untuk dispepsia. |                     |      |      |                    |
|                 | b)  | inj: Untuk mencegah muntah pada pemberian kemoterapi yang <i>highly emetogenic</i> .    |                     |      |      |                    |
|                 | 1.  | tab 4 mg  |                     | √    | √    | Maks 3 tab/hari    |

| KELAS TERAPI                 | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |                            | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL                                  |
|------------------------------|---|----------------------------|---------------------|------|------|---|
|                              |   |                            | TK 1                | TK 2 | TK 3 |   |
|                              | 2.  | tab 8 mg                   |                     | √    | √    | pascakemoterapi atau pascaradioterapi, maks 5 hari. |
|                              | 3.  | inj 2 mg/mL                |                     | √    | √    | Inj diberikan 1 amp sebelum kemoterapi.             |
| <b>25.3 ANTIHEMOROID</b>     |   |                            |                     |      |      |   |
| 1                            | antihemoroid, kombinasi KDT/FDC mengandung:                             |                            |                     |      |      |   |
|                              | a.  | bismut subgalat            |                     |      |      |   |
|                              | b.  | heksaklorofen              |                     |      |      |   |
|                              | c.  | lidokain                   |                     |      |      |   |
|                              | d.  | seng oksida                |                     |      |      |   |
|                              | 1.  | sup                        | √                   | √    | √    | 5 sup/kasus.  |
| <b>25.4 ANTISPASMODIK</b>    |   |                            |                     |      |      |   |
| 1                            | atropin   |                            |                     |      |      |   |
|                              | 1.  | tab 0,5 mg                 | √                   | √    | √    |   |
|                              | 2.  | inj 0,25 mg/mL (i.v./s.k.) | √                   | √    | √    |   |
| 2                            | hiosin butilbromida   |                            |                     |      |      |   |
|                              | 1.  | tab 10 mg                  | √                   | √    | √    |   |
|                              | 2.  | inj 20 mg/mL               |                     | √    | √    |   |
| <b>25.5 OBAT untuk DIARE</b> |   |                            |                     |      |      |   |
| 1                            | atapulgite  |                            |                     |      |      |   |
|                              | 1.  | tab                        | √                   | √    | √    |   |
| 2                            | <i>Catatan: Dilarutkan dalam 200 mL air.</i>                            |                            |                     |      |      |   |
|                              | garam oralit  |                            |                     |      |      |   |
|                              | 1   | serb                       | √                   | √    | √    |   |
| 3                            | kombinasi KDT/FDC mengandung:   |                            |                     |      |      |   |
|                              | a.  | kaolin                     | 550 mg              |      |      |   |
|                              | b.  | pektin                     | 20 mg               |      |      |   |
|                              | 1.  | tab                        | √                   | √    | √    |   |

| KELAS TERAPI  | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |                              | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL  |
|---------------|---|------------------------------|---------------------|------|------|---|
|               |   |                              | TK 1                | TK 2 | TK 3 |   |
| 4             | loperamid   |                              |                     |      |      |   |
|               | Tidak digunakan untuk anak.   |                              |                     |      |      |   |
|               | 1.  | tab 2 mg                     |                     | √    | √    | a) < 60 tahun: 10 tab/kasus.<br>b) ≥ 60 tahun: 4 tab/kasus. |
| 5             | zinc  |                              |                     |      |      |   |
|               | Harus diberikan bersama oralit selama 10 hari.                          |                              |                     |      |      |   |
|               | 1.  | tab <i>dispersible</i> 20 mg | √                   | √    | √    |   |
|               | 2.  | sir 20 mg/5 mL               | √                   | √    | √    |   |
|               | 3.  | <i>drops</i> 10 mg/mL        | √                   | √    | √    | 2 btl/kasus.  |
|               | Untuk anak usia < 2 tahun.  |                              |                     |      |      |   |
| 25.6 KATARTIK |   |                              |                     |      |      |   |
| 1             | bisakodil   |                              |                     |      |      |   |
|               | 1.  | tab sal 5 mg                 | √                   | √    | √    | 2 tab/hari selama 5 hari kecuali untuk konstipasi kronis.   |
|               | 2.  | sup 5 mg                     | √                   | √    | √    | 3 sup/kasus.  |
|               | 3.  | sup 10 mg                    | √                   | √    | √    | 3 sup/kasus.  |
| 2             | gliserin  |                              |                     |      |      |   |
|               | 1.  | obat luar 100 mg/mL          | √                   | √    | √    |   |
| 3             | kombinasi KDT/FDC mengandung:   |                              |                     |      |      |   |
|               | a.  | parafin                      |                     |      |      |   |
|               | b.  | gliserin                     |                     |      |      |   |
|               | c.  | fenolftalein                 |                     |      |      |   |
|               | 1.  | emulsi                       |                     | √    | √    |   |
| 4             | laktulosa   |                              |                     |      |      |   |
|               | 1.  | sir 3,335 g/5 mL             | √                   | √    | √    |   |
| 5             | natrium fosfat  |                              |                     |      |      |   |
|               | 1.  | lar oral                     |                     | √    | √    |   |

| KELAS TERAPI                  | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL       |
|-------------------------------|---|---|---------------------|------|------|--------------------------|
|                               |   |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                          |
|                               |   | Hanya digunakan pada tindakan <i>colonoscopy</i> .  |                     |      |      |                          |
| 6                             | polietilen glikol   |   |                     |      |      |                          |
|                               | 1.  | serb  |                     | √    | √    |                          |
| 25.7 OBAT untuk ANTIINFLAMASI |   |   |                     |      |      |                          |
| 1                             | mesalazin   |   |                     |      |      |                          |
|                               | 1.  | tab sal enterik 250 mg  |                     | √    | √    |                          |
|                               |   | Untuk episode akut <i>colitis ulcerativa</i> atau <i>colitis ulcerativa</i> yang hipersensitif terhadap sulfonamida.                    |                     |      |      |                          |
|                               | 2.  | enema 4 gram  |                     | √    | √    | 7 enema/kasus.           |
|                               | a)  | Hanya untuk <i>ulcerative colitis</i> di rektum & <i>sigmoid colon</i> dan <i>descending colon</i> dengan kondisi akut atau perdarahan. |                     |      |      |                          |
| b)                            | Hanya boleh diresepkan oleh dokter spesialis penyakit dalam.            |   |                     |      |      |                          |
| 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 varises esofagus akut.   |                     |      |      |                          |
|                               | b)  | Diberikan <i>intravenous drip</i> 250 mcg per jam.  |                     |      |      |                          |
|                               | 1.  | inj 3 mg  |                     | √    | √    | 2 amp/hari, maks 5 hari. |

| KELAS TERAPI                 | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |                        | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL   |
|------------------------------|---|------------------------|---------------------|------|------|--|
|                              |   |                        | TK 1                | TK 2 | TK 3 |  |
| 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.<br>- Asma persisten berat: 2 tbg/bulan. |
|                              | Untuk rumatan asma (Tidak untuk serangan asma akut).                    |                        |                     |      |      |  |
|                              | 2.  | serb ih 200 mcg/dosis* | √                   | √    | √    | Asma persisten berat: 2 tbg/bulan.   |
|                              | Untuk rumatan asma (Tidak untuk serangan asma akut).                    |                        |                     |      |      |  |
|                              | 3.  | cairan ih 0,25 mg/mL   | √                   | √    | √    | Hari pertama maks 10 mL perhari, selanjutnya 4-8 mL perhari selama 5 hari.           |
|                              | Hanya untuk serangan asma akut.   |                        |                     |      |      |  |
|                              | 4.  | cairan ih 0,5 mg/mL    | √                   | √    | √    | Hari pertama maks 10 mL perhari, selanjutnya 4-8 mL perhari selama 5 hari.           |
|                              | Hanya untuk serangan asma akut.   |                        |                     |      |      |  |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |  | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL   |  |
|--------------|---|--|---------------------|------|------|--|--|
|              |   |  | TK 1                | TK 2 | TK 3 |  |  |
| 3            | epinefrin (adrenalin)   |  |                     |      |      |  |  |
|              | 1.  | inj 1 mg/mL  | √                   | √    | √    |  |  |
| 4            | fenoterol HBr*  |  |                     |      |      |  |  |
|              | Hanya untuk serangan asma akut.   |  |                     |      |      |  |  |
|              | 1.  | aerosol 100 mcg/ <i>puff</i>                             |                     | √    | √    | 1 tbg/bulan.   |  |
|              | 2.  | cairan ih 0,1%   |                     | √    | √    | 1 tbg/bulan.   |  |
| 5            | flutikason propionat  |  |                     |      |      |  |  |
|              | 1.  | cairan ih 0,5 mg/dosis                                   | √                   | √    | √    | Hari pertama maks 5 vial/hari, selanjutnya 2 vial/hari paling lama 5 hari. |  |
|              |   | Hanya untuk serangan asma akut.                          |                     |      |      |  |  |
|              | 2.  | MDI/ aerosol 50 mcg/dosis*                               |                     | √    | √    | 1 <i>canister</i> /bulan.  |  |
|              |   | Untuk rumatan asma (Tidak untuk serangan asma akut).     |                     |      |      |  |  |
| 6            | ipratropium bromida*  |  |                     |      |      |  |  |
|              | a)  | Untuk pasien PPOK dengan eksaserbasi akut.               |                     |      |      |  |  |
|              | b)  | Tidak untuk jangka panjang.                              |                     |      |      |  |  |
|              | 1.  | aerosol 0,02 mg/dosis                                    | √                   | √    | √    | 1 <i>canister</i> /bulan.  |  |
| 7            | kombinasi KDT/FDC, setiap dosis mengandung:                             |  |                     |      |      |  |  |
|              | a.  | budesonid  | 80 mcg              |      |      |  |  |
|              | b.  | formoterol   | 4,5 mcg             |      |      |  |  |
|              | a)  | Untuk terapi rumatan pada pasien asma.                   |                     |      |      |  |  |
|              |   | b) Untuk terapi pelega pada asma persisten ringan-berat. |                     |      |      |  |  |
|              |   | c) Tidak diindikasikan untuk bronkospasme akut.          |                     |      |      |  |  |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |  | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL  |
|--------------|---|--|---------------------|------|------|---|
|              |   |  | TK 1                | TK 2 | TK 3 |   |
|              | 1.  | ih*  |                     | √    | √    | Asma persisten ringan-sedang: 3 tbg/bulan.<br>Asma persisten berat: 4 tbg/bulan.  |
| 8            | kombinasi KDT/FDC, setiap dosis mengandung:                             |  |                     |      |      |   |
|              | a.  | budesonid<br>160 mcg   |                     |      |      |   |
|              | b.  | formoterol<br>4,5 mcg  |                     |      |      |   |
|              | a)  | Untuk terapi rumatan pada pasien asma.                                       |                     |      |      |   |
|              | b)  | Untuk terapi pelega pada asma dari intermiten sampai persisten ringan-berat. |                     |      |      |   |
|              | c)  | Untuk terapi rumatan pada pasien PPOK.                                       |                     |      |      |   |
|              | d)  | Tidak diindikasikan untuk bronkospasme akut.                                 |                     |      |      |   |
|              | 1.  | ih*  |                     | √    | √    | - Asma intermiten: 1 tbg/bulan.<br>- Asma persisten ringan: 2 tbg/bulan.<br>- Asma persisten sedang-berat: 3-4 tbg/bulan.<br>- PPOK: 2 tbg/bulan. |
| 9            | kombinasi KDT/FDC mengandung:   |  |                     |      |      |   |
|              | a.  | ipratropium<br>bromida<br>0,02 mg  |                     |      |      |   |
|              | b.  | fenoterol<br>hidrobromida<br>0,05 mg   |                     |      |      |   |
|              | 1.  | aerosol*   |                     | √    | √    |   |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |                      | FASILITAS KESEHATAN                                  |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL   |                 |
|--------------|---|----------------------|--|------|------|--|-----------------|
|              |   |                      | TK 1   | TK 2 | TK 3 |  |                 |
| 10           | kombinasi KDT/FDC mengandung:   |                      |  |      |      |  |                 |
|              | a.  | ipratropium bromida  | 0,5 mg   |      |      |  |                 |
|              | b.  | salbutamol           | 2,5 mg   |      |      |  |                 |
|              | Hanya untuk:  |                      |  |      |      |  |                 |
|              |   | a)                   | Serangan asma akut.                                  |      |      |  |                 |
|              |   | b)                   | 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. |                 |
| 11           | kombinasi KDT/FDC mengandung:   |                      |  |      |      |  |                 |
|              | a.  | salmeterol           | 25 mcg   |      |      |  |                 |
|              | b.  | flutikason propionat | 50 mcg   |      |      |  |                 |
|              | Tidak diberikan pada kasus asma akut.                                   |                      |  |      |      |  |                 |
|              |   | 1.                   | ih*  |      | √    | √  | 1 tbg/bulan.    |
| 12           | kombinasi KDT/FDC mengandung:   |                      |  |      |      |  |                 |
|              | a.  | salmeterol           | 50 mcg   |      |      |  |                 |
|              | b.  | flutikason propionat | 100 mcg  |      |      |  |                 |
|              | Tidak diberikan pada kasus asma akut.                                   |                      |  |      |      |  |                 |
|              |   | 1.                   | serb ih*   |      | √    | √  | 1 diskus/bulan. |
| 13           | kombinasi KDT/FDC mengandung:   |                      |  |      |      |  |                 |
|              | a.  | salmeterol           | 50 mcg   |      |      |  |                 |
|              | b.  | flutikason propionat | 250 mcg  |      |      |  |                 |



| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN             |                              | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL   |
|--------------|---|------------------------------|---------------------|------|------|--|
|              |   |                              | TK 1                | TK 2 | TK 3 |  |
|              | Tidak diberikan pada kasus asma akut.   |                              |                     |      |      |  |
|              | 1.  | serb ih*                     |                     | √    | √    | 1 diskus atau 60 kapsul per bulan.                           |
| 14           | kombinasi KDT/FDC mengandung:   |                              |                     |      |      |  |
|              | a.  | salmeterol 50 mcg            |                     |      |      |  |
|              | b.  | flutikason propionat 500 mcg |                     |      |      |  |
|              | Hanya untuk asma persisten berat.   |                              |                     |      |      |  |
|              | 1.  | serb ih                      |                     | √    | √    | 1 diskus atau 60 kapsul per bulan.                           |
| 15           | metilprednisolon  |                              |                     |      |      |  |
|              | 1.  | tab 4 mg*                    |                     | √    | √    | Maks 10 tab/kasus.   |
|              | 2.  | tab 8 mg*                    |                     | √    | √    |  |
|              | 3.  | tab 16 mg                    |                     | √    | √    |  |
|              | 4.  | inj 125 mg                   | √                   | √    | √    |  |
|              | Pemberian di Faskes Tk. 1 hanya untuk serangan asma akut.                           |                              |                     |      |      |  |
| 16           | prednison   |                              |                     |      |      |  |
|              | 1.  | tab 5 mg                     | √                   | √    | √    |  |
| 17           | 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             |                     | √    | √    |  |
| 18           | salbutamol  |                              |                     |      |      |  |
|              | 1.  | tab 2 mg*                    | √                   | √    | √    |  |
|              | 2.  | cairan ih 1 mg/mL            | √                   | √    | √    | Hari pertama maks 8 vial/hari, selanjutnya maks 4 vial/hari. |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL   |
|--------------|---|---|---------------------|------|------|--|
|              |   |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |  |
|              |   |   |                     |      |      | Kasus di ICU maks 10 vial/hari.  |
|              |   | Hanya untuk serangan asma akut dan/atau bronkospasme yang menyertai PPOK atau SOPT (Sindrom Obstruksi Pasca Tuberkulosis).  |                     |      |      |  |
|              | 3.  | sir 2 mg/5 mL*  |                     | √    | √    |  |
|              | 4.  | MDI/aerosol 100 mcg/dosis*  |                     | √    | √    | - Asma persisten ringan-berat,<br>SOPT: 1 tbg/bulan.<br>- PPOK: 2 tbg/bulan. |
|              | a)  | Sebagai pelega pada asma kronis disertai pemberian bersama kombinasi steroid inhalasi dan beta 2 agonis kerja panjang; atau |                     |      |      |  |
|              | b)  | Digunakan untuk bronkospasme yang menyertai PPOK; atau  |                     |      |      |  |
|              | c)  | Digunakan untuk bronkospasme yang menyertai SOPT (Sindrom Obstruksi Pasca Tuberkulosis).                                    |                     |      |      |  |
|              | 5.  | serb ih 200 mcg/kaps+rotahaler*   |                     | √    | √    |  |
| 19           | teofilin*   |   |                     |      |      |  |
|              | 1.  | tab 150 mg  |                     | √    | √    |  |
|              | 2.  | tab lepas lambat 300 mg   |                     | √    | √    |  |
| 20           | terbutalin  |   |                     |      |      |  |
|              | 1.  | tab 2,5 mg*   |                     | √    | √    |  |
|              | 2.  | sir 1,5 mg/5 mL   |                     | √    | √    | 1 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.  | inj 0,5 mg/mL (s.k./i.v.)                     | √                   | √    | √    | 4 amp/hari.  |
|                  |   | Hanya untuk serangan asma akut dan/atau PPOK. |                     |      |      |  |
|                  | 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. |                     |      |      |  |
| 21               | tiotropium*   |   |                     |      |      |  |
|                  | Hanya digunakan untuk asma persisten berat.                             |   |                     |      |      |  |
|                  | 1.  | cairan ih 2,5 mcg/semprot                     |                     | √    | √    | 1 cartridge/bulan, 1 alat respimat/3 bulan.  |
|                  | 2.  | cairan ih 2,5 mcg/semprot, <i>refill</i>      |                     | √    | √    | 1 cartridge/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  |

| KELAS TERAPI                                   | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN                     |  | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL               |
|--|---|--|---------------------|------|------|----------------------------------|
|  |   |  | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                                  |
|  |   |  |                     |      |      | mg/hari).                        |
| 26.4 OBAT untuk PENYAKIT PARU OBSTRUKSI KRONIS |   |  |                     |      |      |                                  |
| 1  | glikopironium   |  |                     |      |      |                                  |
|  | 1.  | serb ih 50 mcg                                       |                     | √    | √    | 30 kaps inhalasi/bulan.          |
| 2  | indakaterol*  |  |                     |      |      |                                  |
|  | 1.  | serb ih 150 mcg                                      |                     | √    | √    | 30 kaps inhalasi/bulan.          |
|  | 2.  | serb ih 300 mcg                                      |                     | √    | √    |                                  |
| 3  | ipratropium bromida   |  |                     |      |      |                                  |
|  | a)  | Untuk pasien PPOK dengan eksaserbasi akut.           |                     |      |      |                                  |
|  | b)  | Tidak untuk jangka panjang.                          |                     |      |      |                                  |
|  | 1.  | aerosol 0,02 mg/dosis*                               | √                   | √    | √    | 1 <i>canister</i> /bulan.        |
|  | 2.  | cairan ih 0,025%                                     | √, PP               | √    | √    |                                  |
| 4  | kombinasi KDT/FDC mengandung:   |  |                     |      |      |                                  |
|  | a.  | indakaterol 110 mcg                                  |                     |      |      |                                  |
|  | b.  | glikopironium 50 mcg                                 |                     |      |      |                                  |
|  | Obat lini kedua untuk PPOK berat yang tidak respons lagi dengan LABA atau LAMA atau LABACs. |  |                     |      |      |                                  |
|  | 1.  | serb ih+alat <i>breezhaler</i>                       |                     |      | √    | 30 kaps/bulan.                   |
| 5  | kombinasi KDT/FDC mengandung:   |  |                     |      |      |                                  |
|  | a.  | ipratropium bromida 0,5 mg                           |                     |      |      |                                  |
|  | b.  | salbutamol 2,5 mg                                    |                     |      |      |                                  |
|  | Hanya untuk:  |  |                     |      |      |                                  |
|  | a)  | Bronkospasme yang menyertai PPOK.                    |                     |      |      |                                  |
|  | b)  | Sebagai <i>nebulizer</i> di UGD dan ruang perawatan. |                     |      |      |                                  |
|  | 1.  | cairan ih  | √                   | √    | √    | - 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 6 vial/hari paling lama 15 hari.<br>- Kasus ICU maks 10 vial/hari. |
| 6            | kombinasi KDT/FDC mengandung:   |                              |                     |      |      |   |
|              | a.  | salmeterol 50 mcg            |                     |      |      |   |
|              | b.  | flutikason propionat 250 mcg |                     |      |      |   |
|              | 1.  | serbih*                      |                     | √    | √    | 1 diskus atau 60 kapsul per bulan.  |
| 7            | kombinasi KDT/FDC mengandung:   |                              |                     |      |      |   |
|              | a.  | salmeterol 50 mcg            |                     |      |      |   |
|              | b.  | flutikason propionat 500 mcg |                     |      |      |   |
|              | 1.  | serbih*                      |                     | √    | √    | 1 diskus atau 60 kapsul per bulan.  |
| 8            | kombinasi KDT/FDC mengandung:   |                              |                     |      |      |   |
|              | a.  | tiotropium 2,5 mcg           |                     |      |      |   |
|              | b.  | olodaterol 2,5 mcg           |                     |      |      |   |
|              | Obat lini kedua untuk PPOK berat yang tidak respons lagi dengan LABA atau LAMA atau LABACs. |                              |                     |      |      |   |
|              | 1.  | cairan ih                    |                     |      | √    | 1 cartridge/bulan, 1 alat respimat/3 bulan.   |
|              | 2.  | cairan ih, refill            |                     |      | √    | 1 cartridge /bulan.   |
| 9            | olodaterol*   |                              |                     |      |      |   |
|              | Tidak untuk mengatasi eksaserbasi akut.   |                              |                     |      |      |   |
|              | 1.  | cairan ih 2,5 mcg/semprot    |                     | √    | √    | 1 cartridge/bulan, 1 alat respimat/3  |

| KELAS TERAPI                 | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN             |  | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL  |
|------------------------------|---|--|---------------------|------|------|---|
|                              |   |  | TK 1                | TK 2 | TK 3 |   |
|                              |   |  |                     |      |      | bulan.  |
|                              | 2.  | cairan ih 2,5 mcg/semprot, <i>refill</i>   |                     | √    | √    | 1 <i>cartridge</i> /bulan.                                  |
| 10                           | tiotropium*   |  |                     |      |      |   |
|                              | 1.  | cairan ih 2,5 mcg/semprot  |                     | √    | √    | 1 <i>cartridge</i> /bulan, 1 alat <i>respimat</i> /3 bulan. |
|                              | 2.  | cairan ih 2,5 mcg/semprot, <i>refill</i>   |                     | √    | √    | 1 <i>cartridge</i> /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 UNTUK SALURAN KEMIH |   |  |                     |      |      |   |
| 1                            | imidafenasin  |  |                     |      |      |   |
|                              | a)  | Untuk indikasi <i>Overactive Bladder (OAB)</i> atau Inkontinensia tipe Desakan ( <i>Urge Urinary Incontinence</i> ).   |                     |      |      |   |
|                              | b)  | Didasarkan pada hasil pemeriksaan urodinamik atau memenuhi syarat minimum sebagai berikut: anamnesa, pemeriksaan fisik, urinalisa, catatan harian berkemih ( <i>Bladder Diary</i> ), kuesioner (OABSS) dan pemeriksaan residu urine. |                     |      |      |   |
|                              | c)  | Hanya boleh diresepkan oleh dokter spesialis urologi atau dokter spesialis uroginekologi.  |                     |      |      |   |
|                              | 1.  | tab sal selaput 0,1 mg   |                     | √    | √    | 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                                     | solifenasin   |  |                     |      |      |                    |
|                                       | a)  | Untuk indikasi <i>Overactive Bladder</i> (OAB) atau Inkontinensia tipe Desakan ( <i>Urge Urinary Incontinence</i> ).   |                     |      |      |                    |
|                                       | b)  | Didasarkan pada hasil pemeriksaan urodinamik atau memenuhi syarat minimum sebagai berikut: anamnesa, pemeriksaan fisik, urinalisa, catatan harian berkemih ( <i>Bladder Diary</i> ), kuesioner (OABSS) dan pemeriksaan residu urine. |                     |      |      |                    |
|                                       | c)  | Hanya boleh diresepkan oleh dokter spesialis urologi atau dokter spesialis uroginekologi.  |                     |      |      |                    |
|                                       | 1.  | tab 5 mg   |                     | √    | √    | Maks 3 bulan.      |
|                                       | 2.  | tab 10 mg  |                     | √    | √    |                    |
| 28. OBAT yang MEMENGARUHI SISTEM IMUN |   |  |                     |      |      |                    |
| 28.1 SERUM dan IMUNOGLOBULIN          |   |  |                     |      |      |                    |
| 1                                     | hepatitis B imunoglobulin ( <i>human</i> )                              |  |                     |      |      |                    |
|                                       | Untuk bayi baru lahir dengan ibu HBsAg positif.                         |  |                     |      |      |                    |
|                                       | 1.  | inj 100–220 IU   | √                   | √    | √    |                    |
| 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.   |                     |      |      |                    |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|---|---------------------|------|------|--------------------|
|              |   |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
|              | 1.  | inj 250 IU (i.m.)   | √                   | √    | √    |                    |
|              | 2.  | inj 500 IU (i.m.)   | √                   | √    | √    |                    |
| 3            |   | imunoglobulin intravena   |                     |      |      |                    |
|              | a)  | Hanya digunakan apabila syarat untuk plasmaferesis tidak terpenuhi pada terapi:<br>- <i>Guillain-Barré syndrome</i> (GBS).<br>- Krisis miastenia. |                     |      |      |                    |
|              | b)  | Untuk krisis miastenia, dapat diberikan di Faskes Tk. 2 dan 3 yang memiliki fasilitas ICU.  |                     |      |      |                    |
|              | 1.  | inj 50 mg/mL  |                     |      | √    | 40 amp/kasus.      |
| 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            |   | <i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i>   |                     |      |      |                    |
|              |   | serum antidifteri (A.D.S)   |                     |      |      |                    |
|              |   | Disimpan pada suhu 2-8 °C.  |                     |      |      |                    |
|              | 1.  | inj 10.000 IU   |                     | √    | √    |                    |
| 6            |   | serum antirabies  |                     |      |      |                    |
|              | a)  | Digunakan untuk pengobatan <i>post exposure</i> di daerah rabies.   |                     |      |      |                    |
|              | b)  | Disimpan pada suhu 2-8 °C.  |                     |      |      |                    |
|              | 1.  | inj 150-400 IU/mL   | √                   | √    | √    |                    |
| 7            |   | serum antitetanus (A.T.S)   |                     |      |      |                    |
|              |   | Disimpan pada suhu 2-8 °C.  |                     |      |      |                    |



| KELAS TERAPI       | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN                          |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------------|--|---|---------------------|------|------|--------------------|
|                    |  |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
|                    | 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   | √                   | √    | √    |                    |
| <b>28.2 VAKSIN</b> |  |   |                     |      |      |                    |
| <i>Catatan:</i>    |  |   |                     |      |      |                    |
| a)                 | <i>Disediakan oleh Program Kemenkes.</i>   |   |                     |      |      |                    |
| b)                 | <i>Disimpan pada suhu 2-8 °C.</i>  |   |                     |      |      |                    |
| 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                  | vaksin DPT-HB-Hib  |   |                     |      |      |                    |
|                    | 1.   | inj (i.m.)  | √                   | √    | √    |                    |
| 3                  | vaksin hepatitis B rekombinan  |   |                     |      |      |                    |
|                    | Diberikan pada bayi < 24 jam pascalahir dengan didahului suntikan vitamin K1 2-3 jam sebelumnya. |   |                     |      |      |                    |
|                    | 1.   | <i>Prefilled Injection Device (Uniject)</i> (i.m)   | √                   | √    | √    |                    |
| 4                  | vaksin jerap difteri tetanus (DT)  |   |                     |      |      |                    |
|                    | Untuk anak < 7 tahun.  |   |                     |      |      |                    |

| KELAS TERAPI                                  | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |  | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|---|---|--|---------------------|------|------|--------------------|
|   |   |  | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
|   | 1.  | inj 40/15 lf/mL (i.m.)   | √                   | √    | √    |                    |
| 5   | vaksin jerap tetanus difteri (Td)                                       |  |                     |      |      |                    |
|   | Untuk anak dan dewasa ( ≥ 7 tahun)                                      |  |                     |      |      |                    |
|   | 1.  | inj 15/4 lf/mL (i.m.)  | √                   | √    | √    |                    |
| 6   | 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 (s.k.)   | √                   | √    | √    |                    |
| 7   | vaksin polio IPV  |  |                     |      |      |                    |
|   | 1.  | inj (i.m.)   | √                   | √    | √    |                    |
| 8   | vaksin polio oral (b-OPV)   |  |                     |      |      |                    |
|   | 1.  | <i>drops</i>   | √                   | √    | √    |                    |
| 9   | vaksin rabies, untuk manusia  |  |                     |      |      |                    |
|   | Digunakan untuk <i>post exposure</i> di daerah rabies.                  |  |                     |      |      |                    |
|   | 1.  | inj+booster  | √                   | √    | √    |                    |
|   | 2.  | inj 2,5 IU   | √                   | √    | √    |                    |
| 29. OBAT untuk TELINGA, HIDUNG, dan TENGGOROK |   |  |                     |      |      |                    |
| 1   | <i>Catatan: dibuat baru, recenter paratus (r.p.).</i>                   |  |                     |      |      |                    |
|   | asam asetat   |  |                     |      |      |                    |
|   | 1.  | tts telinga 2%   | √                   | √    | √    |                    |
| 2   | flutikason furoat   |  |                     |      |      |                    |
|   | Pemberian hanya pada pagi hari dengan dosis 1 kali sehari.              |  |                     |      |      |                    |
|   | 1.  | susp 27,5 mcg/ <i>spray</i>  |                     | √    | √    | 1 btl/bulan.       |

| KELAS TERAPI                   | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN       | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------------------------|---|---------------------|------|------|--------------------|
|                                |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
| 3                              | <i>Catatan: Dibuat baru, recenter paratus (r.p.).</i>                         |                     |      |      |                    |
|                                | 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. <i>spray</i> topikal 10%   | √                   | √    | √    |                    |
| 8                              | oksimetazolin   |                     |      |      |                    |
|                                | 1. tts hidung 0,025%  | √                   | √    | √    |                    |
|                                | 2. semprot hidung 0,05%   | √                   | √    | √    |                    |
| 9                              | ofloksasin  |                     |      |      |                    |
|                                | 1. tts telinga 3%   |                     | √    | √    |                    |
| 10                             | triamsinolon asetonid   |                     |      |      |                    |
|                                | 1. nasal <i>spray</i> 55 mcg/ <i>puff</i>                                     |                     | √    | √    |                    |
| <b>30. VITAMIN dan MINERAL</b> |   |                     |      |      |                    |
| 1                              | asam askorbat (vitamin C)   |                     |      |      |                    |
|                                | 1. tab 50 mg  | √                   | √    | √    |                    |
|                                | 2. tab 250 mg   | √                   | √    | √    |                    |
| 2                              | ergokalsiferol (vitamin D2)   |                     |      |      |                    |
|                                | Hanya untuk pasien hipoparatiroid pemeriksaan kadar kalsium ion 1,1–2,5 mmol. |                     |      |      |                    |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN |  | FASILITAS KESEHATAN                |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|--|------------------------------------|------|------|--------------------|
|              |   |  | TK 1                               | TK 2 | TK 3 |                    |
|              | 1.  | kaps 50.000 IU   |                                    | √    | √    |                    |
|              | 2.  | susp 10.000 IU/mL  |                                    | √    | √    |                    |
| 3            |   | garam Fe   |                                    |      |      |                    |
|              | 1.  | setara dengan Fe elemental 60 mg.  | √                                  | √    | √    |                    |
| 4            |   | kalsitriol*  |                                    |      |      |                    |
|              |   | Hanya untuk penyakit ginjal kronis <i>grade</i> 5 atau 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.     |
| 5            |   | kalsium glukonat   |                                    |      |      |                    |
|              | 1.  | inj 10%  | √                                  | √    | √    |                    |
| 6            |   | kalsium karbonat*  |                                    |      |      |                    |
|              | 1.  | tab 500 mg   | √                                  | √    | √    |                    |
| 7            |   | kalsium laktat (kalk)  |                                    |      |      |                    |
|              |   | Untuk hipoparatiroidisme.  |                                    |      |      |                    |
|              | 1.  | tab 500 mg   | √                                  | √    | √    |                    |
| 8            |   | <i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i>  |                                    |      |      |                    |
|              |   | kombinasi KDT/FDC mengandung:  |                                    |      |      |                    |
|              | a.  | Fe sulfat/Fe fumarat/Fe glukonat   | (setara dengan 60 mg Fe elemental) |      |      |                    |
|              | b.  | asam folat   | 0,4 mg                             |      |      |                    |
|              | 1.  | tab sal  |                                    | √    | √    | √                  |
| 9            |   | piridoksin (vitamin B6)  |                                    |      |      |                    |
|              | 1.  | tab 10 mg*   | √                                  | √    | √    | 30 tab/bulan.      |
|              | 2.  | tab 25 mg*   | √                                  | √    | √    | 30 tab/bulan.      |
|              | 3.  | 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 |                    |
| 10  | retinol (vitamin A)   |  |                     |      |      |                    |
|   | 1.  | kaps lunak 100.000 IU  | √                   | √    | √    |                    |
|   | 2.  | kaps lunak 200.000 IU  | √                   | √    | √    |                    |
| 11  | sianokobalamin (vitamin B12)*   |  |                     |      |      |                    |
|   | 1.  | tab 50 mcg   | √                   | √    | √    | 30 tab/bulan.      |
| 12  | tiamin (vitamin B1)*  |  |                     |      |      |                    |
|   | 1.  | tab 50 mg  | √                   | √    | √    | 30 tab/bulan.      |
| 13  | vitamin B kompleks  |  |                     |      |      |                    |
|   | 1.  | tab  | √                   | √    | √    | 30 tab/bulan.      |
| <b>31. OBAT yang MEMENGARUHI STRUKTUR dan MINERALISASI TULANG</b> |   |  |                     |      |      |                    |
| 1   | alendronat  |  |                     |      |      |                    |
|   | a)  | Pasien dengan osteoporosis, hasil pemeriksaan BMD DXA, T score < -2,5 (bukan BMD <i>ultrasound</i> ); atau |                     |      |      |                    |
|   | b)  | Riwayat fraktur osteoporosis.  |                     |      |      |                    |
|   | 1.  | tab 70 mg  |                     |      | √    | 4 tab/bulan.       |
| 2   | asam zoledronat   |  |                     |      |      |                    |
|   | a)  | Pasien dengan osteoporosis, hasil pemeriksaan BMD DXA, T score < -2,5 (bukan BMD <i>ultrasound</i> ); atau |                     |      |      |                    |
|   | b)  | Riwayat fraktur osteoporosis.  |                     |      |      |                    |
|   | 1.  | inf 5 mg/100 mL  |                     |      | √    |                    |
| 3   | risedronat  |  |                     |      |      |                    |
|   | a)  | Pasien dengan osteoporosis, hasil pemeriksaan BMD DXA, T score < -2,5 (bukan BMD <i>ultrasound</i> ); atau |                     |      |      |                    |
|   | b)  | Riwayat fraktur osteoporosis.  |                     |      |      |                    |
|   | 1.  | tab sal selaput 35 mg  |                     |      | √    | 4 tab/bulan.       |

| KELAS TERAPI  | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN   |   | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL  |
|---------------|---|---|---------------------|------|------|---|
|               |   |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |   |
| 4             | sodium hialuronat   |   |                     |      |      |   |
|               | a)  | Hanya diberikan untuk OA <i>grade</i> II-III (klasifikasi <i>Kellgren-Lawrence</i> ).                 |                     |      |      |   |
|               | b)  | Diberikan pada pasien yang sudah tidak respons dengan parasetamol atau NSAID atau ada kontraindikasi. |                     |      |      |   |
|               | c)  | Bila 3 kali pemberian tidak memberikan respons klinis signifikan, maka terapi dihentikan.             |                     |      |      |   |
|               | 1.  | inj 10 mg/mL  |                     | √    | √    | Diberikan 1 vial/ <i>pre-filled syringe</i> per minggu. Maks 5 vial/ <i>pre-filled syringe</i> per kasus. |
| 32. LAIN-LAIN |   |   |                     |      |      |   |
| 1             | larutan kardioplegia  |   |                     |      |      |   |
|               | 1.  | inj   |                     |      | √    |   |
| 2             | kalsium polistiren sulfonat   |   |                     |      |      |   |
|               | 1.  | serb 5 g  |                     | √    | √    | 15-30 gram/hari dibagi dalam 2-3 kali pemberian. Maks selama 5 hari sampai dengan dialisis dilakukan.     |
| 3             | sevelamer karbonat  |   |                     |      |      |   |
|               | Hanya untuk pasien CKD <i>stage</i> 5 dialisis dengan kadar fosfat > 5,5 mg/dL dan kadar kalsium > 9 mg/dL yang tidak dapat diberikan kalsium karbonat. |   |                     |      |      |   |

| KELAS TERAPI | SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN | FASILITAS KESEHATAN |      |      | PERESEPAN MAKSIMAL |
|--------------|---|---------------------|------|------|--------------------|
|              |   | TK 1                | TK 2 | TK 3 |                    |
|              | 1. tab 800 mg   |                     | √    | √    |                    |

MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

BUDI G. SADIKIN

Salinan sesuai dengan aslinya

Kepala Biro Hukum dan Organisasi  
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,



Sundoyo, SH, MKM, M.Hum

NIP 196504081988031002