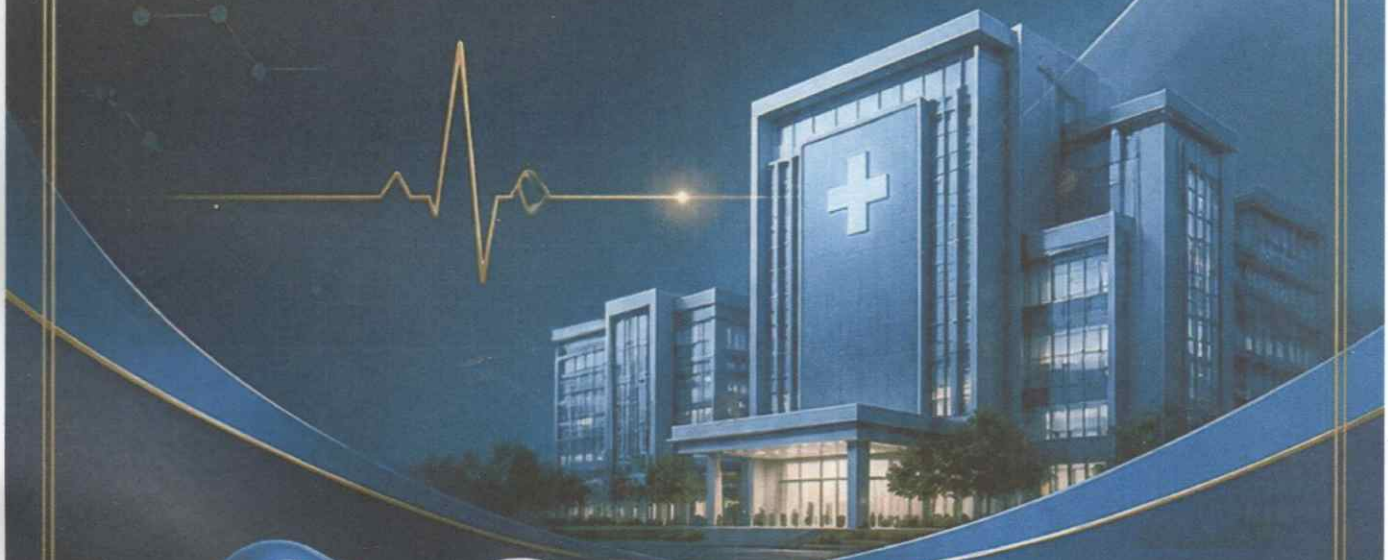
FORMULARIUM

RSAU dr ESNAWAN ANTARIKSA

TAHUN 2026



PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

FORMULARIUM
RUMAH SAKIT ANGKATAN UDARA
dr. ESNAWAN ANTARIKSA JAKARTA

TAHUN 2026

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

SURAT EDARAN
Nomor : SE/ 04a /II/2026

tentang

PENGELOLAAN DAN PENGGUNAAN FORMULARIUM
RUMAH SAKIT ANGKATAN UDARA dr. ESNAWAN ANTARIKSA

KEPALA RUMAH SAKIT ANGKATAN UDARA dr. ESNAWAN ANTARIKSA

1. Dasar.

a. Undang-Undang RI Nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887).

b. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Perubahan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 135 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6952.

c. Undang-Undang RI Nomor 17 tahun 2024 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk pada Penyelenggaran Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan.

d. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor : 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

e. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 6 Tahun 2026 tentang Rumah Sakit.

f. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/2197/2023 tentang Formularium Nasional

g. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK01.07/MENKES/1818/2024 tentang Perubahan atas Keputusan Menteri Kesehatan Nornor : HK.01.07/MENKES/2197/2023 tentang Formularium Nasional.

h. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1199/2025 tentang Formularium Nasional.

i. Keputusan Kementerian Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit;

j. Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, Standar Akreditasi Rumah Sakit 2024

k. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit.

l. Peraturan Kasau Nomor 36 Tahun 2024 tanggal 5 Agustus 2024 tentang Organisasi dan Tugas RSAU dr. Esnawan Antariksa

m. Peraturan Kepala Staf TNI Angkatan Udara Nomor Perkasau/87/Xll/2007 tentang Petunjuk Teknis tentang Daftar Obat Essensial Rumah sakit di lingkungan TNI Angkatan Udara.

n. Keputusan Kepala Pusat Kesehatan TNI Angkatan Udara Nomor Kep/19/XII/2025 tanggal 30 desember 2025 tentang Penyempurnaan Organisasi dan Tugas Rumah Sakit TNI Angkatan Udara Tingkat II dr. Esnawan Antariksa

2 Sehubungan dengan hal tersebut, disampaikan ketentuan-ketentuan dalam dan penggunaan Formularium RSAU dr. Esnawan Antariksa sebagai berikut :

a. Pedoman ini digunakan sebagai pedoman bagi Tim pengadaan untuk mengadakan obat dan Komite medis dalam memberikan pengobatan atau terapi terhadap penderita di RSAU dr. Esnawan Antariksa.

b. Dokter wajib menuliskan resep obat yang masuk dalam Formularium Rumah Sakit dr. Esnawan Antariksa.

c. Apabila obat dengan nama paten yang ditulis oleh dokter tidak tersedia di Instalasj Fermasi, maka farmasi berhak mengganti obat tersebut dengan obat generik atau obat merk lain yang setara secara generik sesuai dengan yang tercantum di Formularium RSAU dr. Esnawan Antariksa.

d. Penambahan obat-obatan di luar Formularium RSAU dr. Esnawan Antariksa hanya dapat dilakukan apabila :

1) Obat tersebut terdaftar di Kementerian Kesehatan RI.

2) Ada obat baru yang mempunyai efek terapi yang lebih baik, efek samping lebih kecil dan lebih bermutu serta telah disetujui oleh Komite Farmasi dan Terapi (KFT).

3) Apabila dokter memandang perlu menggunakan obat di luar Formularium Rumah Sakit dr. Esnawan Antariksa maka perlu dilengkapi dengan protokol terapi.

e. Obat-obat yang tercantum dalam Formularium RSAU dr. Esnawan Antariksa harus tersedia di Instalasi Farmasi.

f. Surat edaran, setiap saat dapat ditinjau kembali untuk penyempurnaan sesuai perkembangan dunia farmasi dan kebutuhan.

3. Demikian agar dimaklumi

Jakarta, 27 Februari 2026

Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa

DINAS KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
KEPALA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

dr. Iman Fathurrohman W., Sp.B., M.Si., M.A.R.S.
Kolonel Kes NRP 524330

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran 1 Surat Edaran Ka RSAU
Nomor SE / 04a / II /2026
Tanggal 27 Februari 2026

PEDOMAN
TENTANG PENGELOLAAN DAN PENGGUNAAN FORMULARIUM RUMAH SAKIT

PENDAHULUAN

1. Umum.

a. Rumah Sakit Angkatan Udara dr. Esnawan Antariksa merupakan unit pelaksana tekniS tingkat Diskesau yang mempunyai tugas pokok yaitu menyelenggarakan kegiatan dukungan kesehatan dan pelayanan kesehatan. Agar kegiatan pelayanan kesehatan yang dilaksanakan dapat mencapai sasaran secarayang optimal maka perlu didukung adanya ketersediaan bekal kesehatan (bekkes) memadai baik secara kualitatif maupun secara kuantitatif. Hal ini penting karena bekal kesehatan termasuk Obat merupakan komponen utama yang sangat menentukan keberhasilan pengobatan disamping kompetensi dan keahlian dari tenaga dokter dan perawat. Guna tercapainya pengobatan pasien yang paripurna selain hal tersebut di atas perlu adanya kerjasama antar disiplin ilmu (interdisipliner) yang baik sehingga penanganan pasien bisa dilakukan secara komprehensif, efisien dan bermutu.

b. Terhitung mulai tgl I Januari 2014 secara serentak Rumah Sakit TNI/POLRI wajib mendukung program pemerintah yaitu program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Pada program JKN tersebut anggota TNI, PNS TNI dan keluarganya wajib menjadi peserta JKN. RSAU dr. Esnawan Antariksa sebagai salah satu rumah sakit TNI wajib memberikan pelayanan kepada peserta JKN. Dalam pelaksanaan tugas memberikan pelayanan kesehatan yang paripuma kepada pasien khususnya peserta JKN, RSAU dr. Esnawan Antariksa menghadapi banyak kendala dan hambatan mengingat semakin beragamnya pola penyakit, peningkatan jumlah pasien, Obat yang beredar di pasaran dan tingginya harga Obat serta rendahnya tarif INA-Cbg's yang diberlakukan oleh BPJS. Hal ini tentunya sangat mempengaruhi setidaknya pola peresepan dan penggunaan Obat pasien.

c. Sehubungan dengan hal tersebut di atas maka perlu dilakukan revisi Formularium RSAU dr. Esnawan Antariksa agar dapat dijadikan pedoman terapi pada pasien dan juga pedoman bagi bagian pengadaan untuk mengadakan bekal kesehatan yang digunakan di rumah sakit. Adapun revisi formularium ini mengacu pada Formularium Nasional, Daftar Obat Essensial T NI AU dan saran serta masukan dari para dokter penulis resep. Dengan Formularium RSAU dr. Esnawan Antariksa hasil revisi ini diharapkan pengobatan yang dilakukan akan

lebih efektif dan efisien sehingga tujuan pelayanan kesehatan yaitu tercapainya pengobatan yang paripurna terhadap pasien dapat tercapai.

2. Maksud dan Tujuan.
   a. Maksud pembuatan Pedoman tentang Formularium RSAU dr. Esnawan Antariksa adalah untuk memberikan acuan bagi dokter dalam memberikan pengobatan bagi peserta JKN (anggota TNI dan keluarganya. PNS TNI/POLRI dan keluarganya serta peserta JKN Iainnya) dan pasten umum serta pedoman bagi Tim pengadaan di RSAU dr. Esnawan Antariksa dalam mengadakan bekal kesehatan.
   b. Tujuan penyusunan pedoman adalah agar dengan sumber dana yang terbatas dapat menghasilkan perbekalan kesehatan yang optimal yaitu tepat terapi, tepat guna, tepat jumlah dan tepat jenis, sesuai dengan standar yang telah ditentukan dalam Formularium RSAU dr. Esnawan Antariksa. sehingga dapat diperoleh hasil pengobatan yang efektif, aman dan bermutu.
3. Ruang Lingkup dan Tata Urut. Pedoman tentang Pengelolaan dan Penggunaan Formulanum RSAU dr. Esnawan Antariksa meliputi kelas terapi dan jenis Obat yang akan digunakan di RSAU dr. Esnawan Antariksa dalam rangka memberikan pelayanan bagi peserta JKN (anggota TNI/POLRI dan keluarganya serta peserta JKN Iainnya) dengan tata urut sebagai berikut
   a. Pendahuluan
   b. Dasar.
   c. Ketentuan Umum.
   d. Pengelolaan dan Penggunaan Formularium RSAU dr. Esnawan Antariksa
   e. Penyempurnaan dan Perubahan
   f. Penutup
4. Dasar. Dasar yang digunakan petunjuk teknis ini adalah sebagai berikut:
   a. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Perubahan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 135 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6952.
   b. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor : 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
   c. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/2197/2023 tentang Formularium Nasional
   d. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK01.07/MENKES/1818/2024 tentang Perubahan atas Keputusan Menteri Kesehatan Nornor : HK.01.07/MENKES/2197/2023 tentang Formularium Nasional.

e. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1199/2025 tentang Formularium Nasional.

f. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 Tanggal 23 Desember 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit.

g. Keputusan Menteri Kesehatan nomor HK.01.07/MENKES/ 1596/ 2024 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit.

h. Peraturan Kepala Staf TNI Angkatan Udara Nomor Perkasau/87/Xll/2007 tentang Petunjuk Teknis tentang Daftar Obat Essensial Rumah sakit di lingkungan TNI Angkatan Udara.

5. Kedudukan. Pedoman tentang Pengelolaan dan Penggunaan Formularium RSAU dr Esnawan Antariksa ini berkedudukan setingkat di bawah Buku Petunjuk Pelaksanaan TNI AU tentang Daftar Obat Essensial Rumah Sakit di Lingkungan TNI Angkatan Udara.

6. Pengertian. Untuk menghindari kesalahpahaman terhadap istilah-istilah di dalam prosedur tetap ini, perlu disusun pengertian terhadap beberapa istilah yang digunakan sebagai berikut :

a. Formularium Rumah Sakit. Formularium Rumah Sakit adalah dokumen kumpulan Obat dan informasi berkaitan. yang benar-benar dipertimbangkan staf profesional di rumah sakit sebagai yang paling berguna dalam perawatan penderita.

b. Kekuatan sediaan. Kekuatan Sediaan adalah jumlah zat berkhasiat dalam sediaan Obat jadi.

c. Obat. Obat ialah suatu bahan atau paduan bahan-bahan yang dimaksudkan untuk digunakan dalam menetapkan diagnosa, mencegah, mengurangi, menghilangkan, menyembuhkan penyakit atau gejala penyakit, luka atau kelainan badaniah dan rohaniah pada manusia dan hewan.

d. Obat Jadi. Obat jadi adalah Obat yang telah mempunyai bentuk sediaan seperti disebutkan dalam formulasi nasional langsung atau tidak langsung dapat digunakan dalam pengobatan. diberi nama dagang atau nama generik yang digunakan dalam Farmakope Indonesia atau buku yang ditetapkan Oleh pemerintah.

e. Sediaan. Sediaan adalah bentuk Obat sesuai dengan proses pembuatan Obat tersebut dalam bentuk seperti yang akan digunakan, sebagai contoh : tablet, injeksi dan sebagainya.

KETENTUAN UMUM

7. Umum. Pengelolaan dan penggunaan Formularium RSAU dr. Esnawan Antariksa dalah upaya sistematis berkesinambungan, pelaksanaannya ditujukan terhadap rsedianya Obat yang diperlukan bagi pasien baik pasien JKN ataupun pasien umum untuk mencapai kondisi kesehatan yang prima. Pengelolaan dan penggunaan Formularium RSAU dr. Esnawan Antariksa harus memperhatikan hakikat, tujuan, asas, kriteria, tata nama, penerapan konsep Formularium RSAU dre Esnawan Antariksa.

8. Hakikat. pengelolaan dan penggunaan Formularium RSAU dr. Esnawan Antariksa pada hakikatnya adalah untuk menjamin ketersediaan obat dengan tepat terapi, tepat guna, tepat jenis dan tepat jumlah serta memenuhi standar mutu datam penggunaannya.

9. Tujuan. Pengelolaan dan penggunaan Formularium RSAU dr. Esnawan Antariksa bertujuan agar pemberian obat dapat terlaksana sesuai dengan jenis dan jumlah yang tepat sehingga pelayanan kesehatan yang mencakup upaya diagnosa, profilaksi. terapi dan rehabilitasi dapat terdukung.

10. Asas-asas. Dalam Pengelolaan dan penggunaan Formularium RSAU dr. Esnawan Antariksa mengutamakan asas-asas sebagai berikut :

    a. Tanggung jawab. Pengelolaan dan penggunaan Formularium RSAU dr. Esnawan Antariksa dilaksanakan dengan penuh rasa tanggung jawab.

    b. Promotif dan Preventif. Dalam pengelolaan dan penggunaan Formularium RSAU dr. Esnawan Antariksa harus menitikberatkan pada kegiatan untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran hidup sehat serta pencegahan penyakit.

    c. Keamanan dan Kerahasiaan. Pengelolaan dan penggunaan Formularium RSAU dr Esnawan Antariksa dilakukan dengan memperlihatkan aspek keamanan dan kerahasiaan, baik ditinjau dari segi kedinasan maupun teknis profesionalisme.

11. Kriteria. Pemiiihan obat dalam Formularium RSAU dr. Esnawan Antariksa berdasarkan kriteria sebagai berikut :

    a. Memiliki rasio manfaat resiko (benefit-risk-ratio) yang paling menguntungkan penderita.

    b. Mutu terjamin termasuk stabilitas dan bioavailabilitasnya.

    c. Praktis dalam penyimpanan dan pengangkutan.

    d. Praktis dalam penggunaan dan penyerahan, disesuaikan dengan tenaga kesehatan dan sarana fisik yang ada.

    e. Menguntungkan dalam hal kepatuhan dan penerimaan penderita.

f. Memiliki ratio manfaat (benefit-risk-ratio) yang tinggi berdasarkan pertimbangan-pertimbangan sebagai berikut.

1) Obat yang sifatnya paling banyak diketahui berdasarkan data ilmiah.

2) Obat dengan sifat farmakologi yang diketahui paling banyak menguntungkan.

3) Obat yang stabilitasnya lebih baik.

4) Obat yang mudah diperoleh.

g. Obat jadi kombinasi tetap memenuhi kriterja sebagai berikut :

1) Obat hanya bermanfaat bagi penderita dalam bentuk kombinasi tetap.
2) Kombinasi tetap harus menunjukkan khasiat dan keamanan yang łebih tinggi deri masing-masłng komponen.
3) Perbandingan dosis komponen kombinasi tetap merupakan pertandingan yang tepat untuk sebagian besar penderita yang rnemerlukan kombinosi tersebut.
4) Kombinasi tetap dapat mencegah atau mengurangi terjadinya resistensi.
5) Kombinasi tetap dapat meningkatkan resiko manfaat biaya (benefitcost-ratio).
6) Untuk antibiotika kombinasi tetap harus dapat mencegah atau mengurangi terjadinya resistensi dan efek merugikan lainnya.

12. Tata nama. Nama-nama Obat dalam Formułarium RSAU dr. Esnawan Antariksa dituliS sebagai berikut .

a. Menggunakan nama generik dan nama dagang (dengan menyebutkan kandungan generiknya) sesuai dengan Farmakope Indonesia edisi terakhir dan nama generik yang diterbitkan WHO.

b. Obat yang sudah lazim digunakan dan tidak mempunyai nama generik ditulis dengan nama lazimnya, contoh : Obat Batuk Hitam dan garam oralit.

c. Obat kombinasi yang tidak mempunyai nama generik diberi nama yang đłsepakati sebagai nama generik untuk kombinasi dan dituliskan masing-masing komponen zat khasiatnya disertai kekuatan masing-masing komponen.

13. Penerapan Formularium RSAU dr. Esnawan Antariksa. Penerapan Formularium RSAU dr. Esnawan Antariksa dimaksudkan untuk meningkatkan ketepatan, keamanan, lan pengelolaan dan penggunaan Obat yang sekaligus meningkatkan daya guna hasil guna biaya yang tersedia sebagai salah satu langkah untuk memperluas, meratakan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di lingkungan RSAU dr. Esnawan Antariksa.

14. Formularium RSAU dr. Esnawan Antariksa. Formularium rumah sakit disusun ngan maksud agar dapat digunakan sebagai pedoman bagi pelaksana medis dalam memberikan terapi kepada pasien guna tercapainya tepat Obat, tepat dosis dan tepat terapi.

PENGELOLAAN DAN PENGGUNAAN FORMULARIUM RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

15. Umum. yang prima Untuk maka mencapai diperlukan kondisi pelayanan kesehatan bagi kesehatan, pasien baik salah JKN satunya maupun dengan pasien meberikan pelayanan kefarmasian. Mengingat banyaknya jenis Obat yang ada maka penggunaannya harus didukung dengan pengelolaan Obat yang efektif dan efisien.

16. Formularium RSAU dr. Esnawan Antariksa pengelolaan formularium yang efektif diperlukan untuk menjamin ketersediaan obat dengan jenis dan Jumlah yang tepat dan memenuhi standar mutu. Aspek yang penting datam pengelolaan obat meliputi :

a. Obat tersebut terdaftar di Kementrian Kesehatan RI.

b. Pembatasan jumlah dan macam obat berdasarkan Formularium Nasional dengan perencanaan yang tepat.

c. Obat-obatan maşuk Formularium RSAU dr Esnawan Antariksa adalah obal y" telah daıam dipeıtmbangkan pengadaannya,berdasarkan "a penyakN. rmnu harp dan

17. Penggunaan Formularium RSAU dr. Esnawan Antarikşa. Penggunaan Formulanum RSAU dr. Esnawan Antariksa ditentukan sebagai berikut:

a. Formuıarium RSAU dr Esnawan Antariksa digunakan sebagaı pegangan atau pedoman baik bagi dokter maupun staf pengadaan rnengıngat banyaknya jenıs obat yang beredar di pasaran.

b. Apabila dokter menuliskan resep di luar Formularium RSAU d'. Esnawan Antarikşa dapat diganti dengan abat yang memılikı kandungan zat aktif yang sama (şetara generik) dan tercantum dalam Formularium RSAU dr. Esnawan Antariksa.

c. Apabila dokter menuliskan resep di luar Formularium RSAU dl. Esnawan Antarikşa dengan kandungan zat aktif maupun komposisinya tidak ada yang sama dengan obat yang ada dalam Formularium maka ptugas farmasi akan mengkoordinasikan dengan dokter penulis resep. Apabila berdasarkan pemmbangan medis harus digunakan obat tersebut maka bisa diajukan kepada Komite Farmasi dan Terapi (KFT) dan apabila dişetujui oleh KFT maka diajukan kepada Tim pengadaan dengan catatan harus dilengkapi dengan protokol terapi

18. Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KE). KİE mengenai abat yang termasuk dalam Formulanum RSAU dr. Esnawan Antariksa merupakan suatu persyaratan untuk mendorong penggunaan abat yang tepat dan penuljsan resep yang rasional oleh tenaga kesehatam Setiap abat yang tercantum dalam Formularium RSAU dr. Esnawan Antariksa harus disertai dengan informasi

yang akurat dan objektif serta dapat dimengerti oleh tenaga kesehatan. Informasi tersebut meliputi indikasi, kontraindikasi. dosis, cara penggunaan, peringatan, efek samping, interaksi dan bentuk sediaan.

PENYEMPURNAAN DAN PERUBAHAN

Pedoman tentang Pengelolaan dan Penggunaan Obat Formularium RSAU dr. Esnawan Antariksa ini bersifat tidak Statis dan sewaktu-waktu dapat dilakukan perubahan. disesuaikan dengan kebijakan pemerintah, perkembangan di bidang farmasi dan kebutuhan pelayanan kesehatan. Oleh karena itü setiap pelaksana pelayanan kesehatan dapat memberikan maşukan/saran atau mengajukan usulan perubahan, terutama berdasarkan pengalaman di lapangan dengan mempertimbangkan efektlfitas keamanan dan mutu abat yang telah digunakan

19. Untuk penyempurnaan Formularium RSAU dr. Esnawan Antariksa akan dilakU n penelitian dan pengembangan secara berkala sehingga Formularium RSAU dr. Esnawan Antariksa dapat digunakan secara optimal dalam mendukung tugas pelayanan kesehatan bagi seluruh pasien JKN dan pasien umum di rumah sakit.

PENUTUP

20. pedoman tentang Pengeloiaan dan Penggunaan Obat Formularium RSAU dr. Esnawan Antariksa ini disusun untuk dijadikan pedoman bagi dokter dalam memberikan pengobatan dan Tim pengadaan dalam mengadakan Obat di RSAU dr. Esnawan Antariksa sehingga seluruh resep rawat jalan maupun rawat inap dapat terlayani di bagi farmasi dengan optimal.

Jakarta, 27 Februari 2026

Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa

DINAS KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
KEPALA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

dr. Iman Fathurrohman W., Sp.B., M.Si., M.A.R.S.
Kolonel Kes NRP 524330

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran 2 Daftar Formularium RSAU dr. Esnawan A.
Nomor SE/ 04a / il / 2026
Tanggal 27 F e b r u a r i 2 0 2 6

FORMULARIUM
RSAU Dr. ESNAWAN ANTARIKSA TAHUN 2026

UNTUK PASIEN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN)

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
1.	**ANALGESIK, ANTIPIRETIK, ANTIINFLAMASI NONSTEROID, ANTIPIRAI**				
1.1.	**ANALGESIK NARKOTIK**				
	a. Codein	Tab 10 mg	1. Codein	Kimia Farma	30 tab/bulan
		Tab 20 mg	1. Codein	Kimia Farma	30 tab/bulan
	b. Fentanyl	Inj. i.v 0,05 mg/ml 2ml (sbg sitrat)	1. Fentanyl	Jansen	5 amp/kasus
	Injeksi : hanya untuk nyeri berat dan harus diberikan oleh tim medis yang dapat melakukan resusitasi	amp @ 2 mL			
		Inj. i.v 0,05 mg/ml 2ml (sbg sitrat) amp @ 10 mL	1. Fentanyl	Jansen	5 amp/kasus
	Patch :	Patch 12,5 mcg/jam	1. Fentanyl Patch 12.5 mc	Jansen	10 patch/bulan
	Untuk nyeri kronik pada pasien kanker yang tidak terkendali	Patch 25 mcg/jam	2. Fentanyl Patch 25 mcg/	Jansen	10 patch/bulan
	Tidak untuk nyeri akut	Patch 50 mcg/jam Hanya boleh diresepkan oleh tim manajemen nyeri RS atau tim onkologi (tumor board) RS	3. Fentanyl Patch 50 mcg/	Jansen	5 patch/bulan
	c. Hidromorfon	1. Tablet Lepas Lambat 8 mg		Kimia Farma	30 Tablet/bulan
		2. Tablet Lepas lambat 16 mg		Kimia Farma	30 Tablet/bulan

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	d. Morfin HCl	Tab 10 mg		Kimia Farma	inisial dosis 3-4 tablet/hari
	a. Hanya untuk pemakaian pada tindakan anestesi atau perawatan RS	Tab SR 10 mg		Kimia Farma	60 tablet/bulan
	b. Untuk mengatasi nyeri kanker yang tidak respon terhadap analgetik non narkotik	Tab SR 15 mg		Kimia Farma	60 tablet per bulan
	c. Untuk nyeri pada serangan jantung	Tab lepas lambat 30 mg		Kimia Farma	60 Tablet/bulan
		Inj 10 mg/mL (i.m./s.k./i.v.)		Kimia Farma	infus per 24 jam
	e. Pethidin HCl	Inj i.m/s.k/i.v.	1. Pethidin HCl	Kimia Farma	2 amp/hari
	a. Hanya untuk tindakan anestesi dan nyeri sedang hingga berat pada pasien yang di RS	Lambat 50 mg/ml amp @ 2 ml			
	b. Tidak digunakan untuk nyeri kanker				
	f. Sufentanil Hanya untuk tindakan anestesi yang diberikan oleh dokter anestesi	inj 5 mcg/mL (IV)		Kimia Farma	3 Vial/kasus
	g. Tramadol Hanya untuk nyeri sedang sampai berat yang intoleran terhadap NSAID	Kap 50 mg	1. Tramadol	1. Otto 2. Dexa mEdika 3. Kimia Farma	30 kapsul/ bulan
		Amp 50 mg/mL	1. Tramadol	1. Otto 2. Novell 3. MBF 4. Mersi	5 amp/hari
1.2.	**ANALGETIK NON NARKOTIKA**				
	a. Asam Mefenamat	Kaps 250 mg	1. As. Mefenamat	1. Hexapharm Jay 2. Bernofarm 3. Mersi	30 kaps/bulan
		Tab 500 mg	1. As. Mefenamat	1. Hexapharm Jay 2. Bernofarm 3. Mersi	30 Tablet/bulan
	b. Ibuprofen	Tab 200 mg	1. Ibuprofen	1. Indofarma 2. Yarindo	30 tab/bulan

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
		Tab 400 mg	1. Ibuprofen	1. Indofarma 2. Yarindo	- untuk nyeri akut : 14 tab/kasus - untuk nyeri kronis : 60 tab/bulan
		Sirup 100 mg/5 mL	1. Ibuprofen 2. Profen Sirup	1. Indofarma 1. Guardian	1 btl/kasus
		Sirup 200 mg/5 mL	1. Ibuprofen	Indofarma	1 btl/kasus
		Supp 125 mg	1. Proris	Pharos	2 supp
	c. Ka Diklofenak	Tablet 25 mg	1. Ka Diklofenak 25 mg 2. Exaflam 25	1. Benofarm 2. Guardian	30 Tab perbulan
		Tablet 50 mg	1. Ka Diklofenak 50 mg 2. Exaflam 50	Bernofarm Guardian	30 Tab perbulan
		Fast Sachet 50mg	1. Cataflam Fact Sachet 5	Novartis	
	d. Ketorolac tromethamine	1. Inj 30 mg/mL Untuk nyeri sedang sampai berat untuk pasien yang tidak dapat menggunakan analgetik secara oral	1. Ketorolac	1. MBF 2. Novell 3. Daria varia 4. Otto 5. Phapros 6. Berno 7. Ethica	2-3 amp/hari maks 2 hari
		2. Tablet 10 mg	1. Ketorolac 10 mg Tablet	1. Bernofarm 2. Nulab 3. Novel 4. Quantum	15 Tablet/bln
	e. Ketoprofen	Tab/tab salut 100 mg	1. Ketoprofen	1. Bernofarm 2. Hexpharm 3. Novel	15 Tab/bulan

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
		Suppositoria 100 mg Untuk nyeri sedang sampai berat pada pasien yang tidak dapat menggunakan analgetika secara oral	1. Pronalges Supp 2. Protofen Supp	Dexa Medika Kimia Farma	2 supp/hari maks 3 hari
		Ketoprofen inj 50 mg/mL	1. Ketoprofen inj	Kimia Farmas	
	f. Kombinasi : Methampyrone 500 mg Chlordiazepoxide HCl 5 mg Vit B 1 50 mg Vit B 6 15 mg Vit B 12 10 mcg Coffein 50 mg	Tab	1. Neurogesik	Lafiau	10 tab
	g. Metamizol	Inj 500 mg/mL Untuk nyeri post operatif dan hanya dalam waktu singkat	1. Metamizol Sodium 2. Novaldo 3. Novalgin 4. Santagesik 5. Metzol Inj	Kimia Farma Yarindo Sanofi Sanbe Lapi	4 Ampul selama dirawat
		Inj i.m.250 mg/mL vial @ 10 mL	1. Antalgidon	Bernofarm	15 tab/kasus
		Tab 500 mg	1. Antalgin	1. bernofarm 2. Kimia farma	
	h. Meloxicam	Tab 7,5 mg	1. Meloxicam 7.5 mg	1. Otto 2. Novell 3. Nulab 4. MBF	30 tab/bulan
		Tab 15 mg	1. Meloxicam 15 mg	1. Otto 2. Novell	30 tab/bulan

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
				4. MBF	
	i. Na Diclofenac	Tab sal enterik 25 mg	1. Renadinac 25 2. Na Diklofenak 25	Fahrenheit Kimia Farma	30 Tablet/bulan
		Tab sal enterik 50 mg	1. Renadinac 50 2. Na Diklofenak 50	Fahrenheit Kimia Farma	30 Tablet/bulan
		Gel 20 g	1. Flamar Emulgel	Sanbe Farma	
	j. Paracetamol	Tab 500 mg	1. Parasetamol	1. Bernofarm 2. Indofarma 3. Ernita 4. Mersi	30 tab/bulan
		Sir 120 mg/5 mL Btl 60 ml	1. Parasetamol	1. Kimia Farma 2. Bernofarm 3. Indo Farma 4. Mersi	2 btl/kasus
		Supp 250 mg	1. Pamol	Interbat	2 Supp
		Supp 125 mg	1. Pamol	Interbat	2 Supp
		Drop 60 mg/0,6mL	1. Paracetamol 2. Ottopan Drop	Indofarma Otto	1 btl/kasus
		Infus 10mg/mL Hanya untuk pasien di ruang perawatan intensif yang memerlukan analgetik berkelanjutan	1. Parasetamol Inf	1. Daria Varia 2. Bernofarm 3. Novel 4. Mersi	1 btl/kasus

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	k. Piroxicam (Untuk arthritis berat)	Tab 10 mg Untuk dosis 20 mg (maks 7 hari) (Untuk arthritis berat yang tidak respon dengan dosis 10 mg, pemberian maks 7 hr, bila masih diperlukan dilanjutkan dengan dosis maintenance 10 mg atau obat arthritis) PERINGATAN : cek fungsi ginjal	1. Piroxicam	1. MBF 2. Novel 3. Nulab	30 tab/bln
1.3.	**ANTI PIRAI**				
	a. Allopurinol Tidak diberikan pada saat nyeri akut	Tab 100 mg	1. Allopurinol	1. Hexapharm Jay 2. Mersi	30 tab/bln
		Tab 300 mg	1. Allopurinol	1. Hexapharm Jay 2. Mersi	60 tab/bln
	b. Colchisin	Tablet 500 mcg	1. Recolfar	Fahrenheit	30 tab/bln
	c. Probenesid	Tab 500 mg	1. Probenid	Dexa Medika	30 Tab/bln
1.4.	NYERI NEUROPATI				
	a. Amitriptilin	Tablet 25 mg	1. Amitriptilin 25 mg	1. Yarindo 2. Prafa	30 tab/bln
	3. Carbamazepin Hanya untuk neuralgia trigeminal	Tablet 200 mg	1. Carbamazepin 200 mg 2. Bamgetol 200 mg	Indofarma Mersi	120 Tablet/bulan
	b. Gabapentin Hanya untuk neuralgia pasca herpes dan nyeri neuropati diabetikum	Kapsul 100 mg	1.. Gabapenin 100 mg	Novell	60 Kaps/bulan
		Kapsul 300 mg	1. Gabapentin 300 mg	Nulab	30 mg/bulan
	4. Pregabalin Hanya untuk neuralgia paska herpes dan nyeri neuropati diabetikum	Kaps 75 mg	1. Pregabalin	Kalbe F	120 Kaps/bulan

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
2.	**ANESTETIK**				
2.1	**ANESTETIK LOKAL**				
	a. Bupivacaine	Injeksi 5 mg/ mL	1. Bupivacaine	Berno	
	b. Bupivacaine heavy	Injeksi 5 mg/mL + glukosa 8% khusus untuk analgesia spinal	1. Bupivacaine Heavy	1. Regivell 2. Bunascan	
	c. Ethyl Chlorida	Semprot, btl 100 mL	1. Chloraethyl	ULP	
	d. Lidocaine	Inj 2% + epinephrin 1:200.000 amp @ 2 mL	1. Pehacain	Phapros	
		Inj i.v 1%, amp @ 2 mL	1. Lidocain	Bernofarm	
		Inj i.v 2%, amp @ 2 mL	1. Lidocain	Bernofarm	
		Inj i.v 5%, amp @ 2 mL (+dextrose 5%)	1. Lidocain	Bernofarm	
		Jeli 2%, tube 25 g	1. Xylocaine 2. Cathejel	ULP	
		Semprot 10% btl 50 mL	1. Xylocaine	ULP	
	e. Ropivacain	1. Inj 7,5 mg/mL			
2.2.	**ANESTETIK UMUM DAN OKSIGEN**				
	a. Enflurane	Larutan, btl 250 mL	1. Ethrane	ULP	
	f. Gas Nitrogen Oksida	Dalam tabung		ULP	
	g. Gas Oksigen	Dalam tabung		ULP	
	b. Halothane	Cairan btl 50/250 mL	1. Halothane	ULP	

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	c. Isoflurane	250 ml	1. Isoforene	ULP	
	d. Ketamine	Vial 50 mg/mL	1. Ketamine	Ikapharmindo	
		Vial 100 mg/mL	1. KTM	Guardian	
	e. Propofol	Inj 10%, vial @ 20 mL	1. Fresofol 2. Nopuvel Inj	Fresenius Kabi Novell	
2.3	**OBAT untuk PROSEDUR PRE OPERATIF**				
	a. Atropine sulfate	Inj 0,25 mg/mL, amp @ 1 mL	1. Atropine Sulfate	Ethica	
	b. Diazepam	Inj 5 mg/mL, amp	1. Stesolid Inj 2. Valisanbe Inj	Actavis Sanbe	
	c. Midazolam	1 mg/mL, amp 5 mL	1. Miloz	Novell	Dosis rumatan
	Dapat digunakan untuk premedikasi sebelum induksi anestesi dan rumatan selama anestesi umum				1mg/jam (24 mg/hari)
		15 mg/3 mL	1. Miloz	Novell	Dosis pre-medikasi :
		Dapat digunakan untuk sedasi pada pasien ICU dan HCU			8 vial/kasus
	d. Neostigmine	Inj 0,5 mg	1. Neostigmin	Elmen	
	f. Rocuronium Bromide	Vial 10 mg/mL	1. Rocuronium Bromide	Berno	
	e. Vecuronium bromide	Amp 10 mg/mL	1. Ecron	Dropping Lafiau	
3.	**ANTI ALERGI dan OBAT UNTUK ANAFILAKSIS**				
	a. Cetirizine	Tab 10 mg	1. Cetirizine	1. Nulab	Urtikaria akut: 1 tab/hari, maks 5 hari

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
				2. Novell 3. Hexpharm	Urtikaria kronik : maks 30 tab/bulan
		Sir. 5 mg/5 mL, btl @ 60 ml	1. Cetirizine	1. indofarma 2. Yarindo	1 btl/kasus
		Drop 30 mL	1. Cetirizine	Indo farma	
	b. Chlorpheniramine maleate	Tab 4 mg	1. CTM 2. Alleron	Indofarma Mega esa	3 tab/hari, maks 5 hari
	c. Cyproheptadine	Tab 4 mg	1. Heptasan	Sanbe	
	d. Dexamethasone	Tab 0,5 mg	1. Dexamethasone	1. Bernofarm 2. Kimia farma 3. Novell	
		Inj 5 mg/ml, amp @ 1 mL	1. Dexamethasone	1. Berno 2. Phapros	20 mg/hari
			2. Kalmetason Inj	Kalbe	
	e. Diphenhydramine	Inj 10 mg/mL (im/iv)	1. Ikadril	Ikapharmindo	30 mg/hari
	f. Epinephrin (Adrenalin)	Inj i.v. 0,1%, amp @ 1 mL	1. Epinephrin	1. Ethica 2. Phapros	
	j. Hidrokortison	Inj 100 mg	1. Cortison Inj		
		Salep 1 %	Hidrokortison Cream 1%	Kalbe	
	h. Kombinasi : Betamethasone 0,25 mg Dexchlorpeniraminemaleat 2 mg	Tab	1. Nilacetin	Nicholas	Maks 10 Tablet
		Syr 60 mL	1. Colergis	Dexa Medika	1 btl/kasus

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	g. Loratadine	Tab 10 mg	1. Loratadine	1. Guardian 2. Hexpharm	- Urtikaria akut : 1 tab/hari, dilakukan di Faskes Tk. 1 - Urtikaria kronik : maks 30 tab/bulan hanya dilakukan di faskes Tk. 2
	i. Mebhidrolin	Tab 50 mg	1. Histapan 2. Interhistin 3. Mebhidrolau	1. Sanbe 2. Interbat 3. Lafiau	Maks 10 Tab
		Salep 2.5%	Hidrokortison Cream 2.5%	Kalbe	
4.	**ANTIDOT DAN OBAT LAIN UNTUK KERACUNAN**				
4.1.	**KHUSUS**				
	a. Atropine sulfate	Inj i.m./i.v/s.k. 1 mg/mL amp @ 2 mL	1. Antropine Sulfate	Ethica	
	c. Ca gluconas	Inj 100 mg/mL amp @ 10 mL	1. Ca Gluconas	Ethica	
	b. Ephedrin	Inj 50 mg/mL	1. Ephedrin	Ethica	
	h. Nalokson Hanya untuk mengatasi depresi pernapasan akibat morfin atau opioid	Inj 0,4 mg/mL			
	d. Natrium bicarbonat	Tab 500 mg	1. Na Bicarbonat	Produksi IFRS	
		Inj 8,4 % (*high alert medicine*)	1. Meylon	Otsu	
	f. Natrium tiosulfat	Inj 25%	1, Natrium tiosulfat	Otsu	
	e. Neostigmine	Inj 0,5 mg/mL	1. Neostigmin Hameln	Combifar	

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	g. Protamin sulfat	Inj 10 mg/mL	1. Protamin sulfat		
4.2.	**UMUM**				
	a. Carbo adsorben	Tab 0,5 g	1. Norit	Lang	
	b. Magnesium sulfate	Serb, ktg 30 g	1. Mg Sulfat (Garam Inggris)	Brataco	
5.	**ANTIEPILEPSI – ANTIKONVULSI**				
	a. Carbamazepine	Tab 200 mg	1. Carbamazepine	1. Indofarma	120 tab/bulan
	b. Clonazepam	Tab 2 mg	1. Clonazepam	1. Kimia Farma	30 tab/bulan
	c. Diazepam	Tab 2 mg	1. Valisanbe 2	Sanbe	
		Tab 5 mg	1. Valisanbe 5 2. Valdimex 5	Sanbe Merci	
		Inj 5 mg/ml, amp @ 2 mL	1. Valisanbe Inj 2. Stesolid Inj 3. Valdimex Inj	Sanbe Actavis Merci	10 amp/kasus kecuali untuk kasus di ICU
		Lar rektal 5 mg/mL Tube 2,5 mL	1. Stesolid	Actavis	2 tube/hari, bila kejang
		Lar rektal 10 mg/mL Tube 2,5 mL	1. Stesolid	Actavis	2 tube/hari, bila kejang
	d. Gabapentin	Kap 300 mg	1. Gabapentin	Novell	

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	e. Lamotrigin	Tab Dispersible 25 mg	1. Lamotrigin		30 tab/bulan (hanya untuk titrasi dosis)
	- Tidak digunakan sebagai lini pertama untuyk epilepsi	Tab 50 mg			400 mg/hari
	- Dapat digunakan sebagai lini kedua pada ibu hamil atau pasien usia lanjut (> 65 tahun)	Tab 100 mg			120 tab/bulan
	e. Magnesium sulfate	Inj. i.v. 20 % amp 25 mL	1. Mg SO4	Otsu	
	Hanya untuk kejang pada preeklampsia dan eklampsia. Tidak digunakan untuk kejang lainnya	Inj. i.v. 40 % amp 25 mL	1. Mg SO4	Otsu	
	f. Phenobarbital	Tab 30 mg	1. Phenobarbital	Kimia Farma	120 tab/bln
		Tab 100 mg	1. Phenobarbital	Kimia Farma	60 tab/bln
		Inj 200 mg/2 mL, vial @ 2 mL	1. Phenobarbital	Kimia Farma	40 mg/KgBB
	g. Phenytoin Na	Kap 100 mg	1. Phenytoin Na	Phapros	120 kap/bln
		Inj 100 mg/2 mL amp @ 2 mL	1. Phenytoin Na	Novell	
	h. Valproic Na (Untuk general epilepsi)	Tab Lepas Lambat 250 mg	1. Depakote	Abbot	120 tab/bln
		Tab Lepas Lambat 500 mg	1. Depakote	Abbot	60 tab/bln
		Tab Salut Enterik 250 mg	1. Depakote	Abbot	90 tab/bln
		Sirup 250 mg/5mL btl @ 120 mL	1. Depakene	Abbot	5 btl/bln

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
6.	**ANTI INFEKSI**				
6.1.	**ANTELMINTIK**				
6.1.1	**ANTELMINTIK INTESTINAL**				
	a. Mebendazol	Tab 500 mg	1. Mebendazol		
	b. Prazikuantel	Tab 600 mg			
	c. Pyrantel Pamoate	Tab Scored 125 mg	1. Pyrantel		
		Tab Scored 250 mg	1. Pyrantel		
		Suspensi 125 mg/5 mL	1. Pyrantel		
6.1.2	**ANTIFILARIA**				
	a. Dietilkarbamazin Tidak digunakan untuk ibu hamil dan menyusui	Tab 100 mg (Dihidrogen Sitrat)	1. Dietilkarbamazin		
6.2.	**ANTI BAKTERI**				
6.2.1.	**BETA LAKTAM**				
	b. Amoxicillin Anhidrat	Tab scored 500 mg	1. Amoxicillin 500	1. Bernofarm 2. Hexapharm 3. Mersi 4. Droping Lafiau	10 hari
		Kap 250 mg	1. Amoxicillin	Droping Lafiau	10 hari
		Sir kering 125 mg/5 mL btl 60 mL	1. Amoxicillin	Bernofarm	1 btl/kasus
		Sir kering 250 mg/5 mL btl 60 mL	1. Amoxicillin	Bernofarm	1 btl/kasus
		Drop 100 mg/mL	1. Amoxan Drop	Sanbe	1 btl/kasus

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	a. Ampicillin	Serb inj i.m/i.v., vial 1 g	1. Ampicillin	Bernofarm	10 hari
	d. Benzatin Benzil Penisilin	1. Serb Inj 1,2 Juta IU (im)	1. Benzatin Benzil Penicillin		2 vial/bulan
		2. Serb Inj 2,4 juta IU (im)	1. Benzatin Benzil Penicillin		2 vial/bulan
	f. Cefadroxil	Tab 250 mg	1. Cefadroxil	Droping Lafiau	5 hari
		Tab 500 mg	1. Cefadroxil	1. Berofarm 2. Quantum 3. Hexpharm	5 hari
		Syr. 125 mg/5ml 60 mL	1. Cefadroxil	1. Hexpharm 2. Droping Lafiau	1 btl/kasus
		Syr. 250 mg/5ml 60 mL	1. Cefadroxil	1. Hexpharm 2. Droping Lafiau	1 btl/kasus
	g. Cefazolin	Inj 1000 mg Digunakan pada profilaksis bedah untuk mencegah terjadinya infeksi luka operasi	1. Cefazolin	1. Indofarma	selama 24 jam
	i. Cefixime Hanya untuk pasien rawat inap yang sebelumnya mendapatkan antibiotik parenteral sefalosporin generasi tiga atau sesuai hasil uji resistensi	Kap 100 mg	1. Cefixime	Hexpharm	10 Hari
		Kap 200 mg	1. Cefixime	1. Quantum 2. Infion	10 Hari
		Dry Sir 100 mg/5 mL	1. Cefixime	1. Hexpharm 2. Dancos	1 btl/kasus
	l. Cefpirome a. Antibiotik lini ketiga (reserved antibiotic). Diberikan atas persetujuan KFT/KPRA/pimpinan RS	Serb inj 1 gr	1. Cefpirome		3 g/hari sampai ANC > 500/mm3

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	b. Untuk demam neutropenia karena penggunaan kemoterapi atau radioterapi, dapat diberikan sebagai terapi empiris				
	j. Cefoperazon	Inj. i.v. 1 gram Diberikan atas persetujuan KFT/KPRA/pimpinan RS untuk: - Antibiotik lini ketiga (reserved antibiotic) - Mengatasi infeksi pada pasien yang mengalami penurunan fungsi ginjal	1. Cefoperazone	1. Fahreinheit 2. Berno 3. Yarindo	3 g/hari selama 7 hari
	k. Cefotaxime	Inj 0,5 g / vial	1. Cefotaxime	1. Dexa Medika 2. Hexpharm	10 hari
		Inj 1 g / vial	1. Cefotaxime	1. Dexa Medika 2. Hexpharm	10 hari
	h. Cephalexin	Kaps 500 mg	1 Cephalexin		5 hari
	l. Ceftazidime	Inj 1 g / vial Antibiotik lini ketiga (reserved antibiotic), untuk infeksi yang terbukti disebabkan oleh *Pseudomonas aeruginosa, diberikan atas persetujuan KFT/KPRA/pimpinan RS*	1. Ceftazidime	1. Dexa Medika	3 g/hari selama 7 hari
	m. Ceftriaxone	Inj 1 g / vial	1. Ceftriaxone	1. Dexa Medika 2. Hexapharm Jay	2 g/hari selama 7 hari Untuk meningitis 4 g/hari selama 14 hari
	n. Cefuroxim	Tab sal selaput 250 mg	1 Sefuroksim		10 tab/kasus
		Tab sal selaput 500 mg	1 Sefuroksim		10 tab/kasus

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
		serb inj 750 mg	1 Sefuroksim		3 g/kasus
	c. Kombinasi KDT/FDC mengandung : Amoxicillin 500 mg + Clavulanate acid 125 mg	Tab	1. Co-Amoxyclav 2. Claneki	1. Indofarma 2. Sanbe Farma	
		Sir kering 125 mg/5 mL btl 60 ml	1. Claneksi	Sanbe	
	o. Kombinasi: Sulbactam Na 500 mg Cefoperazone Na 500 mg	Inj. i.v. 1 gram	1. Sulbactam Na Cefoperazone	Quantum	10 hari
	e. Procain Benzil Penisilin	1. Inj 3 Juta IU (im)	1. Procain Benzil Penicillin		3 vial/kasus
6.2.2.	**ANTIBAKTERI LAIN**				
6.2.2.1	**TETRACYCLINE**				
	a. Doxycycline	Kap 100 mg	1. Doxycycline	Indofarma	-2 kaps/ hari selama 10 hari
	Tidak digunakan untuk anak < 6 tahun dan ibu hamil dan menyusui	Kap 50 mg	1. Doxycycline		- Acne vulgaris : 50 - 100 mg/hari hingga 12 minggu
		Hanya untuk penggunaan pd mata dan kulit		-	
	b. Oksi tetrasiklin	Inj 50 mg/mL (im)			
	c. Tetracycline	Kap 500 mg	1. Tetracycline	Phapros	4 kaps/hari selama 5 hari
	Tidak digunakan untuk anak < 6 tahun dan ibu hamil dan menyusui	Kap 250 mg	1. Tetracycline	Phapros	4 kaps/hari selama 5 hari
6.2.2.2	**CHLORAMPHENICOL**				
	Chloramphenicol	Kap 250 mg	1. Chloramphenicol	1. Bernofarm	- 4 Kaps/hari slm 5 hari

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
					- Untuk meningitis : Anak: 2 g/hari selama 14 hari. Dewasa: 4 g/hari selama 14 hari
		Kaps 500 mg	1. Chloramphenicol	1. Bernofarm	-4 Kaps/hari slm 10 hari - Untuk meningitis : Anak: 2 g/hari selama 14 hari. Dewasa: 4 g/hari selama 14 hari
		Susp 125 mg/5 mL (sebagai Palmitat) btl @ 60 mL	1. Chloramphenicol	1. Bernofarm	-4 Kaps/hari slm 10 hari - Untuk meningitis : maks 14 hari
		Serb Inj i.v 1000 mg/mL (sebagai Na Suksinat) vial @ 10 mL	1. Chloramphenicol	1. Bernofarm	14 hari
6.2.2.3	**SULFAMETOKSAZOL-TRIMETOPRIM**				
	a. Co-Trimoksazole (dewasa) Sulfamethoxazole 400 mg Trimetropin 80 mg	Tab adult	1. Cotrimoxazole	1. Bernofarm 2. Mersi	4 tab/hari selama 10 hari kecuali pada *imunocompromised* selama 21 hari
	b. Co-Trimoksazole Forte (dewasa) Sulfamethoxazole 800 mg+Trimetropin 160 mg	Tab adult	1. Cotrimoxazole	Bernofarm	- Profilaksis pada pasien HIV : 1 tab/hari sampai CD4 > 200 sel/mikroliter - Infeksi yang sensitif terhadap kotrimoksazol : 2 tab/hari selama 10 hari - PCP : 3-6 tab/hari selama 21 - 28 hari
	c. Co-Trimoksazole : Sulfamethoxazole 200 mg Trimetropin 40 mg	Syr. 60 mL pediatrik	1. Cotrimoxazole (Pediatrik)	Mersi	5 hari
6.2.2.4	**MAKROLIDA**				
	a. Azithromycin	Tab 250 mg	1. Azithromycin	Kimia Farma	3 hari

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
		Tab 500 mg	1. Azithromycin	Kimia Farma	3 hari
		Sir kering 200 mg/5 mL btl @ 15 mL	1. Zibramax	Guardian	3 hari
		Serbuk Injeksi 500mg	1. Azithromycin	Berno	3 hari
	b. Clarithromycin	Tab Sal Selaput 500 mg	1. Clarithromycin	Novell	14 hari
		Sir kering 125 mg/5 mL	1. Clarithromycin	Novell	14 hari
		Sir kering 250 mg/5 mL	1. Clarithromycin	Novell	14 hari
	c. Erythromycin	Kap 250 mg	1. Erythromycin	Droping lafiau	- 4 tab/kaps per hari selama 5 hari - Untuk Streptococcus pyogenes dan difteri : 10 hari
		Tab 500 mg	1. Erithromycin	Yarindo	- 4 tab/kaps per hari selama 5 hari - Untuk Streptococcus pyogenes dan difteri : 10 hari
		Sir 200 mg/5 mL (sbg Etil suk-	1. Erythromycin	Indo Farma	- 5 hari
		sinat) btl @ 60 mL	2. Erisanbe Sirup	Sanbe	- Untuk Streptococcus pyogenes dan difteri : 10 hari
	d. Spiramycin Dapat digunakan untuk toksoplasmosis pada kehamilan	Tab sal selaput 500 mg	1. Spiramycin	Novell	3 g/hari selama 6 minggu
6.2.2.5	**GOL. AMINOGLIKOSIDA**				
	a. Amikasin sulfat Hanya digunakan untuk infeksi oleh bakteri gram negatif yang resisten terhadap gentamycin	Inj 250 mg, vial @ 2 mL	1. Amikasin	-	
	b. Gentamicin	Inj 40 mg/ml, amp @ 2 mL	1. Gentamicin 2., Ottogenta Inj	Indofarma Otto	

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	c. Streptomisin	Serb inj 1000 mg (sbg Sulfat) vial @ 1 mL	1. Streptomycin Meiji	Meiji	
6.2.2.6	**QUINOLON**				
	a. Ciprofloxacin (Tidak diberikan untuk anak usia <18 tahun, ibu hamil dan ibu menyusui)	Tab Scored 500 mg	1. Ciprofloxacin	1. Bernofarm 2. Hexapharm 3. Novell	
		Vial 200 mg/100 mL	1. Ciprofloxacin	1. Quantum 2. Hexpharm	4 btl/hari
	b. Levofloxacin (Tidak diberikan untuk anak usia <18 tahun, ibu hamil dan ibu menyusui)	Tab 500 mg	1. Levofloxacin	1. Novell 2. Nulab Guardian 3. Bernofarm	10 hari
		Vial 5 mg/mL x 100 mL	1. Levofloxacin	1. Novell 2. Bernofarm 3. MBF 4. Hexpharm	10 hari
	c. Ofloxacin (Tidak diberikan untuk anak usia <18 tahun, ibu hamil dan ibu menyusui)	Tab 200 mg	1. Ofloxacin	1. Novell	10 hari
		Tab 400 mg	1. Ofloxacin	1. Novell	10 hari
6.2.2.7	Lincosamid				
	a. Klindamisin	Kaps 150 mg	1. Clindamisin 150 mg	1. Novell 2. Indofarma	4 kaps/hari selama 5 hari kecuali utk toksoplasmosis selama 6 minggu
		Kaps 300 mg	1. Clindamisin 300 mg	1. Novell 2. Bernofarm 3. Indofarma 4. Mersi	- 4 kaps/hari selama 5 hari kecuali utk toksoplasmosis selama 6 mgg - Untuk abses paru atau empiema: 3-4 kaps/hari selama 14 hari

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	b. Lincomycin	Tab 500 mg	1. Lincomycin	1. Phapros 2. Indofarma	
6.2.2.8	LAIN-LAIN				
	a. Fosfomycin Trometamol Hanya untuk wanita hamil dengan Infeksi Saluran Kemih (ISK) tanpa komplikasi dan dibuktikan dengan hasil kultur	1. Granula 3 g	1. Fosfomycin Trometamol		
	b. Meropenem - Diberikan atas persetujuan KFT/KPRA/pimpinan RS untuk antibiotik lini ketiga (*reserved antibiotic*) pada infeksi oleh kuman poenghasil ESBL	Serb Inj 500 mg	1. Meropenem Inj 0.5 g	1. Dexa Medika 2. Bernofarm	- Febrille Neutropenia : 1-3 g/hari, sampai ANC diatas 500 mm3
	- Tidak untuk profilaksis prabedah	Serb Inj 1000 mg	1. Meropenem Inj 1 g	1. Bernofarm 2. Dexa Medika 3. MBF 4. Hexpharm 5. Quantum	Sepsis dan Infeksi berat mengancam jiwa : - Dosis 1 - 3 g/hari sampai diperoleh hasil kultur, maks 7 hari - Setelah hasil kultur diperoleh maka digantikan dg antibiotik lini pertama atau spektrum sempit yg masih efektif - Meropenem hanya dapat dilanjutkan apabila hasil kultur yang diambil dari tempat yang dicurigai sebagai sumber infeksi menunjukkan bahwa bakteri penyebab hanya sensitif terhadap meropenem
	c. Metronidazol	Tab 500 mg	1. Metronidazol Tab 500 m	1. Bernofarm 2. Indofarma	Untuk infeksi akibat bakteri anaerob, dapat diberikan maks 2 minggu/kasus

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
					kecuali pada kasus abses paru, otak, hepar dan organ lain disesuaikan dengan kebutuhan pasien
		Susp 125mg/5 mL	1. Metronidazol Sirup	1. Bernofarm	Untuk infeksi akibat bakteri anaerob, dapat diberikan maks 2 minggu/kasus kecuali pada kasus abses paru, otak, hepar dan organ lain disesuaikan dengan kebutuhan pasien
		Inf 5 mg/mL	1. Diazol Infus 2. Metronidazol Infus	1. Bernofarm 2. Dexa Medica 3. Darya Varya 4. Quantum	3 botol/hari
		Ovula 500 mg	1. Vagizol Ovula	1. Kimia Farma	
		Ovula Metronidazol 500 mg + nyst	2. Vagistin Ovula	2. Combipharm	Maks 15 ovula/kasus
	d. Pirimetamin Dalam bentuk kombinas dengan sulfadiazin atau klindamisin dan leucovorin untuk toksoplasmosis serebral/retinitis pada pasien *immunocompromised*	Tab 25 mg			
	e. Sulfadiazin	Tab 500 mg			
	f. Vankomisin Diberikan atas persetujuan KFT/KPRA/pimpinan RS untuk antibiotik lini ketiga (*reserved antibiotics*) pada infeksi oleh kuman MRSA atau MRSE positif (dibuktikan dengan hasil kultur)	Serb Inj 500 mg		-	Maks 10 hari/kasus
6.3	**ANTIIINFEKSI KHUSUS**				
6.3.1	Anti Lepra				
	a. DapsonTab 100 mg	Tab 250 mg	1. Salofalk		

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	b. Klofazimin	Kaps dalam minyak 50 mg			
		Kaps dalam minyak 100 mg			
	c. Rifampicin	Kap 300 mg	1. Rifampicin	Indofarma	
		Kap 450 mg	1. Rifampicin	Indofarma Kimia Farma	
		Kap 600 mg	1. Rifampicin	1. Indofarma 2. Bernofarm	
6.3.2	**Antituberkolosis** a) Disediakan oleh program Kemenkes b) Penggunaan sesuai dengan Program Nasional Pengendalian TB				
	a. Isoniazid	Tab 100 mg Dapat digunakan untuk profilaksis TB pada anak	1. Isoniazid	Kimia Farma	10 mg/kg BB Maks 6 bulan setiap hari
		Tab 300 mg Dapat digunakan untuk profilaksis TB pada ODHA dewasa	1. Isoniazid	Kimia Farma	1 tab (300 mg)/hari, maks 6 bulan
	b. OAT KDT kategori I : Panduan dalam bentuk kombinasi dosis tetap (KDT/FDC) untuk dewasa terdiri dari :				Digunakan pada : - Pengobatan TB tahap awal : 1 Tablet/15 kg bb, maks selama 2 bulan pertama - Pengobatan TB tahap lanjutan: 1 tab/15 kgBB, maksimal selama 4 bulan tahap lanjutan, pemberian 3x seminggu - Dapat diperpanjang bila perlu
	4 KDT (FDC) mengandung : 1. Rifampicin 150 mg 2. isoniazid 75 mg 3. Pirazinamida 400 mg 4. Ethambutol 275 mg	Tab	KDT	Dinkes	

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	2 KDT (FDC) mengandung: 1. Rifampicin 150 mg 2. isoniazid 150 mg	Tab	KDT	Dinkes	Digunakan pada : - Pengobatan TB tahap awal : 1 Tablet/15 kg bb, maks selama 2 bulan pertama - Pengobatan TB tahap lanjutan: 1 tab/15 kgBB, maksimal selama 4 bulan tahap lanjutan, pemberian 3x seminggu - Dapat diperpanjang bila perlu
	c. Obat KDT kategori 2 : Panduan dalam bentuk kombinasi dosis tetap (KDT/FDC) untuk dewasa terdiri dari : 4 KDT (FDC) mengandung : 1. Rifampicin 150 mg 2. isoniazid 75 mg 3. Pirazinamida 400 mg 4. Ethambutol 275 mg	Tab	KDT	Dinkes	Digunakan pada : - Pengobatan TB tahap awal : 1 Tablet/15 kg bb, maks selama 3 bulan pertama - Pengobatan TB tahap lanjutan: 1 tab/15 kgBB, maksimal selama 5 bulan tahap lanjutan, pdiberikan bersamaan dengan ethambutol 3x seminggu
	2 KDT (FDC) mengandung: 1. Rifampicin 150 mg 2. isoniazid 150 mg Ethambutol 400 mg Streptomycin serb inj 1,000 mg d. OAT KDT Kategori Anak	Tab	KDT	Dinkes	Digunakan pada : - Pengobatan TB tahap awal : 1 Tablet/15 kg bb, maks selama 2 bulan pertama - Pengobatan TB tahap lanjutan: 1 tab/15 kgBB, maksimal selama 4 bulan tahap lanjutan, pemberian 3x seminggu - Dapat diperpanjang bila perlu

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	Panduan dalam bentuk kombinasi dosis tetap (KDT/FDC) untuk anak terdiri dari :				
	3 KDT (FDC) Mengandung : 1. Rifampicin 75 mg 2. isoniazid 50 mg 3. Pirazinamida 150 mg	Tab	KDT	Dinkes	Digunakan pada pengobatan TB tahap awal. 1 tab/5-8 kg/BB, maks 2 bulan pertama, pemberian setiap hari
	2 KDT (FDC) mengandung: 1. Rifampicin 75 mg 2. isoniazid 50 mg	Tab	KDT	Dinkes	Digunakan pada : - Pengobatan TB tahap lanjutan : 1 Tablet/5-8 kg bb, maks selama 4 bulan tahap lanjutan, pemberian setiap hari
	e. OAT Kombipak kategori I Diberikan untuk pasien TB yang tidak bisa menggunakan OAT bentuk FDC/KDT *Panduan dalam bentuk paket Kombipak untuk dewasa terdiri dari :*	Tab	KDT	Dinkes	
	Kombipak II terdiri dari : 1. Rifampicin 450 mg 2. Isoniazida 300 mg 3. Pirazinamida 500 mg 4. Ethambutol 250 mg				Digunakan pada : - Pengobatan TB tahap awal : Kategori I : Maks 448 (56 blister) selama 2 bulan pertama pemberian setiap hari
	Kombipak III terdiri dari : 1. Rifampicin 450 mg 2. Isoniazida 300 mg				Digunakan pada pengobatan TB tahap lanjutan Kategori I : Maks 448 (48 blister Kombipak III) pemberian 3x seminggu
	f. OAT Kombipak Kategori Anak	Tab	KDT	Dinkes	Digunakan pada Pengobatan TB tahap awal :

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	Diberikan untuk pasin TB yang tidak bisa menggunakan OAT bentuk FDC/KDT				Maks 280 tab (28 sachet Kombipak A) selama 2 bulan pertama pemberian setiap hari
	Panduan dalam bentuk paket Kombipak untuk anak terdiri dari : Kombipak A terdiri dari : 1. Rifampicin 75 mg 2. Isoniazida 100 mg 3. Pyrazinamid 200 mg				Digunakan pada Pengobatan TB tahap lanjutan :
	Kombipak B terdiri dari : 1. Rifampicin 75 mg 2. Isoniazida 100 mg				Maks 336 minggu tab selama 4 bulan lanjutan pemberian setiap hari
	g. Pyrazinamide - Hanya dapat diberikan di Faskes Tk. 2 dan 3, sesuai dengan SK Penetapan Rumah Sakit dan Balai Kesehatan Pelaksana Layanan Tuberkulosis Resisten Obat. (Kemenkjes No. HK.01,07/MENKES/350/2017) - Hanya digunakan untuk paduan pada TB Resisten Obat	tab 500 mg	1. Pyrazinamide	Kimia Farma	
	h. Streptomycin - Digunakan untuk paduan OAT kategori 2, tahap awal - Untuk kombinasi pengobatan pasien TB kambuh BTA (+) - Digunakan untuk paduan pengobatan TB Resisten Obat	Vial 1 g	1. Streptomycin Sulphate	Meiji	- 15 mg/kgBB maks 2 bulan pertama pemberian setiap hari -untuk TB RO: 12-18 mg/kgBB maks 8 bulan

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
6.3.3	**ANTISEPTIK SALURAN KEMIH**				
	a. Pipemidic acid	Tab 400 mg	1. Urotractin	1. Sanbe	28 kap/kasus
	b. Metenamin Mandelat (Heksamin Mandelat)	Tab sal enterik 500 mg			
	c. Propiverine Hydrochlorida	Tab 15 mg	1. Mictonorm	1. Phapros	
6.4	**ANTIFUNGI**				
6.4.1	Antifungi Sistemik				
	a. Amfoteresin B	Inj 5 mg/mL (iv)			
	b. Fluconazole	Kap 50 mg	1. Fluconazole	Kimia Farma	
	- Digunakan untuk kandidiasis sistemik/pada		2. Zemyc	Pharos indonesia	
	pasien *immunocompromised*	Kap 150 mg	1. Fluconazole	Kimia Farma	
	- Digunakan untuk berbagai bentuk kriptokokosis		2. Zemyc	Pharos indonesia	
		Inj 200 mg/100 mL vial @ 100 mL	1. Fluconazole	1. Novell	
			2. Fluconazole	2. Bernofarm	
	c. Griseofulvin	Tab 125 mg	1. Griseofulvin	1. Indofarma	
		Tab 500 mg	1. Griseofulvin	1. Prafa	
	d. Itraconazole	Kap 100 mg	1. Itraconazole	Bernofarm	
	- Hanya untuk aspergilosis, onikomikosis, *deep mycosis* yang dibuktikan dengan hasil pemeriksaan kultur - Untuk histoplasmosis, penegakan diagnosis melalui pemeriksaan biopsi sumsum tulang, organ yang diduga terinfeksi atau kultur darah - Tidak diberikan bersama dengan obat lain yang terbukti dapat berinteraksi dengan itraconazol				
	e. Ketoconazole Dapat digunakan untuk kasus-kasus spesialistik	Tab 200 mg	1. Ketokonazol	1. Hexapharm Jay	Maks 30 tab/kasus
		Krim 2%, tube @ 10 g	1. Ketokonazol	Droping Lafiau	
			2. Ketokonazol	Hexapharm	

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	h. Kombinasi Nystatin 10.000 IU Zink Oxyde 200 mg	Salep Tube 10 g	1. Myco Z Oint	Taisho	
	f. Nystatin	a. Suspensi 100.000 UI/mL btl 12 mL (Untuk infeksi jamur oral)	1. Nyndia	Guardian	2 btl/kasus untuk 1 minggu
		b. Tab sal gula 500.000 IU	1. Nystatin Tab	1. Phapros	30 tab/bulan
	g. Terbinafin	tab 250 mg			
6.5	**ANTI PROTOZOA**				
6.5.1	**ANTI AMUBIOSIS DAN ANTIGIARDIASIS**				
	a. Kombinasi Metronidazole 500mg, Nystatin 100.000iu	Ovula	1. Vagistin	Combifarm	3 ovula
	b. Metronidazole	Tab 500 mg	1. Metronidazole	Bernofarm	
		Lar. Infus 5 mg/mL	1 Metronidazol 2. Diazol	1. Novell 2. B Braun	3 btl/hari
6.5.2	**ANTI MALARIA** *Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes*				
	a. Artesunat	Inj 60 mg/mL (iv/im)	1. Artesunat	Dinkes	
	- Diberikan pada malaria berat/dapat diberikan pra rujukan				
	- Hanya dapat diberikan di puskesmas perawatan atau untuk 1 kali pemberian atau untuk 1 kali pemberian pada malaria berat yang segera dirujuk ke Faskes Tk. 2				
	Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes b. Doxycycline	Kap 100 mg	1. Doxycycline	Kimia Farma	
	c. Kombinasi KDT/FDC mengandung :	Tab			

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	1. Artemether 20 mg 2. Lumefantrin 120 mg Terapi lini pertama untuk malaria falsiparum *Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes*				
	d. Kombinasi KDT/FDC mengandung : 1. Dihidroartemisinin 40 mg 2. Piperakuin 320 mg *Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes*	Tab			
	e. Quinin	Tab 200 mg Untuk terapi lini kedua pada malaria	1. Quinin	Dinkes	
		Inj i.v.25%,amp @ 2 mL Hanya digunakan untuk malaria dengan komplikasi/malaria berat		Dinkes	
	Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes f. Primaquin	Tab 15 mg	1. Primaquin	Dinkes	
6.6 **6.6.1**	**ANTI VIRUS** **ANTI HERPES** a. Acyclovir	Tab/kap 200 mg	1. Acyclovir	1. Fahreinheit 2. Kimia Farma 3. Novell	
		Tab 400 mg	1. Acyclovir	1. Hexpharm 2. Kimia Farma 3. Novell	
		Cream kulit	1. Acyclovir	Indofarma	2 tube
	b. Methisoprinol	Tab 500 mg	1. Methisoprinol		6 tab
		Syr. 250 mg/5 mL, 60 mL	1. Methisoprinol		1 btl

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	c. Valasiklovir	Tab 500 mg			
6.6.2	**OBAT ANTI SITOMEGALOVIRUS (CMV)** Hanya untuk pasien Immunocompromised (CD 4 <100) serta dibuktikan ada kelainan organik (retinitis CMV/CMV serebral). Untuk transplantasi organ dari donor yang menderita CMV				
	a. Gansiklovir	Serb inj 500 mg			
	b. Valgansiklovir - Untuk profilaksis pada donor positif-resipen negatif atau donor positif-resipien positif - Kadar transaminase serum dalam batas normal	tab sal 450 mg			
6.6.3	Antiretroviral				
6.6.3.1	*Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor* (NRTI) *Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes*				
	a. Kombinasi KDT/FDC mengandung: Zidovudine 300 mg Lamivudine 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	Tab	1. Duviral	Dinkes	
	b. Kombinasi KDT/FDC mengandung : - Tenovofir 300 mg - Emtrisitabin 200 mg Dapat diberikan oleh Faskes Tk.I yang meiliki kemampuan pengobatan antiretrovital dengan persyaratan memiliki SK penunjukkan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat	 Tab Tab			
	c, Lamivudin	tab 150 mg			

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	Dapat diberikan oleh Faskes Tk.I yang meiliki kemampuan pengobatan antiretrovital dengan persyaratan memiliki SK penunjukkan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat				
	d. Tenofovir Dapat diberikan oleh Faskes Tk.I yang meiliki kemampuan pengobatan antiretrovital dengan persyaratan memiliki SK penunjukkan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat	Tab 300 mg			
	e. Zidovudin Dapat diberikan oleh Faskes Tk.I yang meiliki kemampuan pengobatan antiretrovital dengan persyaratan memiliki SK penunjukkan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat	Tab 100 mg			
6.6.3.2	*Non Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor* (NNRTI) *Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes*				
	a. Efavirenz Dapat diberikan oleh Faskes Tk.I yang meiliki kemampuan pengobatan antiretrovital dengan persyaratan memiliki SK penunjukkan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat	tab/kaps 200 mg tab/kaps 600 mg			
	b. Nevirapin Dapat diberikan oleh Faskes Tk.I yang meiliki kemampuan pengobatan antiretrovital dengan persyaratan memiliki SK penunjukkan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat	tab 200 mg			

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
6.6.3.3	*Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor* (NRTI)+Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NNRTI) *Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes* a. Kombinasi KDT/FDC mengandung: - Tenofovir 300 mg - Lamivudine 300 mg - 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 b. Kombinasi KDT/FDC (anak) mengandung: - Zidovudin 60 mg - Lamivudine 30 mg - Nevirapin 50 mg 1. Terapi awal dilakukan di Faskes Tk 2 dan 3 2. 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	 tab tab *dispersible*			
6.6.3.4	*Protease Inhibitor* *Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes* a. Kombinasi KDT/FDC (LPV/r) mengandung: - Lopinavir 200 mg - Ritonavir 50 mg 1. Hanya digunakan sebagai lini kedua terapi antiretroviral 2. 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	 tab			

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
6.6.3.5	*Integrase Inhibitor* *Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes* a. 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	tab 50 mg			
6.6.3.6	*Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor* (NRTI) + *Integrase Inhibitor* *Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes* a. Kombinasi KDT/FDC mengandung: - Tenofovir 300 mg - Lamivudine 300 mg - Dolutegravir 50 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	tab			
6.6.4	**ANTI HEPATITIS**				
	a. Adefovir dipivoxil diberikan pada : 1) Pasien Hepatitis B kronik HBeAg negatif, dengan DNA HBV rendah dan ALT tinggi 2) Pasien dengan riwayat gagal terapi dgn pemberian analog nukleosida 3) Hanya diberikan oleh KGEH atau dokter spesialis Penyakit Dalam **Tidak diberikan pada :** 1) Pasien Hepatitis B kronik dengan gangguan ginjal	Tab 10 mg	1. Hepsera		30 tab/bln, dievaluasi setiap 6 bulan

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	2) Pasien dalam pengobatan adefovir yang tidak menunjukkan respon pada minggu ke 12 sampai 24				
	b. Lamivudin Hanya diberikan oleh KGEH atau spesialis anak KGEH atau dokter Spesialis Penyakit Dalam dengan melampirkan : 1) Hasil pemeriksaan HBeA 2) Pemeriksaan ALT meningkat 2x di atas batas atas normal dalam 3 bulan, atau 3) Histologi/*transient elastography* atau *AST Platelet Ratio Index* (APRI) sesuai minimal dengan F2 4) Pengobatan dihentikan apabila terjadi serokonversi HBsAg 5) Apabila HBV DNA setelah 6 bulan masih positif harus ditambahkan atau digantikan obat lain	Tab 100 mg	1. Heplav	Kimia farma	
	c. Pegylated interferon alfa - 2a 1) Digunakan bersama dengan ribavirin untuk pasien hepatitis C genotipe 1. 2 atau 3 yang *compensated* 2) Untuk pasien hepatitis B dengan HBeAg-positif dan HBeAg-negatif 3) Hanya boleh diresepkan oleh KGEH	Inj 135/0,5 mL Inj 180 mcg/0.5 mL			
	d. Pegylated Interferon -2b Dapat digunakan untuk hepatits B dan C 1) Digunakan bersama dengan ribavirin untuk pasien hepatitis C genotipe 1. 2 atau 3 yang *compensated* 2) Hanya boleh diresepkan oleh KGEH	Serb inj 50 mcg/mL Serb inj 80 mcg/mL Serb inj 100 mcg/mL			
	e. Ribavirin	Tab sal selaput 200 mg			

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	1) Digunakan bersama pegylated interferon alfa-2a untuk hepatitis C genotipe 1, 2 atau 3 yang *compensated*				
	2) Digunakan bersama pegylated interferon alfa-2b untuk hepatitis C genotipe 1, 2 atau 3 yang *compensated*				
	3) Diberikan oleh KGEH atau dokter spesialis penyakit dalam				
	f. Telbivudin 1) Hanya untuk pasien Hepatitis B kronik. Diagnosis ditegakkan berdasarkan hasil pemeriksaan HBV-DNA 2) Pengobatan dihentikan apabila serokonversi HBsAg 3)Apabila HBV DNA setelah 6 bulan masih positif harus ditambahkan atau digantikan obat lain 4) Hanya diberikan KGEH atau spesialis anak KGEH atau dokter spesialis Penyakit Dalam	Tab 600 mg			
	g. Tenofovir 1) Hanya untuk pasien Hepatitis B kronik. Diagnosis ditegakkan berdasarkan hasil pemeriksaan HBV-DNA 2) Hanya diberikan KGEH atau dokter spesialis Penyakit Dalam 3) Tidak diberikan untuk pasien < 18 tahun	Tab sal selaput 300 mg			
6.6.5	**PRO-DRUG PENGHAMBAT NEURAMINIDASE**				
	a. Oseltamivir	Tab 75 mg	1. Oseltamivir	Indo Farma	20 Tab selama 10 hari
6.6.6	**PRO DRUG FAVIPIRAVIR-RTP**				
	a. Favipiravir	Tab 200 mg	1. Favipiravir 2. Avigan	Kimia Farma Beta Pharmacon I	Hari 1 16 tab hari 2 - 5 6 tab
6.6.7	**ANALOG NUKLEOTIDA ADENIN**				
	a. Remdesivir	Inj 100mg	1. Desrem 2. Covipor 3. Cipremi	Indofarma Kalbe farma Soho	

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
7	**ANTI MIGREN - VERTIGO**				
7.1	ANTIMIGREN				
7.1.1	PROFILAKSIS				
	a. Propranolol	tab 10 mg	1. Propanolol 2. Farmadral 10	1. Dexa Medixa 2. Farrenheit	
		Tab 40 mg	1. Propanolol	1. Dexa Medika	
	b. Valproat	Tab lepas lambat 250 mg	1 Valproic acid		60 tab/bulan
	Hanya digunakan pada pasien yang memiliki kontraindikasi atau gagal profilaksis dengan beta bloker	Tab lepas lambat 500 mg	1 Valproic acid		30 tab/bulan
7.1.2	SERANGAN AKUT				
	a. Ergotamin Hanya digunakan untuk serangan migren akut dan *cluster headache*)	Tab 1 mg (tatrat)	1. Ergotamin		8 Tablet perminggu
	b. Kombinasi KDT/FDC mengandung: - Ergotamin 1 mg - Kafein 50 mg	Tab 6 mg			8 Tablet perminggu
7.2	ANTIVERTIGO				
	a. Betahistine mesilat	Tab 6 mg - Hanya untuk sindrom Meniere's atau vertigo perifer	1. Betahistine M	Novell	Untuk vertigo perifer:
		- Untuk sindrom meniere atau vertigo non BPPV hanya di Faskes Tk. 2 dan 3	2. Vastigo	Dexa Medika	- BPPV : 1 minggu - Non BPPV : 30 tab/bulan
		Tab 24 mg - Hanya untuk sindrom Meniere's	1. Betaserc	Abbot	90 tab/bulan
	b. Cinnarizine	Tab 25 mg	1. Perifas		10 tab

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	c. Citicolin	Tab 500 mg	1. Citicolin 2. Naquacol 500	1. Bernofarm 2. Quantum	5 hari
		Inj 250 mg	1. Citicolin 2. Lancolin 3. Serfac	1. Bernofarm 2. Novell 3. Landson 4. Otto	5 hari
	d. Flunarizine	Tab 5 mg	1. Flunarizine	1. Bernofarm 2. Nulab	10 tab
8	ANTINEOPLASTIK, IMUNOSUPRESAN dan OBAT untuk TERAPI PALIATIF				
8.1	HORMON dan ANTIHORMON				
	a. Deksamethasone	tab 0,5 mg	1. Dexamethasone	1. kimia Farma 2. Indo Farma	
		Inj 5 mg/mL	1. Dexamethasone	1. kimia Farma 2. Indo Farma	
	b. Dienogest	tab 2 mg			30 tab/bulan selama maks 6 bulan
	c. Medroksi progesteron asetat	tab 100 mg Inj			
		50 mg/mL Inj			
		150 mg/mL			
	d. Methyl prednison	tab 4 mg	1. Methyl prednison	1. kimia Farma 2. Indo Farma	
		tab 16 mg	1. Methyl prednison	1. kimia Farma 2. Indo Farma	
8.2	IMUNOSUPRESAN				
	a. Metotrexat	tab 2,5 mg a. Untuk Imunosupresi b. Untuk pasien dengan luas *psoriasis* di atas 10%			
		Inj 2,5 mgmL (i.t)			

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
		a. Untuk penggunaan intratekal, hanya boleh digunakan sediaan *preservative free* b. Hanya boleh diresepkan oleh Konsultan Hematologi dan Onkologi Medik (KHOM) dan Dokter Spesialis Neurologi			
9.	**ANTI PARKINSON**		`		
	a. Kombinasi KDT/FDC mengandung : Levodopa 100 mg Benzerasid 25 mg	Tab	1. Levazide 2. Leparson		**120 tab/bln**
	Hanya diresepkan oleh dokter spesialis neurologi	Tab dispersible			120 tab/bulan
	b. Kombinasi KDT/FDC mengandung : Levodopa 100 mg Karbidopa 25 mh Entekapon 200 mg	Tab	1. Levazide 2. Leparson		**120 tab/bln**
	Hanya diresepkan oleh dokter spesialis neurologi	Tab			90 tab/bulan
	c. Pramipexole HCl Hanya diresepkan oleh dokter spesialis neurologi	Tab 0,125 mg Dosis 0,125 mg dapat juga digunakan untuk Restless Leg Syndrome (RLS)			60 tab/bulan
		Tab 0,375 mg	1. Sifrol ER	Boehringer L	30 tab/bln
		Tab 0,750 mg	1. Sifrol ER	Boehringer L	30 tab/bln
	d. Ropinirole	Tab prolonged release 2 mg	1. Requip	Glaxo	30 tab/bln
		Tab prolonged release 4 mg	1. Requip	Glaxo	30 tab/bln

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
		Tab prolonged release 8 mg	1. Requip	Glaxo	30 tab/bln
	e. Trihexyphenidyl HCl	Tab 2 mg	1. Trihexyphenidyl	1. Kimia Farma	**90 tab/bulan**
	1) Dapat digunakan pada gangguan ekstrapiramidal karena obat		2. Heximer	2. Mersi	
	2) Dalam penanganan gangguan ekstrapiramidal perlu dilakukan monitoring sesuai dengan Pedoman Penyelenggaraan Kesehatan Jiwa di fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer				
	3) Terapi awal dapat diberikan di puskesmas yang memiliki tenaga kesehatan terlatih dan mempunyai surat penugasan dari Kementrian Kesehatan				
10	**OBAT yang MEMPENGARUHI DARAH**				
10.1	**ANTI ANEMIA**				
	b. Ferro (II) sulfat 7 H2O	Tab salut selaput 300 mg	1. Sulfas Ferosus	Kimia Farma	
		Sir 15 mg/5 mL, btl @ 100 mL	1. Sangobion Kids		
		Drop 15 mg/mL, btl @ 15 mL	1. Ferriz	Nicholas	
	a. Folic Acid	Tab 1 mg	1. Asam Folat	FM	
		400 mcg	2. Folac	Otto	
		Tab 5 mg	1. Folic Acid	FM	
	f. Kombinasi : Fe Gluconate 250 mg Fol Acid 400 mcg Cooper sulfat 200 mg Mangan Sulfat 200 mcg B127.5 mcg Vit C 50 mg Sorbitol 25 mg	Kap	1. Emibion	Guardian	5 hari

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	c. *Low Molecule Iron* (III) *Sucrose* Hanya untuk kasus HD dengan defenisi zat besi dan kadar Hb < 10 g/cL	Inj 100 mg/5 mL, amp @ 5 mL	1. Rinofer	Fahrenheit	
	d. *Low molecular weight iron dextran* Hanya untuk kasus HD dengan defenisi zat besi dan kadar Hb < 10 g/cL	Inj 50 mg/mL			
	e. Vitamin B 12 (Cyanocobalamin)	tab 50 mcg	1. Vit B12 tab	FM	
		Inj 500 mg/mL	1. Vit B12 tab	FM	
10.2	**OBAT YANG MEMPENGARUHI KOAGULASI**				
	a.Traneksamic Acid Untuk pendarahan masif atau berpotensi perdarahan > 600 cc	Tab sal selaput 500 mg	1. Asam Traneksamat	Bernofarm	
		Inj 50 mg/mL	1. Asam Traneksamat	Bernofarm Novell	
		Inj 100 mg/mL	1. Asam Traneksamat	1. Novell 2. Bernofarm	
	b. Dabigatran eteksilat Untuk pencegahan VTE (*Venous Thrombo Embolism*) pada *hip* dan *knee reflesment*	Tab 75 mg	Pradaxa 75 mg	Boehringer	30 Kaps, pasca operasi
		Kaps 110 mg	Pradaxa 110 mg	Boehringer	30 Kaps, pasca operasi
		Inj 500 mg/5 mL. Amp @ 5 mL	1. Asam Tranexamat	1. Novell 2. Bernofarm	
	c. Enoxaparine Sodium 1. Bahan dasar terbuat dari babi	Inj 20mg/0,2mL syringe @ 0,2 mL	1. Lovenox	Actavis	2 vial/hari
	2. Dapat digunakan untuk tromboemboli dan sindrom koroner akut serta pencegahan *clotting* pada hemodialisis, pada *bedridden* post operasi, *medium* dan *high risk*	Inj 40mg/0,2mL syringe @ 0,4 mL	1. Lovenox	Actavis	2 vial/hari
		Inj 60mg/0,2mL syringe @ 0,6 mL	1. Lovenox	Actavis	2 vial/hari
	d. Phytomenadion (Vit K1)	Tab salut 10 mg	1. Vit K tab	Kimia Farma	

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
		inj 2 mg/mL dosis bayi baru lahir 1mg dosis bayi prematur 0,5 mg	1. Vit K	Phapros Kimia Farma	
		inj 10 mg/mL	1. Vit K inj	Kima Farma Phapros	
	e. Fondaparinux 1) Digunakan untuk tromboemboli dan sindrom koroner akut 2) Tidak digunakan sebelum dan selama prosedur intervensi Koroner Perkutan (IKP/PCI) pada pasien sindrom koroner akut (ACS) 3) Diberikan 6 jam setelah operasi ortopedi tungkai bawah dan tulang belakang dan operasi abdominal	Inj 2,5 mg, vizl @ 0,5 mL	1. Arixtra	Glaxo	1 vial/hari
	f. Heparin, Na (*non porcine*)	Inj i.v./s.k. 5000 IU/mL vial 10 mL	1. Heparin Sodium 2. Inviclot	Fahrenheit	Dosis sesuai dg target APTT (maks 20.000-40.000 IU/ hari
	i. Nadroparine (Bahan dasar terbuat dari babi) Untuk tromboemboli dan sindrom koroner akut	Inj 9500 Axa/mL, syringe @ 0,3 mL Inj 9500 Axa/mL, syringe @ 0,4 mL Inj 9500 Axa/mL, syringe @ 0,6 mL			
	j. Protamine sulfat	inj 10 mg/mL (iv)			
	k. Rivaroxaban	Tab sal 10 mg	1. Xarelto		a. Untuk knee replacement 12 tab/kasus

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
		(Untuk pencegahan VTE (Venus Thrombo Embolism) pada *hip* dan *knee replacement) repklacement surgery*			b. Untuk hip replecement 35 tab/kasus
		Tab sal 15 mg Untuk terapi DVT (*Deep Vein Thrombosis*)	1. Xarelto		42 tab/kasus
		Tab sal 20 mg Untuk terapi DVT (*Deep Vein Thrombosis*)	1. Xarelto		30 tab/bulan, maks 3 bulan
	I. Warfarin 1) Untuk pencegahan dan terapi tromboembolism	Tab scored 2 mg (garam Na/K)	1. Simarc 2	1. Fahrenheit	
	2) Dosis harian disesuaikan dengan target INR (2-3)				
10.3	OBAT UNTUK KELEBIHAN BESI				
	Deferoksamin Mesilat	Inj 500 mg		Dosis anak usia < 3 thn : 20 - 30 mg/kg BB/hari, maks 5-7 hari Dosis anak > 3 thn : 40-60 mg/kg BB/hari maks 5 -7 hari	
10.4	**HEMATOPOETIK**				
	a. Eritropoetin-alfa Hanya untuk penderita CKD dengan Stadium 4 dan 5 dengan dialisis (HD, CAPD) dengan kriteria berikut:	Inj 2.000 UI/mL	1. Epotrex 2. Hemapo	Novell	50 - 100 IU/KgBB diberikan maks 2 X seminggu

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	1) Kadar HB < 10 g/dL (terapi awal) dan 10-12 g/dL (terapi rumatan) 2) Kadar besi normal (SI > 60 mcg/dL) dan /atau indeks saturasi besi (SI/TIBCx100%)>20%	Inj 3.000 UI/mL	1. Epotrex 2. Hemapo	Kalbe	50 - 100 IU/KgBB diberikan maks 2 X seminggu
	b. Eritropoetin-beta Hanya untuk penderita CKD dengan kriteria berikut: 1) Kadar HB < 10 g/dL (terapi awal) dan 10-12 g/dL (terapi rumatan) 2) Kadar besi normal (SI > 60 mcg/dL) dan /atau indeks saturasi besi (SI/TIBCx100%)>20%	Inj 2.000 UI/0,3 mL	1. Recormon		50 - 100 IU/KgBB diberikan maks 2 X seminggu
11.	**PRODUK DARAH DAN PENGGANTI PLASMA**				
11.1	**PENGGANTI PLASMA DAN PLASMA EKSPANDER**				
	a. Albumin serum normal *(human* albumin)	Inj 5%, btl @ 50 mL 1) Untuk luka bakar tingkat dua (luas permukaan terbakar lebih dari 30%) dan kadar albumin < 2.5 g/dL 2) Untuk plasmaferesis	1. Plasbumin 5		Diberikan selama 24 jam Perhitungan kebutuhan albumin berdasarkan BB
		Inj 20%, btl @ 50 mL 1) Kadar albumin < 2.5 g/dL, dan/atau untuk kasus perioperatif, dan/atau untuk sindrom nefrotik 2) Hanya diberikan apabila terdapat kondisi pre syok atau syok dan/atau untuk kasus ascites yang masif/intens dengan penekanan organ pernafasan atau perut	1. Human Albumin 2. Plasbumin 20	Kimia Farma dipa	100 mL/hari, 300 mL/minggu
		Inj 25%, btl @ 20 mL	1. Plasbumin 25		100 mL/hari 300 mL/minggu

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
		1) Kadar albumin < 2.5 g/dL, dan/atau untuk kasus perioperatif, dan/atau untuk sindrom nefrotik 2) Hanya diberikan apabila terdapat kondisi pre syok atau syok dan/atau untuk kasus ascites yang masif/intens dengan penekanan organ pernafasan atau perut			
12	**DIAGNOSTIK**				
12.1	**BAHAN KONTRAS RADIOLOGI**				
12.1.1	**GASTROINTESTINAL**				
	a. Barium Sulfat (Gastrointestinal)	Serb 92 g/100 g Susp 95%	1. Barium Sulfat	-	
12.1.2	**INTRAVASKULER**				
	a. Iodiksanol	vial 320 mg iodium/ mL			
	b. Ioheksol	Inj 140-350 mg Iodium/mL Inj 240-350 mg Iodium/mL			
	c. Iopamidol	Inj 300-370 mg Iodium/mL			
	d. Iopromid	Inj 300-370 mg Iodium/ml			
12.1.2	**ULTRASOUND**				
	a. Galactose microparticle	200-400 mg micropart/mL			
	Dapat diberikan di Faskes Tk 1 yang memiliki fasilitas USG				

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
12.2	**TES FUNGSI**				
12.2.1	**MATA**				
	a. Natrium Fluoresin	Tetes mata 2,5 mg/mL			
		Inj 100 mg/mL Digunakan di fasilitas kesehatan dengan ketentuan : 1) Memiliki dokter yang kompeten untuk mengantisipasi reaksi anafilaksis			
		2) Memiliki alat untuk melakukan *Fundus Fluorescein Angigraphy* (FFA) dan/atau *Indocyanine Green* (ICG)			
	b. Tropikamid	1. Tetes mata 0,5%			
		1. Tetes mata 1%			
12.2.2	**KULIT**				
	a. Tuberculin *Protein Purified Derivate*	Inj 2 TU/0,1 mL	ppd	Biofarma	
12.3	LAIN-LAIN				
	a. k.y Jelly	Gel			
13	**ANTISEPTIK DAN DISINFEKTAN**				
13.1	**ANTISEPTIK**				

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	a. Hidrogen peroksida	Cairan konsentrat 3 % btl @ 100mL	1. Hidrogen Peroksida	Brataco	
	b. Kalium permanganat	Serb, utk dilarutkan sesuaidg konsentrasi 1/5.000 & konsentasi 1/10.000, @ 5g	1. Kalium - Permanganat		
	c. Klorheksidin Untuk diencerkan bila digunakan	Lar 15%	1. Hexadol	Otto	
	d. Povidon iodida	Lar 10%, btl @ 30mL	1. Povidon Iodine	ULP	
		Lar 10%, btl @ 60mL	1. Povidon Iodine		
		Salep 10% 5 gram	1. Betadine	MBF	
13.2	**DESINFEKTAN**				
	a. Etanol	Lar 70%, btl @ 100 mL	1. Alkohol 70%	ULP	
	b. Kalsium Hipochlorit	serb			
13.3	**LAIN-LAIN**				
	a. Paraformaldehyd	Lar buffer 10%		ULP	
		Tab 1 g		ULP	
14.	**OBAT dan BAHAN untuk GIGI**				
14.1	**ANTISEPTIK DAN BAHAN UNTUK PERAWATAN SALURAN AKAR GIGI**				
	a. Eugenol cairan	Cairan		ULP	
	b. Formokresol cairan	Cairan		ULP	
	c. *Gutta percha dan paper points*			ULP	

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	15-40 mm, 45-80 mm	15-40 mm 45-80 mm		ULP	
	d. Calsium hidroksida	Bubuk		ULP	
		Pasta		ULP	
	e. Klorfenol kamfer mentol (CHKM) cairan	Cairan		ULP	
	f. Klorheksidin	Larutan 0,2%	1. Hexadol	Otto	
	g. Natrium hipoklorit Untuk diencerkan	Cairan konsentrat 5%			
	h. Pasta pengisi saluran akar	Pasta			
	i. Kombinasi : 1. Dexametason 0.1 % 2. Thymol 5% 3. Paraklorfenol 30% 4. Caompor 64%	Cairan		ULP	
	j. Kombinasi : 1. Lidokain 2. Medisinal Creosote Phenol 3. Eugenol 4. Benzil Alkohol	Cairan		ULP	
	k. Povidon iodida	Lar kumur 1%	1. Povidon Iodine	ULP	
14.2	**ANTIFUNGI OROFARINGAL** a. Nistatin	Susp 100.000 IU/mL	1. Nyndia Drop	Guardian	
14.3	**OBAT UNTUK PENCEGAHAN KARIES**				
	a. Fluor tab 0,5 mg, kapl 1 mg, sed topikal	Tab 1 mg		ULP	
		Sediaan topikal			

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
14.4	**BAHAN TUMPAT**				
	a. Glass ionomer ART (Atraumatic Restorative Treatment) serbuk, lar, cocoa butter 5 g	serbuk larutan		ULP	
	b. Komposit resin	set		ULP	
14.5	**PREPARAT LAINNYA**				
	a. Anestetik lokal gigi kombinasi : Lidocain HCl 2%+epinephrine 1:80.000	Inj 2 mL	Pehacain Inj	Phapros	
	b. Articulating paper Kertas warna penanda oklusi			ULP	
	c. Etil Klorida semprot 100 mL	Semprot 100 mL		ULP	
	d. Lidocain inj 2%, Pasta 5%, Semprot 15%	Inj 2% Pasta 5% spray topical 15%		ULP	
	e. Pasta devitalisasi (non arsen)	Pasta		ULP	
	f. Ferraklirum	Cairan 1%		ULP	
	g. Kombinasi : 1. Triamcinolom Acetonida 2. Dimetilklortetrasiklin	Pasta		ULP	
	h. Surgical ginggival Pack	Pasta		ULP	
	a. Hydroxyethyl - starch BM 200.000 Untuk kekurangan cairan pada kasus hipovolemik Meningkatkan resiko kematian pada gagal ginjal kronik	Infus infus 6%, 500 mL	1. EAS Primer 2. Fimahes	Kalbe	4 btl/hari maks 2 hari

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	c. Koloid HES BM 130.000 Untuk kekurangan cairan pada kasus hipovolemik Meningkatkan resiko kematian pada gagal ginjal kronik	Larutan infus 6%, btl @ 500 mL	1. Venofundin		4 btl/hari maks 2 hari
	d. Koloid HES BM 40.000 Untuk kekurangan cairan pada kasus hipovolemik	Larutan infus 6%, btl @ 500 mL	1. Expafusin		4 btl/hari maks 2 hari
	e. Modified Fluid Gelatine BM 30.000 Untuk kekurangan cairan pada kasus hipovolemik	Larutan infus 4%, btl @ 500 mL	1. Gelafusal	Dexa Medika	4 btl/hari maks 2 hari
15	**DIURETIK dan OBAT untuk HIPERTROFI PROSTAT**				
15.1	**DIURETIK**				
	a. Furosemid	Tab 40 mg	1. Furosemide	1. Kimia Farma 2. Indofarma	90 tab/bulan
		Inj 10 mg/mL, amp @ 2 mL	1. Furosemide	1. Indofarma 2. Dexa Medica	
	b. HCT	Tab 12.5 mg	1. HCT	Kimia Farma	30 tab/bulan
		Tab 25 mg	1. HCT	Kimia Farma	30 tab/bulan
	c. Manitol	Lar infus 20% @ btl 500 mL	1. Otsu Manitol 20 2. Mannitol	Otsu Otsu	2 Btl/hari
	d. Spironolactone	Tab 25 mg	1. Spironolactone	1. Dexa Medika	Max 30 tab/bulan
		Tab 100 mg	1. Spironolactone	1. Dexa Medika	Max 30 tab/bulan
	e. Kombinasi : Spironolactone 25 mg+Thiabutazide 2,5 mg	Tab	1. Spironolakton 25 mg Thiabutazide 2,5 mg		Max 30 tab/bulan
	f. Amilorid	Tab 2.5 mg			30 tablet/bulan

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
15.2	**OBAT untuk HIPERTROFI PROSTAT**				
	a. Doksazosin mesilat	Tab 1 mg	1. Cardura	Pfizer Pfizer	30 tablet/bulan
		Tab 2 mg	1. Cardura	Astrazeneeca	30 tablet/bulan
	b. Dutasterid	Kap 0,5 mg	1. Avodart	Astellas	30 tablet/bulan
	c. Tamsulosin	Tab 0,2 mg	1. Harnal	Novell	30 tablet/bulan
		Tab SR 0,4 mg	1. Prostam	Dexa Medika	30 tablet/bulan
	d. Terazosin HCl Untuk hipertrofi prostat dengan hipertensi.	Tab 1 mg	1. Hytroz	Dexa Medika	30 tablet/bulan
		Tab 2 mg	1. Hytroz		30 tablet/bulan
	e. Finasterid	Tab 5 mg			30 tablet/bulan
16	**HORMON, OBAT ENDOKRIN LAIN dan KONTRASEPSI**				
16.1	**HORMON ANTIDIURETIK**				
	a. Desmopresin	Tab 0.1 mg Tab 0.2 mg			
	b. Vasopresin	Inj 20 IU/mL (im/sk)			
16.2	**ANTIDIABETES**				
16.2.1	**ANTIDIABETIK ORAL**			Dexa Medika	
	a. Acarbose	Tab 50 mg	1. Acarbose 50	Dexa Medika	90 tab/bulan
		Tab 100 mg	1. Acarbose 50	1. Indofarma	90 tab/bulan
	b.Glibenclamide	Tab 5 mg	1.Glibenclamide		Dosis maks 15 mg/hari, maks 90 tab/bulan

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	c. Glicazide	Tab 80 mg	1. Glucodex	Scan Tempo	60 tab/bulan
		Tab lepas lambat 60 mg	1. Diamicron MR	Prafa	30 Tablet/bulan
		Tab lepas lambat 30 mg	1. Diamicron MR	Prafa	30 Tablet/bulan
	d. Gliquidone	Tab 30 mg	1. Gliquidone	Dexa Medika	90 Tab/bulan
	c. Glimepiride	Tab 1 mg	1. Glimepiride	1. Dexa Medica 2. Hexpharm 3. Kimia Farma	60 tab/bulan
		Tab 2 mg	1. Glimepiride	1. Dexa Medica 2. Hexpharm 3. Kimia Farma	60 tab/bulan
		Tab 3 mg	1. Glimepiride	1. Dexa Medica 2. Hexpharm 3. Kimia Farma	60 tab/bulan
		Tab 4 mg	1. Glimepiride	1. Dexa Medica 2. Hexpharm 3. Kimia Farma	30 Tab/bulan
	e. Metformin	Tab 500 mg	1. Metformin	Hexapharm Jaya	120 tab/bulan
		Tab 850 mg	1. Metformin	Scan Tempo	60 tab/bulan
	f. Pioglitazon Tidak diberikan pada pasien dengan gagal jantung dan/atau riwayat keluarga bladder cancer	Tab 15 mg	Pioglitazon 15 mg	Dexa Medika	30 mg/tablet
		Tab 30 mg	Pioglitazon 30 mg	Yarindo	30 mg/tablet
	g. Sitagliptin 100mg a) Tidak digunakan sebagai lini pertama/terapi inisial.	tab sal selaput 100 mg	Januvia	Zuelling Farma	30 tab/bulan

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	b) Sebagai terapi tambahan pada metformin dan/atau sulfonilurea dengan dosis optimal yang masih dapat ditoleransi oleh pasien c) Tidak digunakan sebagai obat tunggal				
16.2.2	**ANTIDIABETIK PARENTERAL** Human Insulin	Inj 100 IU/mL (kemasan vial, *disposable cartridge, penfill cartridge*)	1. Humulin 30/70		Dalam kondisi tertentu, Dokter di Faskes Tk. 1 dapat melakukan penyesuaian dosis (titrasi) insulin basal hingga 20 IU/hari
	Wanita hamil yang memerlukan insulin maka diutamakan menggunakan *human* insulin a. Insulin Basal 1) Pasien Diabetes Melitus tipe 1 atau tipe 2 yang sudah diberikan kombinasi metformin dosisi optimal dan obat diabetes oral lainnya namun kadar glukosa darahnya belum terkendali (HbA1C > 7.5% atau gula darah rerata > 169 mg/dL) atau 2) Pasien diabetes melitus tipe 2 dengan kadar HbA1Cnya > 9% disertai gejala-gejala dekompensasi metabolik 3) Pemberian insulin pada (a) dapat dilanjutkan untuk pasien diabetes melitus tipe 2, jika insulin dibutuhkan untuk mempertahankan pengendalian glukosa darah				
	b. Insulin prandial	Inj 100 IU/mL (kemasan vial, *disposable cartridge, penfill cartridge*)			

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	c. Insulin Campuran (Mix Insulin)	Inj 100 IU/mL (kemasan vial, *disposable cartridge, penfill cartridge*)			
	1) 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 renta > 169 mg/dL)	CARTRIDGE @ 3 ML PREFILLED PEN (FLEXTOUCH)	1. Ryzodeg	Novo Nordisk	
	atau 2) Pasien diabetes melitus tipe 2 dengan kadar HbA1Cnya > 9% disertai gejala-gejala dekompensasi metabolik	Insulin degludec 2.56 mg, insulin aspart 1.05 mg			
	3) Pemberian insulin pada (a) dapat dilanjutkan untuk pasien diabetes melitus tipe 2, jika insulin dibutuhkan untuk mempertahankan pengendalian glukosa darah				
	4) Intermediate acting Inj 100 UI/mL (vial,cartridge disp, penfill cartridge) Untuk diabetes melitus tipe 1 atau tipe 2 yang tidak terkendali dengan golongan sulfonil urea dan oral diabetes tab	Inj 100 IU/mL, penfill @ 3 mL	1. Actrapid HM Penfill 2. Insulatard HM Penfill 3. Mixtard Hm Penfill		
	Analog Insulin a. Insulin Basal 1) 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 renta > 169 mg/dL)	Inj 100 IU/mL (kemasan vial, *disposable cartridge, penfill cartridge*)	1. Lantus Solostar Pen	Sanofi	Dalam kondisi tertentu, Dokter di Faskes Tk. 1 dapat melakukan penyesuaian dosis (titrasi) insulin basal hingga 20 IU/hari
	atau 2) Pasien diabetes melitus tipe 2 dengan kadar HbA1Cnya > 9% disertai gejala-gejala dekompensasi metabolik	Inj 300 IU/mL (kemasan vial, *disposable cartridge, penfill cartridge*)	2. Samsulin Log-G	Sanbe Farma	

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	3) Pemberian insulin pada (a) dapat dilanjutkan untuk pasien diabetes melitus tipe 2, jika insulin dibutuhkan untuk mempertahankan pengendalian glukosa darah				
	b. Insulin prandial	Inj 100 IU/mL (kemasan vial, *disposable cartridge, penfill cartridge*)			
	c. Insulin Campuran (Mix Insulin)	Inj 100 IU/mL (kemasan vial, *disposable cartridge, penfill cartridge*)			
	1) 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 renta > 169 mg/dL)				
	atau				
	2) Pasien diabetes melitus tipe 2 dengan kadar HbA1Cnya > 9% disertai gejala-gejala dekompensasi metabolik				
	3) Pemberian insulin pada (a) dapat dilanjutkan untuk pasien diabetes melitus tipe 2, jika insulin dibutuhkan untuk mempertahankan pengendalian glukosa darah				
		Rapid Insulin Analog Inj 100 IU/mL, Cartridge pen @ 3 mL	1. Humalog	Lily	
		Rapid Insulin Analog Inj 100 IU/mL, Flexpen pen @ 3 mL	1. NovoRapid FlexPen	Novo Nordisk	
		Rapid Insulin Analog Inj 100 IU/mL, vial @ 10 mL	1. NovoRapid Vial	Novo Nordisk	

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
		Mix Insulin Analog Inj 100 IU/mL, flexpen @ 3 mL	1. Novo Mix Flexpen	Novo Nordisk	
		Mix Insulin Analog Inj 100 IU/mL, cartridge @ 3 mL	1. Humalog Mix 25	Lily	
	d. Insulin Glargine 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). 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	Long Acting Insulin analog Inj 450 IU/1,5mL	1. Lantus XR	Sanofi	
16.3	**HORMON KELAMIN DAN OBAT YANG MEMPENGARUHI FERTILITAS**				
16.3.1	**PROGESTERON**				
	a. Allylestrenol	Tab 5 mg	1. Premaston 2. Nobor	Kalbe Guardian	10 tab
	b. Linestrenol	tab 5 mg			
	c. Medroxyprogesterone acetate Hanya untuk amenore sekunder, pendarahan uterus abnormal dan endometriosis	Tab. 5 mg	1. Medroxyprogesterone		30 tab/bulan
		Tab. 10 mg	1. Medroxyprogesterone		30 tab/bulan
		Inj 150 mg/mL			

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	d. Nomegrastol Asetat	Kaps 5 mg			
	e. Noretisteron Hanya untuk amenorea sekunder, pendarahan uterus abnormal dan endometriosis	Tab 5 mg	1. Norelut 2. Primolut N	Dexa Medika Bayer	30 tab/bulan
	f. Dydrogesterone	Tab. 10 mg Inj 150 mg/mL	1. Duphaston		10 tab
	g. Progesterone	Vaginal& Rectal supp. 200 mg	1. Cygest	Actavis	2 supp
	h. Estradiol Valerate+ Norgestrel	Tablet Selaput Gula	1. Cyclo Progynova	Bayer	1 box/ per bulan
16.3.2	**Kontrasepsi** **16.2.3.1 Kontrasepsi oral** 16.2.3.1.1 Desogestrel	Tab 75 mcg			
	16.2.3.1.2 Kombinasi KDT/FDC mengandung : catatan : Disediakan oleh program BKKBN	a. Desogestrel 150 mcg b. Etinilestradiol 30 mcg			
	16.2.3.1.3 Kombinasi KDT/FDC mengandung : catatan : Disediakan oleh program BKKBN	a. Levonorgestrel 150 mcg b. Etinillestradiol 30 mcg	Tab sal gula		
	16. 2.3.1.4 Linestrenol	Tab 0.5 mg			
	16.2.3.2 Kontrasepsi Parenteral 16.2.3.1.1 Kombinasi KDT/FDC mengandung : catatan : Disediakan oleh program BKKBN	a. Medroksi Progesteron Asetat 120 mg b. Estradiol Sipionat 10 mg	Inj depot 25 mg + 5 mg		
	16.2.3.1.2 Medroksi progesteron asetat catatan : Disediakan oleh program BKKBN	Inj 150 mg/mL			
	16.2.3.4 Kontrasepsi AKDR (IUD) catatan : Disediakan oleh program BKKBN	Copper T	Set		

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	16.2.3.5 Kontrasepsi Implan				
	16.2.3.5.1 Etonogestrol	Implan 68			
	16.2.3.5.2 Levonorgestrol	Implan 2 rods, 75 mg (3-4 tahun)			
16.3.3	**INDUKTOR OVULASI**				
	a. Clomiphene citrate	Tab 50 mg	1. Profertil	Kalbe	6 tab
16.3.4	Lain-lain				
	a. Bromokriptin Untuk hiperprolaktinemia dan hipogonadisme pada pria	Tab 2.5 mg	Cripsa	Sanbe	
16.4	**HORMON TIROID DAN ANTITIROID**				
16.4.1	**HORMON TIROID**				
	a. Karbimazol	Tab 5 mg	1. Neo-Mercazole	Nicholas	Untuk bulan pertama maks 180 tab/bln
	b. Levotiroxin tab	Tab 50 mcg	1. Euthyrox	Merck	Untik substitusib150-200 mcg/ hari. 90 tab/bulan
		Tab 100 mcg	1. Thyrax	Merck	60 tab/bulan
	c. Propylthiouracyl	Tab 100 mg	1. PTU	Kimia Farma Indo Farma	Untuk bulan pertama maks 180 tab/bulan
	d. Thiamazol	Tab 5 mg	1. Thyrozol 5 mg	Merck	120 tab/bulan
		Tab 10 mg	1. Thyrozol 10 mg	Merck	Untuk bulan pertama maksimal 90 tablet/bulan
	a. Natrium Tiroksin	Tab 0,1 mg	1. Thyrox		
16.4.2	**KORTIKOSTEROID**				

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	a. Dexamethasone	Tab 0,5 mg	1. Dexamethasone	Bernofarm	
		Inj 5 mg/mL, amp @ 1 mL	1. Dexamethasone	Bernofarm	
	b. Hidrokortison	Inj 100 mg Inj'	Cortison Inj	Bernofarm	
		Salep 1% Salep 2.5 %	Hidrokortison 1% Hidrokortison 2.5%	Hexapharm Jaya Bernofarm	
		Tab 20 mg			
	c. Methyl prednisolone	Tab 4 mg	1. Methylprednisolone	1. Bernofarm 2. Otto 3. MBF	
		Tab 8 mg	1. Methylprednisolone	1. Bernofarm 2. Otto 3. MBF	
		Tab 16 mg	1. Methylprednisolone	1. Bernofarm 2. Otto 3. MBF	
		Inj 125 mg Hanya digunakan untuk kasus spesialistik digunakan dalm waktu relatif singkat	1. Methylprednisolone	1. Dexa Medika 2. Bernofarm	
	d. Prednison	Tab 5 mg	1. Prednison	Indofarma	
	d. Triamcinolon acetonid	Tab 4 mg	1. Triamcinolon	Novell	
		Inj 10 mg/mL, 5 mL	1. Flamicort IA/ID	Dexa Medika	1 vial
17	**OBAT KARDIOVASKULER**				
17.1	**ANTI ANGINA**				
	a. Amlodipin HCl	Tab 5 mg	1. Amlodipin 5 mg	Scan Tempo	30 tab/bln

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	Untuk angina dengan bradiaritmia				
	b. Atenolol	Tab 50 mg	Betablok 50	Kalbe	30 Tablet/bulan
	c. Diltiazem HCl	Tab 30 mg	1. Diltiazem	Indo Farma	90 Tab/bulan
	d. Gliseril Trinitrat	Tab 2,5 mg	1. Nitrokaf Retard	Kimia Farma	90tab/bln
		Tab 5 mg	1. Nitrokaf Retard forte	Kimia Farma	90tab/bln
		Inj 10 mg/mL	1. Nitrocine		
	c. Isosorbid Dinitrat	Tab 5 mg	1. Isosorbid Dinitrat 2. Farsorbid 5	Indo Farma Fahrenheit	90 Tab/bulan
		Tab 10 mg	1. Isosorbid Dinitrat	Indo Farma Fahrenheit	90 Tab/bulan
		Inj 10 mg/10 mL, amp @ 10 mL (Sediaan injeksi untuk kasus rawat inap dan UGD	1. Farsorbid Inj 2. Cedocard inj	Fahrenheit Daria Varia	
17.2	**OBAT ARITMIA**				
	a. Adenosin 1) Digunakan untuk mengatasi SVT (dibuktikan dengan EKG) 2) Digunakan untuk uji pembebanan jantung	Inj 3 mg/ml	Adenosin inj		maks 5 ampul
	b. Amiodarone HCl	Tab 200 mg	1. Tyarit	Fahrenheit	30 Tablet/bulan
		Inj. i.v. 150 mg/3 mL Untuk kasus rawat inap	1. Kendaron 2. Tyarit Inj	Daria Varia Fahrenheit	
	c. Digoxin	Tab 0,25 mg	1. Digoxin 2. Fargoxin	Indo Farma Fahrenheit	30 Tablet/bulan

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
		Inj 0,5 mg/2 mL	1. Fargoxin	Fahrenheit	
	d. Diltiazem	Inj 50 mg	1. Herbesser	1. Tanabe	
	e. Lidocain	Inj 50 mg/mL (iv)			
	f. Propanolol	Tab 10 mg Untuk kasus-kasus dengan gangguan tiroid	Dopamin	Dexa Medika	90 tab/bulan
		Untuk tremor esensial, tremor distonia dan tremor holmes			
		Inj 1 mg/mL IV Hanya untuk krisis tiroid atau aritmia dengan palpitasi berlebihan			
	e. Verapamil Untuk aritmia supraventrikuler	Tab 80 mg	Verapamil 80 mg	Kimia Farma	90 Tab/bulan
		Inj 2,5 mg/mL			
17.3	**ANTIHIPERTENSI**				
17.3.1	**Antihipertensi Sistemik** Catatan : Pemberian obat antihipertensi harus didasarkan pada prinsip dosis titrasi, mulai dari dosis terkecil hingga tercapai dosis outcome tekanan darah terbaik				
	a. Amlodipin Besylate	Tab 5 mg	1. Amlodipin	Hexapharm Jaya Scan	30 tab/bln
		Tab 10 mg	1. Amlodipin	Hexapharm Jaya Scan	30 tab/bln

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	b. Atenolol	Tab 50 mg	1. Farnormin	1. Fahrenheit	30 tab/bln
		Tab 100 mg	1. Betablok	1. Kalbe	30 tab/bulan
	c. Bisoprolol Fumarate	Tab 2.5 mg	1. Concor 2.5	1. Merck	30 tab/bln
		Tab 5 mg	1. Bisoprolol	1. Novell 2. Fahrenheit	30 tab/bln
		Tab 10 mg			30 tab/bulan
	d. Diltiazem	Tab 30 mg	1. Diltiazem	Indofarma	
		Kap lepas lambat 100 mg	1. Herbesser CD	1. Tanabe	30 tab/bln
		Kap lepas lambat 200 mg	1. Herbesser CD	1. Tanabe	30 tab/bln
		Inj 25 mg/5 mL, vial @ 5 mL Untuk hipertensi berat atau angina pektoris pada kasus rawat inap	1. Farmabes 2. Herbesser	Fahrenheit Tanabe	4 amp/hari
		Inj 10 mg, amp untuk hipertensi berat			
		Inj 50 mg, amp @ 5 mL Untuk hipertensi berat atau angina pektoris pada kasus rawat inap	1. Farmabes 2. Herbesser	Fahrenheit Tanabe	4 amp/hari
	e. Doxasozin Mesylate	Tab 1 mg	1. Cardura	Pfizer	30 tab/bulan
		Tab 2 mg	1. Cardura	Pfizer	30 tab/bulan
	f. Hidroklorotiazid	Tab 25 mg	Hidroklortiazida	Lafia Kimia Farma	30 Tab/bulan
	g. Imidaril	Tab 5 mg	1. Tanapress	1. Tanabe	30 tab/bulan

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
		Tab 10 mg	1. Tanapress	1. Tanabe	30 tab/bulan
	h. Irbesartan	1. Tab 150 mg			30 tab/bulan
	Untuk pasien yang telah mendapat ACE inhibitor sebelumnya sekurang-kurangnya 1 bulan dan mengalami intoleransi terhadap ACE inhibitor yang dibuktikan dengan melampirkan resep sebelumnya	2. tab 300 mg			30 tab/bulan
	i. Candesartan Cilexetil	Tab 8 mg	1. Candesartan	1. Dexa Medika	30 tab/bln
	Untuk pasien yang telah mendapat ACE inhibitor sebelumnya sekurang-kurangnya 1 bulan dan mengalami intoleransi terhadap ACE inhibitor yang dibuktikan dengan melampirkan resep sebelumnya				
		Tab 16 mg	1. Candesartan	1. Dexa Medika	30 tab/bln
	i. Captopril tab	Tab 12,5 mg	1. Captopril	Indo Farma HexPharm Jaya	90tab/bln
		Tab 25 mg	1. Captopril	Indo Farma HexPharm Jaya	90 tab/bln
		Tab 50 mg	1. Captopril	Indo Farma HexPharm Jaya	90 tab/bln
	j. Clonidin	Tab 150 mcg	1. Clonidine	1. Kimia Farma	90 tab/bln
		Inj.I.m. 0,15 mg/mL	1. Catapres	2. Indo Farma Boehringer	2 amp/hari
	k. Klortalidon	Tab 50 mg			30 tab/bln
	l. Lisinopril	Tab 5 mg	1. Noperten	Dexa Medika	30 tab/bulan

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
			2. Lisinopril	Dexa Medika	
		Tab 10 mg	1. Noperten 2. Lisinopril	Dexa Medika Dexa Medika	30 tab/bulan
		Tab 20 mg	1. Lisinopril	Dexa Medika	30 tab/bulan
	m. Metildopa untuk hipertensi wanita hamil	Tab 250 mg	1. Dopamet	Actavis	90 tab/bulan
	n. Metoprolol Tartat Emergency Anastesi, krisis hipertiroid		Inj 1 mg/mL		
	o. Nifedipin	Tab 10 mg	1. Nifedipin	1. Indofarma 2. Kimia Farma	90 tab/bulan
		Tab lepas lambat 20 mg	1. Adalat Oros	Bayer	30 tab/bulan
		Tab lepa slambat 30 mg	1. Adalat Oros	Bayer	30 tab/bulan
	q. Nicardipin Hydrochlorida Untuk hipertensi berat pada kasus rawat inap	Inj 10 mg/10 mL, amp @ 10 mL	1. Nicardipine Inj	1. Darya Varia 2. Dexa Medica 3. Pratapa	
	r. Perindopril arginin	Tab 5 mg	1. Ramipril	1. Dexa Medika	60 tab/bulan
	s. Ramipril	Tab 2.5 mg	1. Ramipril	1. Dexa Medika	30 Tab/bln
		Tab 5 mg	1. Ramipril	1. Dexa Medika	30 Tab/bln
		Tab 10 mg	1. Ramipril	1. Dexa Medika	30 Tab/bln
	t. Telmisartan Digunakan hipertensi dengan nilai eGFR < 30 mL/menit/1,73 m²	Tab 40 mg	1. Telmisartan 2. Micardis	Telmisartan Boehringer	30 tab/bln
		Tab 80 mg	1. Telmisartan 2. Micardis	Telmisartan Boehringer	30 tab/bln

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	u. Valsartan Untuk pasien yang telah mendapat ACE inhibitor sebelumnya sekurang-kurangnya 1 bulan dan mengalami intoleransi terhadap ACE inhibitor yang dibuktikan dengan melampirkan resep sebelumnya	Tab 80 mg	1. Valsartan NI	Dexa Medika	30 tab/bln
		Tab 160 mg	1. Valsartan NI	Dexa Medika	30 tab/bln
	v. Verapamil Untuk aritmia supraventikuler	Tab 80 mg	1. Verapamil	1. Kimia Farma	90 tab/bulan
		Tab lepas lambat 240 mg			30 tab/bulan
		Injeksi 2,5 mg/mL			
17.3.1	**ANTIHIPERTENSI PULMONAL**				
	a. Beraprost Sodium Untuk hipertensi Pulmonal	Tab 20 mcg	1. Dorner	Astellas	90 tab/bln
	b. Sildenafil	Tab 20 mg a. Digunakan untuk Hipertensi Arteri Pulmonal (HAP) pada pasien dewasa. Diagnosis ditegakkan demgan *echocardiography* b. Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis jantung atau Bedah jantung	1. Sildenafil		90 tab/bln
		Sir kering 10 mgmL	1 sildenafil		5 btl/bulan

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
		a. Digunakan untuk Hipertensi Arteri Pulmonal (HAP) pada pasien dewasa. Diagnosis ditegakkan demgan *echocardiography* b. Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Anak konsultan jantung atau spesialis jantungb dan pembuluh darah			
17.4	**ANTIAGREGASI PLATELET**				
	a. Acid Acetyl Salicylate (Acetosal)	Tab 80 mg	1. Miniaspi	Mersi	30 tab/bulan
		Tab/tab salut enterik 100 mg	1 Aptor	Nicholas	30 tab/bulan
	b. Clopidogrel 1) Diberikan pada pasien yang direncanakan untuk dilakukan prosedur PCI elektif	Tab 75 mg	1. Clopidogrel	1. Hexpharm	Diberikan 1 x 75 mg selama 10 hari sebelum PCI/katerisasi dan dilanjutkan dosis rumatan (*maintenance) 1x75* mg/hari maks selama 12 bulan
	2) Diberikan pada pasien yang akan dilakukan prosedur *primary* PCI atau *early* PCI			2. Dexa M	Diberikan *loading dose* 600 mg pre tindakan dilanjutkan dengan dosis rumatan (*maintenance*) 1x75 mg/hari maks selama 12 bulan
	3) Pasien yang menderita *Recent Myocardia nfarction, Ischaemic Stroke* atau E*stablished Peripheral Arterial Disease* (PAD)			3. MBF	Diberikan 1 x 75 mg maks selama 12 bulan
	4) Pasien yang menderita sindrom koroner akut : NON STEMI (Unstable angina) dan STEMI		2. Platogrix	Sanofi	Diberikan 1 x 75 mg maks selama 12 bulan

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	5) Hati - Hati interaksi obat pada pasien yang menggunakan obat-obat golongan *pompa pump inhibitor* (PPI)	Tab sal selaput 300 mg Hanya untuk *loading dose* pada pasien yang menjalani *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI)			
	6) Lazimnya Clopidogrel diberikan bersama dengan antiplatelet aspirin atau antiplatelet lainnya dosis rendah				
	c. Cilostazol Hanya dapat diresepkan oleh SpPD atau SpJP atau SpBV atau SpB-TKV atau SpS	Tab 100 mg Hanya untuk kasus *Peripheral Artherial Disease* (PAD) atau pasien yang terbukti telah resisten terhadap asam asetil salisilat yang ditunjukkanndengan hasil pemeriksaan resistensi asam asetilsalisilat	1. Cilostazol	1. Bernofarm	60 tab/bln
	d. Tikagrelor Untuk pasien kasus PCI dengan *Acute Coronary Syndrome* (ACS)	Tab 90 mg	1. Brilinta	1. Astra Z	60 Tab/bulan, maks 1 tahun
17.5	**TROMBOLITIK**				
	a. Alteplase 1) Kontraindikasi : tidak digunakan untuk stroke iskemik dengan riwayat perdarahan intrakranial dan cedera kepala berat dalam waktu 3 bulan terakhir, operasi mayor dalam waktu 3 bulan terakhir, riwayat gangguan koagulasi, hipertensi yang tidak terkendali	Serb Inj 50 mg	1. Aktilise	Boehringer	
	2) Hanya untuk Infark miokard akut dengan onset < 12 jam 3) Hanya untuk Stroke non hemoragik dengan onset < 4,5 jam				

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	4) Dapat diberikan di Faskes Tk. 2 yang memiliki fasilitas ICCU/ICU/Unit Stroke				
	b. Streptokinase	Serbuk inj 1.500.000 IU, vial @1m	1. Streptase	1. Dexa Medika	1 vial/kasus
	1) Kontraindikasi : tidak boleh diberikan jika ditemukan kontraindikasi fibrinolitik antara lain: riwayat stroke hemoragik atau riwayat stroke iskemik dalam 6 bulan terakhir, AV, tumor otak, trauma kepala, perdarahan aktif gastrointestinal, pasca operasi besar dalam 3 bulan dan diseksi aorta				
	2) Infark Miokard akut dengan onset < 12 jam				
	3) Dapat diberikan di Faskes Tk.2 yang memiliki fasilitas ICCU/ICU/unit stroke				
17.6	**OBAT untuk GAGAL JANTUNG**				
	a. Bisoprolol Hanya untuk gagal jantung kronis dengan penurunan fungsi ventrikel kiri sistolik yang sudah terkompensasi	Tab 1.25 mg	1. Concor	Merck	30 tab/bulan
		Tab 2,5 mg	1. Concor	Merck	30 tab/bulan
		Tab 5 mg Tab 10 mg	1. Bisoprolol	1. Novell 2. Fahrenheit	30 tab/bulan
	b. Digoxin Hanya untuk gagal jantung dengan atrial fibrilasi atau sinus takikardia	Tab 0,25 mg	1. Digoksin 2. Fargoxin	Indo Farma Fahrenheit	30 tab/bulan
		Inj 0,25 mg/mL	Fargoxin Inj	Fahrenheit	
	c. Furosemid	Tab 40 mg	1. Furosemida	1. Yarindo 2. Kimia Farma	120 tab/bulan
		Inj 10 mg/mL (iv. Im)	1. Furosemid Inj	1. Indofarma 2. Dexa Medica	

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	d. Isosorbit Dinitrat Untuk gagal jantung akut	Inj 1 mg/mL	1. Cedocard Inj 2. Farsorbid Inj	1. Daria Varia 2. Fahrenheit	
	e. Candesartan Untuk pasien yang telah mendapat ACE inhibitor sebelumnya sekurang kurangnya 1 bulan dan mengalami intoleransi terhadap ACE inhibitor yang dibuktikan dengan melampirkan resep sebelumnya	Tab 8 mg	1 Candesartan	1. Dexa	30 tab/bulan
		Tab 16 mg	1 Candesartan	1. Dexa	30 tab/bulan
	f. Captopril	Tab 12.5 mg	1. Captopril 12.5 mg	1. Hexapharm Jay	90 tab/bln
		Tab 25 mg	1. Captopril 25 mg	1. Hexapharm Jay	90 tab/bln
		Tab 50 mg	1. Captopril 50 mg	1. Hexapharm Jay	90 tab/bln
	g. Carvedilol Hanya untuk gagal jantung kronis dengan penurunan fungsi ventrikel kiri sistolik yang sudah terkompensasi	Kap 6,25 mg	1. Vbloc	Kalbe	60 kap/bulan
		Tab 25 mg	1. Vbloc	Kalbe	60 kap/bulan
	h. Ramipril	Tab 5 mg	1. Ramipril 5 mg	1. Dexa Medika 2. Novell	30 tab/bln
		Tab 10 mg	1. Ramipril 10 mg	1. Dexa Medika 2. Novell	30 tab/bln
	i. Spironolakton	Tab 25 mg	1. Spirinolakton 25 mg	1. Dexa Medika 2. Otto Pharmaceutical	30 Tab/bln
17.7	**OBAT UNTUK SYOK KARDIOGENIK dan SEPSIS**				
	a. Dobutamin HCl 1) Infark myocard akut	Inj, vial 50 mg/mL	1. Dobutamin	1. dexa Medika 2. Novell	
	2) Dekompensasi kordis akut	Inj, vial 25mg/mL	1. Dobutamin	1. dexa Medika 2. Novell	
		Inj, vial 12,5 mg/mL	1. Dobutamin	1. dexa Medika 2. Novell	
	b. Dopamin	Inj 40 mg/mL, amp @ 5 mL	1. Dopamin	1. dexa Medika	5 vial/hari

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	1) Syok kardiogenik 2) Dekompensasi kordis akut 3) Syok septik Tidak untuk syok hipovolemik			2. Novell	
	c. Epinephrin (Adrenalin)	Inj i.v. 0,1%	1. Epinephrin	Ethica	10 amp
	d. Norepinephrine	Inj 4 mg/4mL, amp @ 4 mL	1. Vascon 2. N Epi	1. Fahrevnheit 2. Novell	
17.8	**ANTIHIPERLIPIDEMIA** Sebagai terapi tambahan terhadap terap[i diet pada pasien hiperlipidemia				
	a. Atorvastatin 1) Jika dengan pemberian simvastatin selama 3 bulan berturut-turut dengan dosisi 40 mg/hari pasien tidak mencapai target penurunan LDL < 100 mg/dL, disamping diet ketat lemak, atau	Tab sal selaput 10 mg	1. Atorvastatin 20 mg	1. Yarindo	30 tab/bulan
	2) Pasien ASCVD (pasca PCI/CABG, stroke iskemi dan/atau PAD, pasca infark) yang dibuktikan dengan EKG atau MSCT atau riwayat angiografi. Target LDL adalah ≤ 70 mg/dL, yang harus diperiksa setiap 6 bulan	Tab sal selaput 20 mg	1. Atorvastatin 20 mg `	1. Yarindo	60 tab/bulan
	b. Fenofibrat 1) Hanya untuk hipertrigliserida dengan kadar trigliserida > 250 mg/dL	Kaps 100 mg	1. Fenofibrat 100 mg	1. Hexapharmjay	30 kaps/bulan
	2) Pemeriksaan trigliserida dilakukan pada pasien yang telah menjalani puasa minimal 12 jam	Kaps 300 mg	1. Fenofibrat 300 mg	1. Hexapharmjay	30 kaps/bulan
			1. Fenofibrat 300 mg	1. Hexapharmjay	30 kaps/bulan
	c. Gemfibrozil Hanya untuk hipertriglesiridemia	Tab 300 mg	1. Gemfibrozil	Indo Farma	30 kaps/bulan
	Tidak dianjurkan diberikan bersama statin	Tab 600 mg	1. Gemfibrozil	Indo Farma	30 kaps/bulan
	d. Pravastatin 1) Hanya untuk hiperlipidemia dengan kadar	Tab. 10 mg	1. Pravastatin	Novell	30 tab/bulan

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	LDL >160 mg, pada penyakit jantung koroner dan diabetes melitus disertai makroalbumin-uria. 2) Pemberian selama 6 bulan, selanjutnya harus dievaluasi kembali	Tab 20 mg	1. Pravastatin	Novell	30 tab/bulan
	e. Rosuvastatin 1) Jika dengan 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 2) Pasien ASCVD (pasca PCI/CABG, stroke iskemi dan/atau PAD, pasca infark) yang dibuktikan dengan EKG atau MSCT atau riwayat angiografi. Target LDL adalah ≤ 70 mg/dL, yang harus diperiksa setiap 6 bulan	Tab 10 mg			60 tab/bulan
	f. Simvastatin Sebagai terapi tambahan terhadap terapi diet pada pasien hiperlipidemia dengan : 1) Kadar LDL> 160 mg/dl untuk pasien tanpa komplikasi DM/PJK	Tab 10 mg	1. Simvastatin	Kimia Farma	30 tab/bulan
		Tab 20 mg	1. Simvastatin	Kimia Farma	30 tab/bulan
	2) Pasien ASCVD (pasca PCI/CABG, stroke iskemi dan/atau PAD, pasca infark) yang dibuktikan dengan EKG atau MSCT atau riwayat angiografi. Target LDL adalah ≤ 70 mg/dL, yang harus diperiksa setiap 6 bulan	Tab 40 mg	1. Simvastatin	Kimia Farma	30 tab/bulan
	3) Kadar LDL > 130 mg/dl untuk pasien DM Setelah 6 bulan dilakukan evaluasi ketaatan pasien terhadap kontrol diet dan pemeriksaan Lab LDL dilampirkan setiap 6 bulan				
17.9	HIPOTENSI akibat ANESTESI REGIONAL				
	Ephedrin	1. inj 50 mg/mL			
18	**OBAT TOPIKAL UNTUK KULIT**				

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
18.1.	**ANTI ACNE**				
	a. Retinoic Acid	Cream 0,05%	1. Retin A		
		Cream 0,1% 1) Tidak digunakan pada pagi dan siang hari 2) Tidak untuk ibu hamil	1. Retin A		
18.2	**ANTIBAKTERI**				
	a. Anti bakteri, Kombinasi KDT/FDC mengandung: Bacitracin 500 UI/g Polimixin B 10.000 UI/g	Oint			
	b. Framycetin sulfat	Kasa steril 1% lembar 10x10 cm	1. Loematul	ULP	
	c. Fusidic Natrium	Salep 2%	1. Fuladic	Guardian	1 tube/kasus
		Cream 1%	1. Fuladic	Guardian	1 tube/kasus
	d Silver sulfadiazine Hanya untuk luka bakar	Cream 1%, tube 35 g	1. Burnazin	Daria Varia	1 tube/kasus
	e. Gentian violet	Lar 1%	1. Gentian Violet		
	f. Gentamicin sulfate	Cream 0,1%, 5 g	1. Ottogenta	Otto	1 tube/kasus
		Oint	1. Gentamicin	FM	1 tube/kasus
	g. Chloramphenicol	Oint 2%	1. Chloramphenicol	FM	
	h. Kombinasi : Neomycin sulfate 5 mg Zn Bacitracin 500 iu	Powder 5 g	1. Nebacetin Powder		
	i. Kombinasi : Neomycin sulfate	Jelly 15 g	1. Bioplacenton	Kalbe	

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	Placenta Ext				
18.3	**ANTIFUNGI**				
	a. Ketoconazol	Krim 2 % Scalp sol 2% Pada pitiriasis yang luas	1. Ketoconazole	Hexapharm jaya	
	b. Clotrimazole	Tab Vag 100 mg			
	c. Miconazole	Serbuk 2% Krim 2% (Nitrat), tube @ 5 g Salep 2%	1. Miconazole	Kimia Farma	
	d. Nystatin	Tab vagina 100.000 IU	1. Nystatin Vaginal		
18.4	**ANTI INFLAMASI DAN ANTIPRURITIK**				
	a. Betamethasone	Krim 0,1% (sbg Valerat), tube 5 g	1. Betametason	FM	
	b. Desoximetasone	Krim 0,25 % tube @10 g	1. Aferson 2. Desoksimetasone	Lafiau Dexa Medika	
	d. Hydrocortisone acetat	Krim 1 %, tube @ 5 g	1. Hydrocortisone	Bernofarm	
		Krim 2,5%, tube @ 5 g	1. Hydrocortisone	Bernofarm	
	e. Mometason Furoat	Krim 0,1%	1. Mometasone 2. Elox	Bernofarm Guardian	
18.5	**ANTI KELOID**				
	a. Kombinasi Centella Asiatica Phytosomic 1%, Vit E 0,2%	Tube 10 g	1. Lanakeloid E	Landson	1 tube
18.6	**ANTISKABIES dan ANTIPEDIKULOSIS**				
	a. Permetrin	Krim 5%			

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	b. Salep 2 -4	Salep	1. salep 2-4		
18.7	**KAUSTIK**				
	a. Polikresulen (kondensasi metakresol Sulfonat & metanal)	Larutan, btl @ 10 mL			1 btl/kasus
18.8	**KERATOLITIK dan KERATOPLASTIK**				
	a. Acid Salicylate	Salep 2%, 5%, 10%	Salep 2%, 5%, 10%		
18.9	**ANTI INFLAMASI DAN ANTI BAKTERI**				
	a. Kombinasi : Chloramphenicol 2% Hydrocortisone 2,5%	Salep Kulit	1. Chlorampecort	Lafiau Kimia Farma	2 tube
18.10	**PREPARAT PLEBITIS DAN VARIKOSA**				
	a. Heparin Sodium	Gel 200 IU	1. Thrombopob		
18.11	**ANTI INFLAMASI NON STEROID**				
	a. Natrium Diklofenac	Gel. 1% 20 g	1. Flamar 2. Voltadex	Sanbe Dexa Medika	1 tube
18.12	**LAIN-LAIN**				
	a. Salicyl talk Hati-hati penggunaan pada bayi	Serb 2%	1. Salicyl talk	Kimia Farma	
	b. Calamin	Lotio	1. Calamin lotio		
	c. Triamcinolon asetonid hanya untuk keloid	Inj 10 mgmL Inj 40 mg/mL			
	d. Urea	Cream 10%			

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
		Cream 20%			
19	**LARUTAN DIALISIS PERITONEAL**				
19.1	**DIALISA PERITONEAL**				
	a. Larutan intraperitoneal				
19.2	**HEMODIALISA**				
	a. Lar konsentrat basis Na Bicarbonat				
	b. Lar konsentrat basis asetat				
20	**LARUTAN ELEKTROLIT, NUTRISI DAN LAIN-LAIN**				
20.1	**ORAL**				
	a. Kombinasi : Natrium Chlorida 0,52 g Kalium Chlorida 0,30 g Trinatrium Soitrat- Dihydrate 0,58g Glucosa anhidrat 2,7 g	Serbuk 100 g untuk 200 mL, Sachet @ 100 g	1. Oralit 200	Phapros	
	b. Kalium Chlorida	Tab SR 600 mg	1. KSR	Merck Tanabe	90 tab/bulan
	c. K L Aspartate	Tab 300 mg	1. Aspar K	Produksi IFRS	90 tab/bulan
	d. Natrium Bicarbonat	Tab 500 mg	1. Bic Natrium	Indofarma	90 tab/bulan
	e. Zink diberikan bersama oralit Untuk anak usia < 2 tahun	Tab 20 mg	1. Zink	Indo Farma	20 tab/kasus
		Sir 10 mg/mL, btl @ 100 mL	1. Zinkid		2 btl/kasus

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
		Drop 10 mg/mL			2 btl/kasus
	f. Calcium Polystirene Sulfonat Hanya untuk kondisi gagal ginjal akut/kronis dengan kadar Kalsium > 5,5 mEq/L guna menunda dilakukannya haemodialisa	Serbuk, sachet @ 5 g	1. Kalitake	Dipa	15-30 g/hari dibagi dalam 2-3 kali pemberian. Maks selama 5 hari s-d dialisa dilakukan
20.2	**PARENTERAL**				
	LARUTAN ELEKTROLIT DAN NUTRISI				
	a. Asam amino essential dan non essetial	infus i.v. 9%, 200 mL	1. Renxamin 2. Nephrosteril	Kalbe Farma Frenesius Kabi	2 btl/hari 2 btl/hari
	b. Glucosa	Lar infus 5%,	1. Glucosa 5%	Otsu	3 btl/hari
		Lar infus 10%	1. Glucosa 10%	Otsu	3 btl/hari
		Lar infus 40%	1. Glucosa 40 %	Otsu	3 btl/hari
	c. Kalium Chlorida Untuk hipokalemia	Inj 7,46%, vial @ 25 mL	1. Otsu-KCL 7,46%	Otsu	4 vial/hari
	d. Maltose 10%	Lar infus	1. Martos 10	Otsu	3 btl/hari
	e. Natrium bicarbonat	Inj i.v.8,4%, infus 25 mL	1. Meylon	Otsu	6 vial/hari
	f. Natrium chlorida	Lar Infus 0,9% 100 mL	1. Sodium-Chlorida 0,9%	Otsu	3 btl/hari
		Lar Infus 0,9% 500 mL	1. Sod-Chlorida (NaCl)	Otsu	3 btl, kecuali untuk pasca operasi TUR Prostat, operasi Buli-buli, DHF,Dehidrasi
		Lar infus 0,9% 1000 mL	1. Sod-Chlorida (NaCl)	Otsu B Braun	3 btl, kecuali untuk pasca operasi TUR

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
					Prostat, operasi Buli-buli, DHF,Dehi-drasi
		Infus i.v. 3% 500 mL	1. NaCl 3%	Otsu	3 btl/hari
	g. Ringer lactate	Lar Infus, btl @ 500 mL	1. Ringer Lactate	Otsu B Braun Widatra Euromed	3 btl, kecuali pada pasien DHF, dehi-drasi dan pasien operasi
		Lar Infus, btl @ 1000 mL	1. WIDA RL	Wida	3 btl, kecuali pada pasien DHF, dehi-drasi dan pasien operasi
	h. Kombinasi : Per 1 ltr, KCl 1,5 g NaCl 1,75 g, Na-Lactate 2,24 g, Anhidrat Dextr 100 g	Lar infus, btl/softbag @ 500 mL	1. Ka-En Mg3	Widatra	3 btl/hari
	i. Larutan utrisis DOEN kombinasi : Natrium Chlorida 0,225% Dextrose 5%	Lar infus, btl/softbag @ 500 mL	1. D5 1/4 NS	Widatra	3 btl/hari
	j. Kombinasi : infus per L Na 140 mEq K 4 mEq Cl 109 mEq Ca 3 mEq Asetat 28 mEq Hanya untuk pasien dengan sirosis hati atau hepatic failure	Lar infus, btl/softbag @ 500 mL	1. Asering	Otsu	3 btl/hari
	k. Kombinasi: Ringer lactate Dextrose	Lar infus, btl/softbag @ 500 mL	1. Ringer Dextrose	Otsu	3 btl/hari
	l. Kombinasi :				

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	Natrium 38,5 meq Clorida 38,5 meq Glukosa 37,5 g	Lar infus, btl/softbag @ 500 mL	1. KA-EN 1B	Otsu	3 btl/hari
	m. Kombinasi : infus per L NaCl 2,34 g KCl 0,75 g Na Laktat 2,24 g Dextrose anhidrat 27 g	Lar infus, btl/softbag @ 500 mL	1. KA-EN 3A	Otsu	3 btl/hari
	n. Kombinasi : infus per L NaCl 1,75 g KCl 1,5 g Na Laktat 2,24 g Dextrose anhidrat 27 g	Lar infus, btl/softbag @ 500 mL	1. KA-EN 3B	Otsu	3 btl/hari
	o. Larutan Nutrisi Kombinasi : Dextrose 5% Sodium Chloride 0, 45%	Lar infus, btl/softbag @ 500 mL	1. Sol 2A D2 51/2NS	Otsu	3 btl/hari
	p. Larutan Nutrisi Kombinasi : Dextrose 2,5% Sodium Chloride 0, 45%	Lar infus, btl @ 500 mL	1. 2,5% Glucosa+0,45% NaCl 2. Otsu-D2,5, 1/2 NS	Otsu Otsu	3 btl/hari
	q. Kombinasi : Dextrose 5% Natrium Chlorida 0,9%	Lar infus, btl @ 500 mL	1. WIDA D5-NS 2. Otsu-D5 NS	Widatra Otsu	3 btl/hari
	r. Larutan Nutrisi Kombinasi : Asam Amino 50 g/L D. Sorbitol 100 g/L Asam Ascorbat (vitamin C) 0,4 g/L Inositol 0,5 g/L Nicotinamid (Niasiamida) 0,06 g/L Pyridoxin HCl (Vitamin B6) 0,04 g/L Riboflavin Natrium Fosfat 2,5 mg/mL Rutosid (Rutin) 0,4 g/L Mineral	Lar infus, btl @ 500 mL	1. Aminoplasmal5% E 2. Aminofusin L 600	Kalbe	2 btl/hari

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	s. Kombinasi : Asam Amino Xylitol Vitamin Mineral	Lar infus, btl @ 500 mL	1. Aminosteril N-Hepa 2. Comafusin Hepar	Kalbe Kalbe	2 btl/hari
	t. Kombinasi : infus per L Asam Amino Essensial 18 g Histidin 69 g	Lar infus, btl @ 250 mL	1. EAS Pfimmer	Kalbe	1 btl/hari
	u. Kombinasi : infus per L Fruktosa 60 g Glukosa 33 g Xylitol 30 g	Lar infus, btl @ 500 mL	1. Triofusin 500	Kalbe	2 btl/hari
	v. Kombinasi : infus per L Na 100 mEQ, K 18 mEQ Ca 4 mEQ, Mg 6 mEQ Cl 90 mEQ, Asetat 38 mEQ Sorbitol 50 g	Lar infus, btl/softbag @ 500 mL	1. Tutofusin OPS 2. Futrolit	Kalbe Sanbe	3 btl/hari
	w. Kombinasi : infus per L Asam Amino Rantai Cabang Kadar Tinggi Asam Amino Aromatik Kadar Rendah NaCl (Tirosin)	Lar infus, btl @ 500 mL	1. Aminofusin Hepar	Kalbe	1 btl/hari
	x. Kombinasi : Asam amino 2,72% Sorbitol 15%	Lar infus, btl @ 500 mL	1. Pan Amin G		2 btl/hari
20.3	**LAIN-LAIN**				
	a. Water For Injection	Amp/vial 25 mL	1. Otsu Water inj	Otsu	
		Amp/vial 50 mL	1. Aquabidest		
	b. Water For Irrigation	Kolf 1000 mL	1. Wida WI		

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	c. Kombinasi : Sorbitol 13,40 g Docusat Sodium 0,01 g Hanya untuk Colon Cleaner pada persiapan pemeriksaan penunjang diagnostik atau tindakan operasi	Btl	1. YAL		1 btl/tindakan
	d. Natrim Phospat Hanya untuk Colon Cleaner pada persiapan pemeriksaan penunjang diagnostik atau tindakan operasi	Btl @ 133 mL	1. Fleet Enema	Combiphar	
	e. Manitol	Inf 20%	1. Manitol		
21	**OBAT MATA**				
21.1	**SISTEMIK**				
	a. Asetazolamid Tidak diberikan dalam jangka panjang Hati-hati pemberian pada pasien dengan gangguan fungsi ginjal	Tab 250 mg	1. Glaucon	Cendo	90 tab/bln
21.2	**ANTI GLAUKOMA** a.				
	Manitol **ANESTETIK**	Lar Infus 20%	1. Manitol	Otsu	2 btl
21.3	**LOKAL** a.Tetracain				
	ANTIMIKROBA	Tetes mata 0,5%, btl 5 mL	1. Pantocain 0,5%	Cendo	1 btl/kasus
21.4	a. Amfoterisin B				
		Salep mata 1%, tube @ 3,5 g	1. Fungicid 1%	Cendo	1 tube/kasus
		Salep mata 3%, tube @ 3,5 g			

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	b. Asam Fusidat	Tetes mata 1%			
	c. Acyclovir hanya untuk kasus keratitis herpetiformis	Salep mata 3%			
	d. Gentamisin	Salep mata 0,3%, tube @ 3,5 g	1. Genta	Cendo	
		Tetes mata 0,3%, btl @ 5 mL	1. Gentamicin 0,3%	Cendo	1 btl/kasus
		Tetes mata 1%	1. Gentamicin 1%	Cendo	1 btl/kasus
	e. Chloramphenicol	Tetes mata 0,5%	1. Cendo Fenicol 2. Erlamycetin	Cendo Erela	1 Btl 1 tube
		Tetes mata 1%	1. Cendo Fenicol 2. Erlamycetin	Cendo Erela	1 Btl 1 tube
		Salep Mata 1%	1. Erlamycetin 2. Cendo Fenicol	Erela Cendo	1 tube 1 Btl
	f. Levofloxacin Hanya digunakan untuk operasi intraokular, keratitis, operasi katarak dan infeksi berat	Tetes mata 0,5%			1 tube/kasus
	g. Moksifloksasin	Tetes mata 0,5%			1 tube/kasus
	h. Natamisin Hanya untuk kasus keratomikosis	Tetes mata 50 mg/mL			1 tube/kasus
		Tetes mata 5% a. Lini pertama terapi keratomikosis yang pada pemeriksaan KOH ditemukan filamen b. Disertai hasil KOH dari *scraping* kornea			
	i. Oksitetrasiklin	Salep mata 1%, tube @ 3,5 g	1. Oxytetracyclin	Cendo	1 tube/kasus
	j. Tetracycline	Salep mata 1%			1 tube/kasus

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	Hanya untuk program bayi baru lahir				
	k. Tobramycin Pada pasien yang resisten terhadap kuinolon dengan kasus ulkus kornea post operasi mata	Tetes mata 0.3%			1 tube/kasus
21.5	**ANTI MIKROBA DAN ANTI INFLAMASI**				
	a. Betamethasone	Tetes mata 1 mg/mL			1 tube/kasus
	b. Fluorometolon	Tetes mata 0,1%			1 tube/kasus
	c. Natrium Diklofenac	Tetes mata 1 mg/mL			1 tube/kasus
	d. Olopatadin Tidak untuk profilaksik alergi	Tetes mata 0,1%			1 tube/kasus
	e. Prednisolon	Tetes mata 10 mg/mL			
	f. Kombinasi : Deksametason 1 mg Neomycin sulfat 3,5 mg Polymicin B sulfat 6000 IV/ml	Tetes Mata	1. Cendo Xitrol	Cendo	1 Btl/kasus
		Salep mata	1. Cendo Xitrol	Cendo	1 tube
	g. Kombinasi : Neomicin sulfate 3,5 mg Polimixin B sulfate 16250 u Tetrahidrazolin HCl 0,25 mg	Tetes mata	1. Cendo Statrol	Cendo	1 Btl
		Salep Mata	1. Cendo Statrol	Cendo	1 tube
	h Kombinasi : Fluorometholone Neomycin	Tetes Mata	1. Cendo Polynel	Cendo	1 Btl
	i. Kombinasi : Dexamethason 1 mg Neomycin sulfate 3,5 mg Polymixin b sulfate 10000 IU	Tetes mata 5 mL	1. Cendo Polydex	Cendo	1 Btl
	j. Kombinasi :	Tetes mata, btl @ 5 mL	1. Isotic Neolyson	Cendo	1 Btl/kasus

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	Polymixin b sulfate 6000 IU Neomycin sulfate 5 mg Dexamethason Na Fosfat 1,3 mg				
	k. Kromolin Natrium	Tetes mata 2%, btl @ 15 mL	1. Convers	Cendo	1 Btl/kasus
	l. Kombinasi : Hidrokortison 5 mg/ml Chloramphenicol 10 mg/mL	Tetes mata 15 mg/ml, btl@ 5 mL	1. Cendo Mycos	Cendo	1 Btl/kasus
	m. Kombinasi : Hidrokortison 0,5% Chloramphenicol 0,2%	Salep mata 3,7%, tube @ 5x0,6 m	1. Cendo Mycos	Cendo	1 Btl/kasus
	o. Gatifloxacin	Tetes Mata 0.3%	1. Cendo Giflox	Cendo	
		Tetes Mata 0.5%	1. Cendo Giflox	Cendo	
21.6	**ANTI VIRAL**				
	a. Acyclovir	Salep mata 3%, tube @ 3,5 g Hanya untuk keratitis herpetiformis	1. Cendo Hervis	Cendo	1 tube/kasus
21.7	**MIDRIATIK**				
	a. Atropin sulfate	Tetes mata 0,5%	1. Cendo Tropine	Cendo	1 btl/kasus
		Tetes mata 1%			
	b. Fenilefrin HCl Tidak diberikan pada pasien hipertensi	Tetes mata 10%			
	b. HomaTropin	Tetes Mata 2 %		Cendo	1 btl/kasus
	c. Tropikamida	Tetes mata 1%	1. Cendo Mydriatyl	Cendo	1 btl/kasus
21.8	**MIOTIK DAN ANTIGLAUKOMA**				
	a. Acetazolamide	Tab 250 mg			- 50 tab/buln

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	1) Tidak diberikan dalam jangka panjang 2) Hati-hati pemberian pada pasien dengan gangguan fungsi ginjal				- Untuk galukoma akut ; 1 minggu
	3) Sebagai penanganan awal dan sementara di Puskesmas pada pasien glaukoma akut sebelum di rujuk				
	b. Glycerin	Lar 50%			
	c. Kombinasi KDT/FDC, setiap mL mengandung : Latanoprost 0,05 mg Timolol 5 mg Hanya untuk pasien glaukoma	Tetes mata			1 btl/bulan
	d. Latanoprost Hanya untuk pasien glaukoma yang tidak memberikan respons pada timolol	Tetes mata 0,005%			1 btl/bulan
	e. Pilocarpin	Tetes mata 2% (HCl/Nitrat) btl @ 5 mL	1. Triacarpin 2%	Cendo	2 btl/bulan
	f. Timolol	Tetes mata 0,25% (Maleat), btl @ 5 mL	1. Isotic Adretor 0,25%		2 btl/bulan
		Tetes mata 0,5% (Maleat), btl @ 5 mL	1. Isotic Adretor 0,5% 2. Triatimol 0,5%	Cendo	2 btl/bulan
21.9	**ANTI KATARAK**				
	a. Kombinasi : CaCl2, Kalium Iodida, Fenilmerkuri Nitrat Natrium Tiosulfat,	Tetes Mata 5 mL	1. Cendo Catarlent	Cendo	1 btl/kasus
21.10	**ANTI ALERGI**				
	a. Naphazoline HCl 1 mg	Tetes mata	1. C Vasacon	Cendo	1 btl/kasus

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	b. Kombinasi : Nafazolin HCl 0,05 % Antazolin Fosfat 0,5 %	Tetes Mata	1. C Vasacon A	Cendo	1 btl/kasus
21.11	**PENGGANTI AIR MATA**				
	a. Kombinasi : Natrium Chlorida 8,664 mg Kalium Iodida 1,32 mg	Tetes Mata @ 15 mL	1. Cendo Lyteers	Cendo	1 btl/kasus
21.12	**EYE TONIC**				
	a. Kombinasi : Vit. A palmitate Oxymetazolin HCl Hydroxy Methil Sellulose	Tetes Mata	1. Cendo Asthenof	Cendo	
	b. Kombinasi : Vit. A Palmitate Zinc Sulfate Phenylephrine HCl	Tetes Mata	1. C. Augentonic	Cendo	1 btl
21.13	**LAIN-LAIN**				
	a. Dinatrium Edetat	Tetes mata 0,35%, btl @ 15 mL	1. EDTA		1 Btl/bulan
	b. Karboksimetilselulosa	Larutan 2%, btl @ 5 mL	1. Isotic Tearin		1 Btl/bulan
	c. Natrium Fluoresein	Tetes Mata 2%	1. Cendo Fluoresein	Cendo	
21.14	**VITAMIN MATA**				
	a. Retinol (vitamin A)	Kaplet 6.000 IU	1. Vitamin A	Kimia Farma	10 tab
22	**OKSITOSIK DAN RELAKSAN UTERUS**				
22.1	**OKSITOSIK**				

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	a. Methylergometrin maleat	Tab salut 0,125 mg (Maleat)	1. Metilergometrin 2. Pospargin Tab	Kimia Farma Kalbe	
		Inj 0,2 mg/mL	1. Pospargin	Kalbe	5 amp/hari
	b. Oxytocin	Inj 10 IU/mL	1. Oxytocin	Ethica	5 amp/kasus
22.2	**RELAKSAN UTERUS**				
	a. Isoxsuprine HCl	Tab. 20 mg	1. Duvadilan	Dexa Medika	20 tab/kasus
		Inj	1. Duvadilan		2 amp
	b. Magnesium sulfate	Inj. i.v. 20 % amp 25 mL	1. Mg SO4	Otsu	
		Inj. i.v. 40 % amp 25 mL	1. Mg SO4	Otsu	
23	**PSIKOFARMAKA**				
23.1	**ANTI ANXIETAS DAN ANTI INSOMNIA**				
	a. Alprazolam 1) Hanya dapat diresepkan oleh dokter spesialis kesehatan jiwa dan Internist Psikosomatik	Tab 0,25 mg	1. Alprazolam	1. Otto	Maks 2 minggu/kasus 30 tab/bulan
	2) Hanya untuk Kasus : a) *Panic attack* b) *Panic disorder*	Tab 0,5 mg	1. Alprazolam	1. Kimia Farma 2. Mersi	Maks 2 minggu/kasus 30 tab/bulan
	3) Peresepan oleh Dokter Spesialis Penyakit dalam maksimal 5 hari/bulan	Tab 1 mg	1. Alprazolam	1. Kimia Farma 2. Mersi	Maks 2 minggu/kasus 30 tab/bulan
	b. Diazepam	Tab 2 mg	1. Diazepam 2. Valisanbe	Kimia F Sanbe	30 Tab/bulan
		Tab 5 mg	1. Diazepam 2. Valisanbe	Kimia F Sanbe	30 Tab/bulan
		Inj 5 mg/mL (iv)	1. Diazepam 2. Valisanbe	Kimia F Sanbe	

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	b. Clobazam	Tab. 10 mg	1. Clobazam	Dexa Medika	60 tab/bulan
	d. Lorazepam	Tab 0,5 mg	Lorazepam	Mersi	30 Tablet/bulan
		Tab 1 mg	Lorazepam		30 Tablet/bulan
		Tab 2 mg	Lorazepam	Mersi	30 Tablet/bulan
23.2	**ANTI DEPRESI**				
	a. Amitriptyline	Tab salut 25 mg	1. Amitriptyline	Yarindo Kimia Farma	60 tab/bulan
	b. Fluoxetine HCl	Kap 10 mg	1. Kalxetin 2. Nopres	kalbe F Dexa Medika	60 kap/bln
		Kap 20 mg	1. Kalxetin 2. Nopres	kalbe F Dexa Medika	30 kap/bln
	c. Maprotiline HCl	Tab salut selaput 25 mg	Maprotilin HCl		30 tab/bulan
		Tab salut selaput 50 mg	Sandepril	Mersi	30 tab/bulan
	d. Setralin Digunakan untuk depresi yang disertai ansietas	Tab salut selaput 50 mg		Otto	30 tab/bln
23.3	**ANTIOBSESIF KOMPULSIF**				
	a. Fluoxetine HCl	Kap 10 mg	1. Kalxetin 2. Nopres	kalbe F Dexa Medika	30 kap/bln
		Kap 20 mg	1. Kalxetin 2. Nopres	kalbe F Dexa Medika	30 kap/bln
	b. Klomipramin Dapat digunakan untuk Cataplexy yang berhubungan dengan narcolepsy	Tab 25 mg (HCl)	1. Anafranil		30 tab/bulan

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
23.4	**ANTI PSIKOTIK**				
	a. Flufenazine decanoat Untuk rumatan pada pasien schizoprenia	Inj 25 mg/mL i.m			1 amp/2 minggu
	b. Haloperidol	Tab 0,5 mg	1. Haloperidol	1. Indo Farma 2. Yarindo	90 tab/bulan
		Tab 1,5 mg	1. Haloperidol	1. Indo Farma 2. Yarindo	90 tab/bulan
		Tab 2mg	1. Haloperidol	1. Indo Farma 2. Yarindo	90 tab/bulan
		Tab 5mg	1. Haloperidol	1. Indo Farma 2. Yarindo	90 tab/bulan
		Drops 2 mg/mL			2 btl/bulan
		Inj 5 mg /mL a. Untuk agitasi akut b. Untuk kasus kedaruratan psikiatrik (tidak untuk pemakaian jangka panjang)	1. Lodomer	Mersi	4 amp/hari, maks 3 hari
	c. Haloperidol dekanoat Untuk rumatan pada pasien schizoprenia	Inj 50 mg/ml, amp @ 1 mL			1 amp/2 minggu
	d. Chlorpromazine	Tab salut 100 mg (HCl)	1. Chlorpromazine		90 tab/bulan
		Inj 25 mg/5 mL (im), amp @ 5 mL	1. Chlorpromazine		
	e. Clozapin hanya untuk pengobatan psikosis yang sudah resisten terhadap antipsikotik lain.	1. Tab 25 mg	1. Clozapin 25 mg	1. Mersi	60 tab/bulan
		2. Tab 100 mg	1. Clozapin 100 mg	1. Mersi	90 tab/bulan

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
		a. Hanya untuk schizoprenia yang resisten/intoleran b. Lakukan cek leukosit secara berkala (hati-hati agranulositosis)			
	f. Olanzapin Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa	Tab Sal Selaput 5 mg a. Untuk schizoprenia b. *Adjunctive treatment* pada kasus bipolar yang tidak memberikan respon dengan pemberian litium dan valproat			60 tab/bulan
		Tab Sal Selaput 10 mg a. Untuk schizoprenia b. *Adjunctive treatment* pada kasus bipolar yang tidak memberikan respon dengan pemberian litium dan valproat			60 tab/bulan
		Inj 10 mg/2 mL a. Diperlukan hanya untuk serangan untuk serangan schizoprenia acute yang tidak memberikan respon dengan terapi lini pertama b. Tidak boleh diberikan untuk terpai jangka panjang Hanya untuk agitasi akut pada penderita schizophrenia c. Hanya untuk agitasi akut pada penderita schizophrenia			3 amp/hari maks 3 hari

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	c. Risperidone 1) Untuk Schizophrenia	Tab 1 mg	1. Risperidone	Dexa Medika	60 tab/bulan
	2) *Adjunctive treatment* pada pasien bipolar yang tidak memberikan respon dengan pemberian lithium atau valproat	Tab 2 mg	1. Risperidone	Dexa Medika	90 tab/bulan
		Tab 3 mg hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Kedokteran jiwa	1. Risperidone	Dexa Medika	60 tab/bulan
	g. Trifluoperazin hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Kedokteran jiwa	Tab sal selaput 5 mg	Trifluoroperazin 5 mg	Mersi	60 Tab/bln
	h. Aripriprazole	Tab 5 mg dan 10 mgf	Aripriprazole	Amarox	90 Tab/bln 30 tab/bln
23.5	**OBAT untuk ADHD (*ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER*)**				
	a. Metilfenidat	Tab SR 10 mg Tab SR 18 mg Tab SR 36 mg	1. Ritalin		90 tab/bln 30 tab/bln 30 tab/bln
23.6	OBAT UNTUK GANGGUAN BIPOLAR				
	a. Litium Karbonat Harus dengan pemeriksaan fungsi ginjal (*creatinin clearance* > 60 mL/min)	Tab 200 mg Tab 400 mg			180 tab/bln 90 tab/bln
	b. Valproat	Tab sal enterik 250 mg Tab lepas lambat 250 mg Tab lepas lambat 500 mg	Depakote 250 Depakote 250 ER Depakote 500 ER		60 tab/bulan 60 tab/bln 60 tab/bln
23.7	OBAT UNTUK PROGRAM KETERGANTUNGAN Catatan : Disediakan oleh program kemenkes	Metadon Sir 50 mg/5mL			
24	**RELAKSAN OTOT PERIFER DAN PENGHAMBAT KOLINESTERASE**				
24.1.	**RELAKSAN OTOT PERIFER**				

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	a. Atracurium Besylate hanya untuk tindakan anastesi dan pasien ICU yang memerlukan karena menggunakan ventilator	Inj 10 mg/mL, amp @ 2,5 mL (iv)	1. Notrixum	Novell	
	b. Rocuronium	Serb inj 10 mg/vial, vial @ 1 mL			
24.2	**REVERSAL RELAKSAN OTOT**				
	a. Eperisone Hcl	Tab 50 mg	1. Forelax 2. Epirisone HCl	Guardian Novell	10 tab
	b. Neostigmin Methylsulphate	Inj 0,5 mg/mL (iv)	1. Prostigmin	Combiphar	4 amp/kasus, kecuali kasus tetanus di ICU
24.3	**OBAT UNTUK MIASTENIA GRAVIS**				
	a. Neostigmin	Inj 0,5 mg/mL (iv)			
	b. Piridostigmin	Tab 60 mg			120 tab/bln
24.4	**OBAT ANTI DEMENSIA**				
	a. Donepezil	tab sal selaput 5 mg			30 tab/bulan
	1) Hanya untuk demensia alzheimer ringan sampai sedang 2) Hanya diresepkan oleh dokter spesialis neurologi berdasarkan pemeriksaan *neurobehaviour*	tab dispersible 10 mg			30 tab/bulan
25	**OBAT untuk SALURAN CERNA**				
25.1.	**ANTASIDA DAN ANTIULKUS**				
	a. Antasida DOEN I Kombinasi : Alumunium Hidroksida 200 mg Magnesium Hidroksida 200 mg	Tab kunyah	1. Antasida	Bernofarm kimia Farma	
	Kombinasi : Alumunium Hidroksida 200 mg	Tab kunyah	1. Antasida DOEN	Bernofarm	

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	Magnesium Hidroksida 150 mg Simeticone				
	b. Antasida DOEN II Kombinasi per 5 mL Alumunium Hidrokida Magnesium Hidroksida	Susp, btl @ 60 mL (+Simeticone) Susp, btl @ 100 mL	1. Antasida DOEN 1. Dexanta	Kimia Farma Dexa Medika	
	c. Cisapride 1) Tidak diberikan pada pasien dengan QT interval awal ≥ 400 ms 2) Dilakukan evaluasi EKG (pengukuran QT Interval) pada akhir bulan pertama terapi untuk menentukan obat diteruskan atau tidak 3) Jika tidak ada perbaikan setelah 2 minggu, maka terapi dihentikan	Tab 5 mg	1. Guarposid	Guardian	90 tab/bulan maks 3 bulan
	d. Esomepremazol	Serb Inj 40 mg (iv)			1 Amp/hari. Maks 3 hari
	c. Lansoprazole	Tab 30 mg 1) Untuk terapi jangka pendek padakasus tukak lambung. Tukak duodenum dan refluks esofagitis 2) diberikan 1 jam sebelum makan Inj 30 mg/mL, vial Untuk pasien IGD atau rawat inap dengan riwayat pendarahan saluran cerna	1. Lansoprazole 1. Prosogan	Indo Farma Bernofarm Nulab Takeda	30 Kaps /bulan 1-3 amp/hari maks 3 hari
	f. Omeprazole	Kap 20mg 1) Untuk terapi jangka pendek padakasus tukak lambung. Tukak duodenum dan refluks esofagitis	1. Omeprazole	1. Hexpharm 2. Nulab	30 Kaps/bulan

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
		2) diberikan 1 jam sebelum makan		3. Novel 4. Futamed	
		Serbuk Inj. i.v. 40 mg, vial pelarut @ 10 mL Untuk pasien IGD atau rawat inap dengan riwayat pendarahan saluran cerna	1. Omeprazole	1. Dexa Medica 2. MBF	1-3 amp/hari maks 3 hari
	g. Ranitidine	Tab 150 mg	1. Ranitidin	1. Dexa Media 2. Berno 3. Hexpharm	30 Tab/bulan
		Inj 25 mg/mL, amp @ 2 mL	1. Ranitidine	1. Ethica 2. Berno 3. Quantum	2 amp/hari
	h. Sucralfate	Tab 500 mg	1. Sucralfate	1. Combiphar	60 tab/bulan
		Susp 100 mL	1. Sucralfate	1. Combiphar 2. Mepro	
	i. Misoprostol	Tab 200 mcg	1. Misoprostol	1. Guardian	
25.2	**ANTIEMETIK**				
	a. Dexamethasone hanya untuk menyertai terapi antineoplastik	Inj 5 mg/mL	1. Dexamethasone	Indo Farma	
	b. Dimenhydrinate	tab 50 mg	1. Dimenhydrinate		
	c. Domperidone	Tab 10 mg	1. Domperidone	1. Hexapharm jaya 2. Nulab	
		Suspensi 5 mg/5 mL	1. Domperidone	1. Bernofarm 2. Quantum	

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
		Drop 5 mg/1 mL	1. Vometa	Dexa Medika	
	d. Chlorpromazine	Tab salut 25 mg (HCl)	1. Chlorpromazine	FM	
		Inj 25 mg/mL (im)		FM	
		Inj 5 mg/mL (im) Inj 25 mg/mL, amp @ 2 mL	1. Klorpromazin	FM	
	e. Metoclopramide	Tab 5 mg			
		Tab 10 mg	1. Sotatic	Fahrenheit	
		Inj 5 mg/mL (sebagai HCl) amp @ 2 mL	1. Primperan	Soho	
	f. Ondansetron	Tab 4 mg	1. Ondansetron	1. Indofarma	Tab : Maks 3 tab pasca kemoterapi atau pasca radioterapi maks 5 hari
	Tab : Pencegahan mual dan muntah pada kemoterapi Dan radioterapi tidak untuk dispepsia			2. Yarindo	
	Inj : Untuk mencegah muntah pada pemberian kemoterapi yang *highly emetogenic*	Tab 8 mg	1. Ondansetron	1. MBF	Tab : Maks 3 tab pasca kemoterapi atau pasca radioterapi maks 5 hari
				2. Indofarma	
		Amp 4 mg/2 mL	1. Ondansetron	1. Dexa Medica 2. MBF 3. Quantum 4. Novel	Inj diberikan 1 amp sebelum kemoterapi
		Amp 8 mg/2 mL	1. Ondansetron	1. Dexa Medica 2. MBF 3. Quantum 4. Novel	
	e. Kombinasi :				

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	Pyrathiazine Chloro-theophyllinate 40mg Vitamin B6 30 mg	Tab	1. Anvomer B6	Dexa Medika	10 tab
25.3	**SEDIAAN ENZIM PENCERNAAN**				
	a. Kombinasi : Amilase, protease, lipase, dimethylpolysiloxane, B1, B6, B12, niacinamide, Ca-Pantotenat, DHA, B2,	Tab	1. Enzymflex 2. Vitazym	Daria Varia Kimia Farma	10 tab
25.4	**ANTIHEMOROID**				
	a. Antihemoroid, kombinasi KDT/FDC mengandung : Bismuth subgalat Heksaklorofen Lidocain Seng oksida	Supp	1. Antihemoroid	Kimia Farma	5 supp/kasus
	b. Kombinasi : Diosmin 450 mg Hesperidin 50 mg	Kapl	1. Anadium	Guardian	15 tab
	c. Kombinasi : Extr Lithospermi radix, Benzocain, Cetrimide, Lido-cain, Prednisolon	Supp	1. Borraginol-S	Takeda	3 supp
25.5	**ANTISPASMODIK**				
	a. Atropin	Inj i.v./i.m./s.k. 0,25 mg/mL	1. Atropin sulfate	Ethica	
	b. Hyoscine-N-Buthyl Bromide	Tab 10 mg	1. Hyscopan	Droping Lafiau	
		Inj 20 mg/mL	1. Scopamin		
	c. Papaverin	Tab 40 mg	1. Papaverine HCl		

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
25.6	**OBAT UNTUK DIARE**				
	a. Attapulgite	tab 600 mg	1. New Diatab	Medifarma	
	b. Kombinasi : Na Klorida 0,70 g Kalium Klorida0,30g Trinatrium sitrat Dihidrat 0,58 g Glukosa anhidrat 4g Catatan: dilarutkan dalam 200 mL	Serbuk	1. Oralit	Kimia Farma	
	c. Kombinasi Kaolin 550 mg Pectin 20 mg	Tab	Guanistrep	Itrasal	
	d. Loperamide Tidak digunakan untuk anak	Tab 2 mg	1. Loperamide	Kimia Farma	a) < 60 tahun : 10 tab/kasus b) ≥ 60 tahun : 4 tab/kasus
	e. Zinc Harus diberikan bersama oralit selama 10 hari	Tab dispersible 20 mg	1. Zinc Disp 20 mg	1. Kimia farma	
		Sirup 20 mg/5 mg	1. Zinkids	1. Kimia farma	
		Drop 10 mg/mL Untuk anak usia < 2 tahun	1. Zinkpro	1. Combiphar	2 botol/kasus
	f. Dioctahedral smectit	Powder	1. Smecta		6 sachet
	g. Karbon aktif	Tab	1. Bekarbon		
	h. Kombinasi : Attapulgite 600 mg Pectin 50 mg	Tab	1. Antidiare 2. Neodiaform		
25.7	**KATARTIK**				

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	a. Bisacodil	Tab 5 mg	1. Dulcolax	Boehringer	2 tab/hari selama 5 hari kecuali untuk konstipasi kronis
		Supp 5 mg	1. Dulcolax	Boehringer	3 supp/kasus
		Supp 10 mg	1. Dulcolax	Boehringer	3 supp/kasus
	b. Glycerin	Obat luar 100 mg/mL	1. Glycerin	ULP	
	c. Kombinasi KDT/FDC mengandung: Fenolftalein 55 mg Liq Parafin 1200 mg Glycerin 378 mg jeli 9,4 mg	Susp/emulsi, btl @ 60 mL	1. Laxadine	Gallenium	1 btl/kasus
	d. Lactulose	Suspensi 3,335 g/5mL	1. Opilax	Otto	1 btl
	e. Natrium Fosfat	Lar oral Hanya digunakan pada tindakan colonoscopy			
	e. Polietilenglikol	Serb			
25.8	**GASTRO INTESTINAL REGULATOR**				
	a. Lactobacillus reuteri	Tab	1. Lacbon	Kimia Farma	10 tab
	b. Rice strach Maltodextrin Strain Bacteri Lactobacillus, Vit C, Vit B1 Vit B6, Niacin, Protein, Fat, Vit B2,	Sachet	1. L Bio 2. Lacbon sachet	Lapi Kimia Farma	6 Sachet/kasus
25.9	**OBAT UNTUK ANTI INFLAMASI**				
	a. Mesalazin	Tab sal enterik 250 mg			

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
		Untuk episode akut *colitis ulcerativa* atau *colitis ulcerative* yang hipersensitif terhadap sulfonamida			
		Enema 4 gr			7 enema/kasus
		a. Hanya untuk *ulcerative colitis* di rektum & *sigmoid colon* dan *descending colon* dengan kondisi akut atau perdarahan			
		b. Hanya boleh diresepkan oleh dokter spesialis penyakit dalam			
	b. Sulfasalazin	Kaplet sal enterik 500 mg	1. Sulfitis	Farhenheit	
25.10	**LAIN - LAIN**				
	a. Asam Ursodeoksikolat	Tab 250 mg	1. Ursodeoxycholic acid	Dexa Medika	
	b. Somatostatin 1) Untuk kasus perdarahan varises esofagus akut 2) Diberikan *Intravenous drip* 250 mcg per jam	Inj 3 mg			2 amp/hari, maks 5 hari
26	**OBAT untuk SALURAN NAPAS**				
26.1.	**ANTIASMA**				
	a. Aminophyllin	Tab scored 150 mg	1. Aminofilin Tab		
		Tab scored 200 mg	1. Aminofilin Tab		
		Inj 24 mg/mL, amp @ 10 mL	1. Aminofilin Inj	1. Ethica 2. Phapros	

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	b. Budesonide	Respule 0,25mg/mL, resp @ 2 mL (Hanya untuk serangan asma akut)	1. Pulmicort Respules	Astrazeneeca	Hari pertama maks 10 mL/hari, selanjutnya 4-8 mL perhari selama 5 hari
		Respule 0,5mg/mL, resp @ 2 mL (Hanya untuk serangan asma akut)	1. Pulmicort Respules	Astrazeneeca	Hari pertama maks 10 mL/hari, selanjutnya 4-8 mL perhari selama 5 hari
		Inhaler 100 mcg/puff, tbg @ 100 dosis Untuk rumatan asma (tidak untuk serangan asma akut)	1. Pulmicort Turbuhaler	Astrazeneeca	Asma persisten ringan-sedang : 1 tbg/bulan Asma persisten berat :2 tbg/bln
		Inhaler 200 mcg/puff, tbg @ 100 dosis Untuk rumatan asma (tidak untuk serangan asma akut)	1. Pulmicort Turbuhaler	Astrazeneeca	Asma persisten berat : 2 tbg/bln
	c. Ephineprin (Adrenalin)	Inj 0,1 %	1. Ephinephrine	Ethica	1 tbg/1 bulan
	d. Fenoterol HBr	Inh 100 mcg/puff, tbg @ 200 dosis	1. Berotec MDI		1 tbg/1 bulan
	Hanya untuk serangan asma akut	inhalasi 0,1 %			1 tbg/1 bulan
	e. Fluticasone Propionate	Nebules 0,5 mg, amp @ 2 mL Hanya untuk serangan asma akut	1. Flixotide nebules	Glaxo	Hari pertama maks 5 vial/hari selanjutnya maks 2 vial/hari paling lama 5 hari
		MDI/aerosol 50 mcg/dosis Untuk rumatan asma (tidak untuk serangan asma akut)			1 canister/bulan

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	f. Ipratropium bromida 1) Untuk pasien PPOK dengan eksaserbasi akut 2) Tidak untuk jangka panjang	Inhaler 20 mcg/puff, tbg @ 200 dosis Cairan ih 0.025 %	1. Atrovent	-	1 tbg/bln
	g. Budesonide-Formeterol (*Fixed Combination*)	Inhaler 80/4,5 mcg, tbg @ 60 dosis 1. Untuk terapi rumatan pada pasien asma 2. Untuk terapi pelega pada asma persisten ringan-berat 3. Tidak diindikasikan untuk bronkospasme akut	1. Symbicort 80	Astrazeneeca	Asma persisten ringan-sedang 3 tbg/bulan asma persisten berat : 4 tbg/bulan
		Inhaler 160/4,5 mcg, tbg @ 60 dosis 1. Untuk terapi rumatan pada pasien asma 2. Untuk terapi pelega pada asma persisten ringan-berat 3. Untuk terapi rumatan pada pasien PPOK 4. Tidak diindikasikan untuk bronkospasme akut	1. Symbicort 160	Astrazeneeca	- Asma intermiten : 1 tb/bulan - asma persisten ringan : 2 tbg/bulan - asma persisten sedang -berat : 3 - 4 tbg/bulan - PPOK 2 tbg/bulan
	h. Kombinasi : Ipratoprium Br 0,5 mg Salbutamol Sulfate 2,5 mg	Unit dose vial 2,5 mL Hanya untuk a. Serangan asma akut	1. Combivent-UDV	Boehringer	Hari pertama maks 8 vial/hari, selanjutnya maks 4 vial/hari kasus ICU maks 10 vial/hari

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
		b. Sebagai nebulizer di UGD dan ruang perawatan			
	i. Salmeterol Xinafoate 25 mcg Flutricasone 50 mcg Salmeterol 25 mcg Tidak diberikan pada kasus asma akut	Inh 50 mcg/puff, tbg @ 120 dosis	1. Seretide Inhaler 25/50	Glaxo	1 tbg/bln
	j. Kombinasi : Salmeterol Xinafoate 50 mcg Fluticasone propionate 100 mcg tidak diberikan pada kasus asma akut	Diskus, 100 mcg/puff, tbg @ 60 dosis	1. Seretide diskus 100	Glaxo	1 diskus/bln
	k. Kombinasi : Salmeterol Xinafoate 50 mcg Fluticasone propionate 250 mcg tidak diberikan pada kasus asma akut	Diskus, 250 mcg/puff, tbg @ 60 dosis	1. Seretide diskus 250	Glaxo	1 diskus atau 60 kapsul perbulan
	l. Kombinasi : Salmeterol Xinafoate 50 mcg Fluticasone propionate 500 mcg Hanya untuk asma persisten berat	Diskus, 500 mcg/puff, tbg @ 60 dosis	1. Seretide diskus 250	Glaxo	1 diskus atau 60 kapsul perbulan
	m. Metilprednisolon	Tab 4 mg	1. Metil prednisolon 4 mg	1. Bernofarm 2. MBF	Maks 10 tab / kasus
		Tab 8 mg	1. Metil prednisolon 8 mg	1. Bernofarm 2. MBF	
		Tab 16 mg	1. Metil prednisolon 16 mg	1. Bernofarm 2. MBF	
		Serb Inj 125 mg	1. Metil prednisolon Inj	1. Bernofarm 2. Dexa Medika	

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	n. Prednison	tab 5 mg	1. Prednison	1. Kimia Farma 2. Indo Farma	
	o. Procaterol Hanya untuk noctural asma yg tidak respon dengan pemberian salbutamol	Serb ih 10 mcg Cairan ih 30 mcg Cairan ih 50 mcg			
	p. Salbutamol	Tab 2 mg (sebagai Sulfat)	1. Salbutamol	1. Kimia Farma 2. Yarindo	
		Tab 4 mg (sebagai Sulfate)	1. Salbutamol	1. Kimia Farma 2. Yarindo	
		Syr. 2 mg/mL, 100 mL	1. Salbutamol 2. Lasal	Kimia Farma Lapi Lab	
		Nebules 2,5 mg	1. Ventolin	Glaxo	Hari pertama maks 8 vial/hari, selanjutnya maks 4 vial/hari. Kasus di ICU maks 10 vial/hari
		Hanya untuk : 1. Serangan asma akut 2. Bronkospasme yang menyertai PPOK 3. SOPT (Sindrom Obstruksi Pasca Tubercolusis)	2. Velutine	Novel	
		MDI/aerosol 100 mcg/dosis 1. Sebagai pelega pada asma kronis disertai pemberian bersama kombinasi steroid inhalasi dan beta 2 agonis kerja panjang; atau 2. Digunakan untuk bronchospasme yang menyertai PPOK; atau			Asma persisten ringan-berat, SOPT : 1 tbg/bulan PPOK : 2 tbg/bulan

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
		3. Digunakan untuk bronchospasme yang menyertai SOPT (Sindrom Pbstruksi Pasca Tuberkulosis)			
		Sebuk inhalasi 200 mcg/kaps+rotahaler			
	q. Theophylline	Tab 150 mg	1. Bronsolvan		
		Tab lepas lambat 300 mg			
		Serbuk	1. Theophyllin		
	r. Terbutalin sulfate	Tab 2,5 mg	1. Forasma	Guardian	
		Sir 1,5 mg/5 mL. Amp @ 1 mL	1. Terasma	Guardian	1 btl/kasus
		Inj. i.v. 0,5 mg/mL Hanya untuk serangan asma akut dan/atau PPOK	Bricasma Inj	Astrazeneeca	4 amp/hari
		Turbuhaler 0,5 mg, tbg @ 200 dos Hanya untuk serangan asma akut dan/atau PPOK	1. Bricasma turbuhaler	Astrazeneeca	1 tbg/bulan
		Respules 2,5 mg/ml Hanya untuk serangan asma akut dan/atau PPOK	1. Bricasma Respules	Astrazeneeca	Hari pertama maks 8 vial/hari, selanjut-nya maks 4 vial/hari kasus ICU maks 10 vuial/hari
	s. Tiotropium Hanya digunakan untuk asma persisten berat	Kaps 18 mcg/dosis+handyhaler Satu paket berisi 30 kaplet dan 1 handihaler	1. Spiriva Combo	Boehringer	1x setahun
		Kaps 18 mcg/dosis, refill	1. Spiriva Refill	Boehringer	30 cap/bln
		Cairan ih 2,5 mcg/semprot	1 Spiriva respimat	Boehringer	1 cartridge/bulan, 1 alat respimat/3bulan

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
		Cairan ih 2,5 mcg/semprot, refill	1 Spiriva respimat	Boehringer	1 cartridge/bulan
26.2	**ANTITUSIF**				
	a. Codein	Tab 10 mg	1. Codein	Kimia Farma	
		Tab 15 mg	1. Codein	Kimia Farma	
		Tab 20 mg	1. Codein	Kimia Farma	
	b. Dekstrometorfan	Tab salut 15 mg	1. Dextromethorphan	Indo Farma	
		Sir 10 mg/ 5 mL	1. Dextromethorphan	Kimia Farma	1 btl/kasus
26.3	**EKSPEKTORAN**				
	a. n-asetil sistein	inh 100 mg/mL	1. n-ACE inhalasi	Fahrenheit	3 amp/hari paling lama 10 hari
		kaps 200 mg	1 n-acetyl systein	Novel Nulab Fahrenheit	maks 10 kaps/kasus
		granula 200 mg	1. Fluimucyl sach	Zambon	3x sehari (600 mg/hari)
	a. Glyceryl Guaiacolat	Tab 100 mg	1. Glyceryl Guaiacolat	FM	
	b. Obat batuk hitam (OBH)	Sirup btl @ 100 mL	1. OBH	Sibros	1 btl/kasus
	c. Kombinasi : Diphenhidramin HCl 5 mg Dextromethorphan HBr 7,5 mg Amonium Chlorida 62,5 mg Natrium Citrate 25 mg	Btl 60 mL	1. Diphenhydramin - DMP syr 2. Sanadryl Sir	lafiau Sanbe	1 btl 1 Btl

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	Menthol qs				
	d. Kombinasi : Diphenhidramin HCl 5 mg Amonium Klorida 62,5 mg Natrium sitrat 25 mg Menthol qs	Btl 60 mL	1. Dipenhidramin	Lafiau	1 btl
	j. Kombinasi : Glyceril guaiacolate 75 mg Salbutamol sulfate 2 mg	Syr. 100 mL	1. Lasal Exp	Lapi	1 btl
26.4	**MUCOLITIK**				
	a. Ambroxol	Tab 30 mg	1. Ambroxol	Bernofarm Novell	15 tab
		Syr 15 mg / 5 mL	1. Ambroxol	Sanbe	1 btl
		Drop 15 mg/mL 15 mL	1. Mucera	Otto	1 btl
	b. Bromhexine HCl	Tab 8 mg Drop	1. Mucohexin 1. Bisolvon	Sanbe Boehringer	15 tab
26.5	**OBAT untuk PENYAKIT PARU OBSTRUKSI KRONIS**				
	a. Indacaterol	Serb ih 150 mcg	1. Onbrez Breezehaler	Novartis	30 kaps inhalasi/bulan
		Serb ih 300 mcg	1. Onbrez Breezehaler	Novartis	30 kaps inhalasi/bulan
	b. Ipratropium bromida 1) Untuk pasien PPOK dengan eksaserbasi akut 2) Tidak untuk jangka panjang	Inhaler 20 mcg/puff, tbg @ 200 dosis Cairan ih 0.025 %	1. Atrovent	-	1 canister/bln
	i. Kombinasi :				

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	Ipratoprium Br 0,5 mg Salbutamol Sulfate 2,5 mg	Unit dose vial 2,5 mL a. Bronchospasme yang menyertai PPOK b.Sebagai nebulizer di UGD dan ruang perawatan	1. Combivent-UDV	Boehringer	- hari Pertama maks 8 vial/hari - Kasus ICU maks 10 vial/hari
	k. Kombinasi : Salmeterol Xinafoate 50 mcg Fluticasone propionate 250 mcg tidak diberikan pada kasus asma akut	Diskus, 250 mcg/puff, tbg @ 60 dosis	1. Seretide diskus 250	Glaxo	1 diskus atau 60 kapsul perbulan
	l. Kombinasi : Salmeterol Xinafoate 50 mcg Fluticasone propionate 500 mcg	Diskus, 500 mcg/puff, tbg @ 60 dosis	1. Seretide diskus 250	Glaxo	1 diskus atau 60 kapsul perbulan
	j. Kombinasi : Indacaterol 110 mcg Glycopyrronium 50 mcg	Serbuk inhalasi + alat Breezhaler Obat lini kedua untuk PPOK berat yang tidak respons lagi dengan LABA/LAMA atau LABACs	1. Ultibro breezhaler	Novartis	30 cap/bulan
	s. Tiotropium	Kaps 18 mcg/dosis+handyhaler Satu paket berisi 30 kaplet dan 1 handihaler	1. Spiriva Combo	Boehringer	1x setahun
		Kaps 18 mcg/dosis, refill	1. Spiriva Refill		30 cap/bln

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
		Cairan ih 2,5 mcg/semprot	1 Spiriva respimat	Boehringer	1 cartridge/bulan, 1 alat respimat/3bulan
		Cairan ih 2,5 mcg/semprot, refill	1 Spiriva respimat	Boehringer	1 cartridge/bulan
26.6.	**PREPARAT BATUK DAN PILEK**				
	a. Pseudoefedrin HCl	Drop 7,5 mg/0,8 mL 10 mL	1. Triaminic Drop 2. Rhinos Neo Drop	Novartis Dexa Medika	1 btl
	b. Kombinasi : Asetaminofen 250 mg Salisilamid 250 mg Kafein 30 mg CTM 2 mg Vitamin B1 25 mg Vitamin B6 10 mg Vit B 12 20 mcg	Tab	1. Antiflu	Lafiau	10 tab
	c. Kombinasi : Paracetamol 300 mg Fenilpropanolamin HCl 12,5 mg, CTM 1 mg	Sir btl 60 mL	1. Deflugen	Lafiau	1 btl
	e. Kombinasi : Pseudoefedrin HCl 15 mg Tripolidine	Syr. 60 mL	1. Alerfed Sir 2. Lapifed Sir	Guardian Lapi	1 btl
	e. Kombinasi : Pseudoefedrin HCl 60 mg Tripolidine 2.5 mg	Tab	1. Alerfed Tab 2. Lapifed Tab	Guardian Lapi	
	j. Surfactan Hanya untuk IRDS (Idiopatihic Respiratoriy Distress Syndrom) pd neonatus	Susp 25 mg/mL (Intratekal)			
27	**OBAT UNTUK SALURAN KEMIH**				

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	a. SILODOSIN	tab 4 mg	1. Urief	Eisai	?
28	**OBAT yang MEMPENGARUHI SISTEM IMUN**				
28.1	**SERUM dan IMUNOGLOBULIN**				
	a. Hepatitis B immunoglobulin (human) Untuk bayi baru lahir dengan ibu HBsAg positif	Inj 100 IU/1.5 mL Inj 220 IU/mL			
	b. Human tetanus imunoglobulin Untuk: 1. Luka baru terkontaminasi pada pasien dengan riwayat vaksinasi tetanus yang tidak diketahui/tidak lengkap. 2. Manifestasi tetanus secara klinis.	Inj 250 UI (im) Inj 500 UI (im)			
	c. Serum Anti Bisa Ular 1) Khusus untuk daerah tertentu 2) Disimpan pada suhu 2-8 ° C	Inj. i.m./i.v. Vial @ 5 mL Khusus ular dari luar Papua Inj. i.m./i.v. Vial @ 5 mL Khusus ular dari Papua	1. ABU I 1. ABU II	Biosave Biofarma	1 vial/kasus
	d Serum Anti Difteri (A.D.S) Disimpan pada suhu 2-8 ° C	Inj 10.000 UI/mL Inj 20.000 UI/mL			
	e. Serum antirabies 1) Digunakan untuk pengobatan *Post exposuredi daerah rabies* 2) Disimpan pada suhu 2-8 ° C	Inj 150 - 400 UI/mL			
	f. Serum Anti Tetanus (ATS) Disimpan pada suhu 2-8 ° C	Inj i.m.1.500 IU/amp, amp @ 1 ml Untuk pencegahan Inj i.m.10.000 IU/amp, amp @ 4 m Untuk pengobatan	1. ATS 1500 1. ATS 10000	Biosate Inj Biofarma	

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
		Inj i.m.20.000 IU/amp, amp @ 4 m Untuk pengobatan	1. ATS 20000		
	g. Tetanus Toxoid	Inj	1. Biosat Inj	Biofarma	
	c. Kombinasi : Tuberculin PPD RT 23 Chinosol 100 mcg Tween 80 mcg	Inj. i.m./i.v.	1. PPD		1 amp
28.2.	**VAKSIN**				
	a. Vaksin BCG 1) Disimpan dekat evoporator	Serbuk Inj 0.75 mg/mL + pelarut (ik)			
	2) Vaksin yang telah dilarutkan tetapi tidak segera digunakan maka harus disimpan pada suhu 2-8^{o}C tidak lebih dari 3 jam penyimpanan				
	b. Vaksin kombinasi DPT - HB - Hib	Prefilled Injection Device (uninject) (i.m)			
	c. Vaksin hepatitis B Rekombinan Diberikan pada bayi < 24 jam pasca lahir dengan didahului suntikan vitamin K 1 2 - 3 jam sebelumnya				
	d. Vaksin jerap difteri tetanus (DT) Untuk anak < 7 tahun.	inj 40 mg / 15 lf mL(i.m.)			
	b. Vaksin campak Disimpan pada suhu 2-8 °C.	inj serbuk + pelarut (s.k.)			
	c. Vaksin Measles rubella (MR) 1) Disimpan dekat evoperator	Inj s.k			

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	2) Vaksin yang telah dilarutkan disimpan pada suhu 2-8 °C.selama dan harus digunakan sebelum lewat 6 jam				
	3) Digunakan pada usia 9 bulan, 18 bulan dan kelas 1 SD				
	d. Vaksin polio Disimpan pada suhu -2 °C.	drops 10 dosis cairan steril 10 dosis			
	e. Vaksin rabies, untuk manusia Digunakan untuk pre-exposure dan post-exposure di daerah rabies.	serb inj (s.k./i.k) + booster Serb inj 2,5 IU (sk)			
29	**OBAT UNTUK TELINGA HIDUNG DAN TENGGOROKAN**				
29.1.	**ANTIBAKTERI TOPIKAL**				
	a. Fluticasone furoate Pemberiannya hanya pada pagi hari dengan dosis 1 kali sehari	Intranasal spray, btl @120 dosis	1. Avamys	Glaxo	1 btl/bulan
	b. Hydrogen peroxyde	Cairan konsentrat 3%	1, Hydrogen-Peroxyde	ProduksiIFRS	
	c. Carbol Glycerin	Tetes telinga 10%, btl @ 5 mL	1. Carbol Glycerin	ProduksiIFRS	
	d. Chloral Hydrate	Lar			
	e. Chloramfenicol Untuk infeksi telingan dengan membran timpani yang utuh'	Tetes telinga 3%	1. Chloramphenicol TT		
	f. Lidocain	Spray Topical 10%			
	g. Oksimetazolin	Tetes hidung 0.025 %	1. Iliadin nasal spray 0.025 %		

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
		Tetes hidung 0.05 %	1. Iliadin nasal spray 0.05 %		
	h. Ofloxacin	Tetes telinga 3%	1. Tarivid Otic	Kalbe	
	i Triamcinolon nasal spray	nasal spray 55 mcg/piff	1. Nasacort	Sanofi	
	j. Kombinasi : Neomisin Sulfat 500 mg Polimiksin B Sulfat 1 juta IU/100 ml	Tetes telinga	1. Otopain	Interbat	1 btl
29.2.	**LAIN-LAIN**				
	e. Sodium Chloride	Tetes hidung 6.5mg/mL 30 mL	1. Breathy Nasal Spray	Novell	
30	**ANTI OSTEOARTRITHIS**				
	a. Glukosamin	Tab. 500 mg	1. Glucosamin	Medixon	15 tab/bln
		Tab 250 mg	2. Glucosamin	Hexapharm	
31	**VITAMIN DAN MINERAL**				
33.1.	**VITAMIN DAN ATAU MINERAL**				
	a. Ascorbic Acid (Vit C)	Tab 25 mg	1. Vit C	Kimia Farma	
		Tab 50 mg	1. Asam Askorbat (Vit C)	Kimia Farma	
		Tab 250 mg	1. Vit C	Kimia Farma	
		Inj. i.v 200 mg/mL	1. Vit C	Ethica	3 amp
	b. Cyanocobalamin (Vit B12)	Tab 50 mcg	1. Vit B12	Kimia Farma	30 Tab/bulan
	c. Folic Acid	Tab 5 mg	1. Folic Acid	Kimia Farma	

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
		Tab 400 IU	1. Folac	Otto	
	d. Ergocalsiferol (Vitamin D2) Hanya untuk penyakit ginjal kronis pada level CKD 5 ke atas dan pasien hipokalsemia, pemeriksaan kadar kalsium ion 1,1-2,5 mmol	Kap 50.000 UI Susp 10.000 UI/mL			
	f. Calcitriol Hanya untuk Penyakit Ginjal Kronis pada grade 5 dan pasien hipoparatiroid pemeriksaan kadar kalsium ion 1.1 - 2.5 mmol	Soft Kap 0,25 mcg	1. Ostriol	1. Fahrenheit	90 kaps/bln
	g. Calsium gluconate	Inj 10%			
	h. Calsium Carbonat	Kaps 500 mg	1. CaCO3 500 mg		
	i. Calsium lactat (kalk) Untuk hipoparatiroidisme	tab 500 mg	1.Calcium Lactate	FM	
	g. Ferro Fumarat	Kaps lunak 300 mg			
	h. Ferro sulfat	Tab salut 300 mg			
	i. Nicotinamide	Tab 5 mg			
	j. Pyridoxine HCl (Vit B6)	Tab 10 mg	1. Vit B6 10 mg	Kimia Farma	30 Tab/bulan
		Tab 25 mg	1. Vit B6	Kimia Farma	30 Tab/bulan
		Inj 100 mg/mL	1. Vit B 6	Kimia Farma	
	k. Retinol (vit A)	Tab. 6.000 IU	1. Vit A tab	Kimia Farma	10 tab
		Tab. 20.000 IU	1. Vit A tab	Kimia Farma	10 tab
		Kap lunak 100.000 UI			

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
		Kap lunak 200.000 UI			
	l. Thiamini HCl (Vit B1)	Tab 50 mg (HCl Nitrat)	1. Vit B1	Kimia Farma	30 Tab/bulan
		Inj 100 mg/mL	1. Vit B 1	Kimia Farma	
	m. Vitamin B complex	Tab	1. Vit B Complex	Kimia Farma	
		Inj Vial 10 mL	1. Vit B Complex	Kimia Farma	
	i. Kombinasi : Vit B1 15 mg Vit B2 10 mg Vit B6 5 mg Vit B12 100 mcg Vit C 500 mg Ca Pantotenat 20 mg Nikotinamid 50 mg	Tab	1. Energic C	Lafiau	5 tab
	j. Kombinasi : Vit B1 100 mg Vit B6 100 mg Vit B12 5000 mg	Tab	1. Aurobion 5000	Lafiau	30 tab/bulan
		Inj	1. Neurosanbe	Sanbe	3 amp
	k. Kombinasi : Vit B1 mononitrate 100 mg Vit B6 200 mg Vit B12 250 mcg	Tab	1. Aurobion	Lafiau	30 tab/bln
		Inj. i.v. 3 mL	1. Ikaneuron		3 amp
	l. Kombinasi : Kurkuminoid 2 mg, Lysine HCl 250 mg, Vit B1 3 mg, Vit B2 2 mg, Vit B6 5 mg, Vit B12 5 mcg, Niacinamid 5 mg, Phantotenic acid 3 mg	Syr 100 mL	1. Vitacur	Lapi	1 btl

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	m. Kombinasi : Fe 15 mg Folic Acid 150 mcg	Syrup 100 mL	1. Sangobion		
	Mg 5 mg Vit A 2,000 IU Copper 0,2 mg Vit B1 3 mg Vit B2 2 mg Vit B6 5 mg Vit B12 5 mcg	Kaplet	1. Emibion	Guardian	
	o. Vitamin D3 (Cholecalciferol)	Tab salut selaput 1000 IU (25 mcg	1. Prove D3-1000	Kalbe Med	
		Tab salut selaput 5000 IU	1. Hi D 5000	Imedco	
	p. Kombinasi : Ekstrak Boswellia serrata 100 mg Ekstrak Curcuma longa rhizome 250 mg Piperine 2.5 mg Vitamin K2 22.5 mcg	Kapsul	1. Nutriflam Neo	Tropica mas	
	q. Kombinasi : Serratiopeptidase 5 mg Pancreatin 25 mg Lecithin 100 mg	Kapsul	1. Nutriflam	Tropica mas	
	r. Kombinasi : Tuna oil 179 mg, Omega-3 64.5 mg, DHA 48.5 mg, EPA 12.5 mg, Folic Acids 400 mcg, vit.A 345 IU, vit.D3 34.5 IU, vit.B12 0.5 mcg, vit.B6 150 mcg, Ca Carbonate 100 mg, mg oxide 62.5 mg, Fe fumarate 23.5 mg	Kapsul	1. Promavit	Lapi	
	s. Kombinasi : Coral Ca 500 mg, natural soy isoflavone 20 mg, vit D3 200 iu, vit K1 25 mcg, Mg 100 mg, Zn 5 mg, boron 1 mg.	Tablet	1. Cal-95	Lapi	

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	t. Iron Polymaltosa Complex (Besi (II) Hidroksida) 100 mg	Tab Kunyah	1. Maltofer	Combiphar	
	u. Iron Sucrose Complex (Besi (II) Hidroksida) 100 mg	Ampul 5 mL	1. Venofer	Combiphar	
	v. Kombinasi : Fraksi bioaktif daun bungur (Lagerstroemia speciosa Folium), Kulit kayu manis (Cinnamomum burmannii Cortex)	Tab 25 mg,Tab 50 mg	1. Inlacin	Dexa Meduca	
	w. Kombinasi : Fish oil 18/12: EPA/DHA 400 mg, natural vit E 4 mg, folic acid 400 mcg, vitamin B6 6 mg, vitamin B12 25 mcg	Kapsul Lunak	1. Procalma	Meprofarm	
	x. Kombinasi: Folic acid 400 mcg, vit B66 mg, vit B1225 mcg	Kaplet	1. Folaplus	Meprofarm	
	y. Kombinasi: Ca hydrogen phosphate 500 mg, Cholecalciferol 133 IU	Tablet	1. Cavit D3	Merck Indonesia	
	z. Kombinasi : Fish Oil EPA/DHA Pepermint Oil Vit E Asam Folat	Soft Kapsul	2. Nulacta Plus	Guardian	15 Sotf Kaspul/ Bulan
	aa. Kombinasi : Ekstrak Echinacea Angustifolia Vit C Zink Picolinate	Kaplet Salut Selaput	4. Proza 5. Imunos Tablet	Landson Lapi	5 Kaplet Per Resep
	bb. Kombinasi : Vit B1 Vit B 6 Vit B12	Tablet Salut Gula	5. Neurovit E		5 tablet peresep

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
	Vit E				
	cc. Kombinasi : Vitamin E	Tablet	6. Santa E	Sanbe	10 Tablet per resep
	dd. Kombinasi : Ekstrak Echinacea Zn Picolinate Selenium Na Askorbat	Sirup	7. Imunos sirup	Lapi	1 botol per resep
	ee. Kombinasi : Vit A Vit B1 Lisin Zn Sulfat kalsium Vit B12 Vit D Vit C Vit B6 Pantenol Nicotinamida	Sirup	8. Apyalis Sirup	Lapi	1 botol per resep
	ff. Kombinasi : Bilberry Retinol B caroten Vit E Lutein Zeaxantin Zn	Tablet Salut Selaput	1. Optalvit	Lapi	5 Tablet per resep
	gg. Kombinasi : Oleum Lini Oleum Juniperi Oleum Menthaapiperitae	Soft Kapsul	14. Enatin		15 Soft Kapsul/ Bulan

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6
32	**OBAT YANG MEMPENGARUHI STRUKTUR DAN MINERALISASI TULANG**				
	1) Hanya diberikan untuk OA grade II - III (klasifikasi Kellgren-lawrence)	Inj 10 mg/mL			Diberikan 1 vial/prefilled syringe per minggu. Maks 5 vial/pre filled syringe per kasus
	2) Diberikan pada pasien yang sudah tidak respons dengan paracetamol atau NSAID atau ada kontra indikasi 3) Bila 3 kali pemberian tidak memberikan respons klinis signifikan, maka terapi dihentikan				
33	**LAIN - LAIN**				
	a. Calcium Polistiren Sulfonat	Serb 5 g	1. Calcium Polistiren Sulfonat		15 - 30 gram/hari dibagi dalam 2 - 3 kali pemberoian Maks selama 5 hari sampai dengan dialisis dilakukan
34	**NEUROTROPIK**				
	a. Mecobalamin	Kap 500 mcg	1. Mecobalamin	Novell	10 Kaps/bulan
		Amp 500 mcg	1. Mecobalamin	Novell	3 amp
		Kaps 250	1. Mecobalamin	Novell	10 Kaps/bulan
	b. Piracetam	Tab 400 mg	1. Piracetam	Bernofarm	
		Tab 1200 mg	1. Piracetam	Bernofarm	
		Inj. i.v/i.m 3 g/15 mL	1. Piracetam	Bernofarm Novell	3 amp
		Inj. i.v/i.m 1 g/15 mL	1. Piracetam	Bernofarm Novell	3 amp
35	**VASODILATOR PERIVERA & ACTIVATOR OTAK**				
	a. Citicoline	Tab 500 mg	1. Citicolin	1. Bernofarm	10 tab
		Ampul 125 mg/2mL	1. Citicoline	1. Novell	3 amp

NO	KELAS TERAPI NAMA OBAT	BENTUK & KEKUATAN SEDIAAN	NAMA DAGANG	NAMA PABRIKAN	PERESEPAN MAXIMAL
1	2	3	4	5	6

Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa



dr. Imam Fathurrohman W., Sp.B., M.Si., M.A.R.S.
Kolonel Kes NRP 524330

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran 3 Daftar Obat High Alert
Formularium RSAU dr. Esnawan A
Tanggal Revisi 27 Februari 2026

DAFTAR OBAT HIGH ALERT
TAHUN 2026

NO	KELAS TERAPI	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN	NAMA DAGANG YANG TERSEDIA di RUMAH SAKIT	KEKUATAN
1	AGONIS ADRENERGIK IV	Epinephrine/Adrenalin	Injeksi	Epinefrine	0,1%/1ml
		Norepinephrine/ Noradrenalin	Injeksi	Norepinephrine	1mg/ml
				N-epi	1mg/ml
2	ANASTESI	Atrakurium besylate	Injeksi	Atrakurium besylate	10mg/ml
		Bupivakain HCl	Injeksi	Regivel	0,5%
		Etil klorida	Inhalasi	Ethylchloride	100 ml
		Isofluran	inhalasi	Terrel	100 9ml
		Ketamin	injeksi	KTM 100	100 mg/ml
		Neostigmin	injeksi	prostigmin	0,5 mg/ml
		Propofol	injeksi	Propofol	1 mg/ml
		Rokuronium	Injeksi	Roculax	10 mg/ml
		Sevoflurane	Inhalasi	Sevoflurane	250 ml
3	ANTIARITMIA IV	Amiodaron	Injeksi	Cordaron	50 mg/ml
		Lidocain	Injeksi	lidocain	100 mg/ml
4	OBAT-OBAT YANG MEMPENGARUHI DARAH, MELIPUTI :				
	ANTI KOAGULAN	Heparin	Injeksi	Inviclot	25000 IU/5 ml
		Enoxafarin	Injeksi	Lovenox	20 mg/0,2 ml 40 mg/0,4 ml 60 mg/0.6 ml
		Warfarin	Tablet	Simarc	2 mg
	INHIBITOR FAKTOR XA	Fondaparinux	Injeksi	Arixtra	2,5 mg/0,5 ml
	TROMBOLITIK	Streptokinase	Injeksi	Streptase	1,5 jutaIU/ml
				Fibrion	1,5 jutaIU/ml
5	DEXTROSA > 20%	Dextrosa 40%	Injeksi	D 40%	40%/25ml
6	INOTROPIK IV	Digoxin	Injeksi	Fargoxin	0,25mg/ml

NO	KELAS TERAPI	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN	NAMA DAGANG YANG TERSEDIA di RUMAH SAKIT	KEKUATAN
		Dobutamin	Injeksi	Dobutamine	12,5mg/ml, 25 mg/ml
		Dopamin	Injeksi	Udopa	40 mg/ml
7	NARKOTIKA, MELIPUTI :				
	A. INTRAVENA	Fenthanyl	injeksi	Fenthanyl	0,05/ml
		Morphine	Injeksi	Morphine	10 mg,15mg
		Pethidin	Injeksi	Pethidin	25 mg/ml
	B.TRANSDERMAL	Fenthanyl	Transdermal	Durogesic patch	12,5 mcg, 25 mcg
	C. ORAL	Codein	Tablet	Codein	10 mg,15 mg, 20 mg
			Tablet	Coditam	
			Sirup Kapsul	Codipront syr. Codipront cum exp syr. Codipront Codipront cum Exp.	
		Morphine	Tablet	MST Continous	5 mg, 10 mg,15 mg
8	RADIOKONTRAS	Iopamidol	Injeksi	Iopamiro	370/100 ml
		Iohexol	Injeksi	Iohexol Omnipaque	
		Gadoterat Meglumin	Injeksi	Dotarem	10 ml
9	SEDIAAN INSULIN	Short acting insulin	Injeksi	NovoRAPID Flexpen	100 IU/3ml
				Apidra	100 IU/3ml
				Humalog kwik pen	100 IU/3ml
		Intermediate acting insulin	Injeksi	NovoMIX Flexpen	100 IU/3ml
				Humalog MIX	100 IU/3ml
		Long acting insulin	Injeksi	Lantus Solostar Levemir flexpen Sansulin Ezelin Ryzodeg Lantus XR	100 IU/ml 300 IU/ml

NO	KELAS TERAPI	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN	NAMA DAGANG YANG TERSEDIA di RUMAH SAKIT	KEKUATAN
10	SEDATIF IV	Midazolam	Injeksi	Miloz	1mg/ml 5mg/ml

Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa

dr. Iman Fathurrohman W., Sp.B., M.Si., M.A.R.S.
Kolonel Kes NRP 524330

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lamp. 4 Daftar Obat Elektrolit Konsentrat
Formularium RSAU dr. Esnawan A
Tanggal Revisi 27 Februari 2026

DAFTAR ELEKTROLIT KONSENTRAT
TAHUN 2026

NO	NAMA GENERIK	BENTUK SEDIAAN	NAMA DAGANG YANGTERSEDIA DI RUMAH SAKIT	KEKUATAN
1	Calsium gluconas	Injeksi	Calcium gluconas	10 %
2	Natrium bicarbonat	injeksi	Meylon	8,4%
3	NaCl 3%	injeksi	Otsu Saline 3%	3%
4	Kalium klorida	Injeksi	Kalium chlorida	7,46%
5	Magnesium Sulfat	Injeksi	Magnesium Sulfat	≥ 50 %

Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa

DINAS KESEHATAN ANGKATAN UDARA
KEPALA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

dr. Iman Fathurrohman W., Sp.B., M.Si., M.A.R.S.
Kolonel Kes NRP 524330

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran 5 Daftar Obat LASA *LOOK ALIKE*
Formularium RSAU dr. Esnawan A
Tanggal Revisi 27 Februari 2026

DAFTAR OBAT LASA KATEGORI *LOOK ALIKE*
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

NO	NAMA OBAT	OBAT YANG MIRIP	LABEL
1	Acarbose 50 mg	Acarbose 100 mg	
2	Acyclovir 200 mg	Acyclovir 400 mg	
3	Akilen Eye Drop	Akilen Ear Drop	
4	Allopurinol 100 mg	Allopurinol 100 mg	
5	Alprazolam 0,5 ng	Alprazolam 1 mg	
6	Amlodipin 5 mg	Amlodipin 10 mg	
7	Amoxsan drop	Amoxsan Syr	
		Amoxsan Forte Syr	
8	Apialys Drop	Apialys Syr	
9	Asam Traneksamat 50 mg inj	Asam Traneksamat 100 mg inj	
10	Bisoprolol 2,5 mg	Bisoprolol 5 mg	
11	Boraginol S Supp	Boraginol N Supp	
12	RGL Burnazin N cream	RGL Burnazin Plus cream	
13	CaCO3 500 mg	CaCO3 750 mg	
14	Candesartan 8 mg	Candesartan 16 mg	
15	Captopril 12,5 mg	Captopril 25 mg	
		Captopril 50 mg	
16	Cefixime 100 mg	Cefixime 200 mg	
17	Celecoxib 100 mg	Celecoxib 200 mg	
18	Cendo Carpin 1 %	Cendo Carpin 2 %	
19	Cendo Catarlent ED	Cendo Lyteer ED	
20	Cendo Fenicol 0,25 % ED	Cendo Fenicol 0,25 % ED	
		Cendo Fenicol 3,5 gm EO	
21	Cendo Floxa ND	Cendo LFX MD	
		RGL Cendo Giflox	
22	Cendo Glaupen MD	Cendo Glauplus MD	
23	Cendo Cenfresh MD	Cendo Hyalub	
24	Cendo Mydriatil 0,5	Cendo Mydriatil 1 %	
25	Cendo P Pred	Cendo Tobroson MD	
		Cendo Posop	
26	Cendo Timolol 0,25 %	Cendo Timolol 0,5 %	
27	Cendo Tropin 1 %	Cendo Tropin 2%	
28	Cetirizin Drop	Cetirizin Syrup	
29	Chorpromazine 25 mg	Chorpromazine 100 mg	
30	Citicolin 500 mg	Citicolin 500 mg	
31	Citicolin 250 mg inj	Citicolin 500 mg inj	
32	Claneksi Syr	Claneksi Forte Syr	
33	Clindamycin 150 mg	Clindamycin 150 mg	
34	Clozapin 25 mg	Clozapin 100 mg	
35	Codein 10 mg	Codein 20 mg	
		Coditam	
36	Codipront kapsul	Codipront Cum Expectorant	
37	Concor 2,5 mg	Concor 10 mg	
38	Cotrimoxazole 480 mg	Cotrimoxazole 960 mg	
39	Cygest supp 200 mg	Cygest supp 400 mg	



NO	NAMA OBAT	OBAT YANG MIRIP	LABEL
40	Depakote 250 mg	Depakote 250 mg ER	
		Depakote 500 mg ER	
41	Diazepam 2 mg	Diazepam 5 mg	
42	Divalproic Acid 250 mg	Divalproic Acid 250 mg ER	
		Divalproic Acid 500 mg ER	
43	Domperidon drop	Domperidon Syr	
44	Donepezil 5 mg	Donepezil 10 mg	
45	Paket Isoman I	PAKET ISOMAN II	
		PAKET ISOMAN III	
46	Dulcolax supp 5 mg	Dulcolax supp10 mg	
47	Durogesic 12,5 mg	Durogesic 25 mg	
48	Ephedrine inj	Epinephrine inj	
49	Epodion 2000 IU	Epodion 3000 IU	
50	Erlamycetin ED	Erlamycetin Plus ED	
51	Farsorbid 5 mg	Farsorbid 10 mg	
52	Fenofibrat 100 mg	Fenofibrat 300 mg	
53	Fentanyl 2 ml	Fentanyl 0,05 mg/10 ml inj	
54	Ferriz Drop	Ferriz Drop	
55	Flunarizin 5 mg	Flunarizin 10 mg	
56	Gabapentin 100 mg	Gabapentin 300 mg	
57	Gemfibrozil 300 mg	Gemfibrozil 600 mg	
58	Glimepiride 1 mg	Glimepiride 2 mg	
		Glimepiride 4 mg	
		Glimepiride 3 mg	
59	Glucosamine 250 mg	Glucosamine 500 mg	
60	Glucose 5 % 500 ml	Glucose 10 % 500 ml	
61	Haloperidol 0,5 mg	Haloperidol 1,5 mg	
		Haloperidol 5 mg	
62	Hemapo 2000 IU	Hemapo 3000 IU	
63	Herbesser CD 100	Herbesser CD 200	
64	Humalog Kwik pen	Humalog Mix 25 kwik pen	
		Humalog Mix 50 kwik pen	
65	Hydrocortison 1% cream	Hydrocortison 2,5 % cream	
66	Hydrogen peroxyde 3 %	Hydrogen peroxyde 51 %	
67	Ibuprofen 200 mg	Ibuprofen 400 mg	
68	Iohexol 300 mg/50 ml	Iohexol 300 mg/100 ml	
69	Iohexol 350 mg/100 ml	Iohexol 300 mg/100 ml	
70	Isoniazid 100 mg	Isoniazid 300 mg	
71	KAEN 3A	KAEN 3B	
72	Kalium Diklofenak 25 mg	Kalium Diklofenak 50 mg	
73	Ketorolac10 mg inj	Ketorolac30 mg inj	
74	Lamictal 25 mg	Lamictal 50 mg	
75	Lasal Syr	Lasal Expectorant Syr	
76	Lisinopril 5 mg	Lisinopril 10 mg	
77	Lovenox 0,2	Lovenox 0,4	
		Lovenox 06	
78	Mecobalamine 250 mg	Mecobalamine 500 mg	
79	Meloxicam 7,5 mg	Meloxicam 8 mg	
80	Merlopam 0,5 mg	Merlopam 2 mg	
81	Meropenem 500 mg inj	Meropenem 1 gm inj	
82	Methylprednisolon 4 mg	Methylprednisolon 8 mg	
		Methylprednisolon 16 mg	
83	Metronidazole inf	Fluconazole inf	
84	Micardis 40 mg	Micardis 80 mg	
85	Microgest 100 mg	Microgest 200 mg	
86	Midanest 5 mg inj	Midanest 15 mg inj	
87	Miloz 5 mg inj	Miloz 15 mg inj	

NO	NAMA OBAT	OBAT YANG MIRIP	LABEL
88	Natrium Diklofenak 25 mg	Natrium Diklofenak 50 mg	
89	Nitrokaf Retard 2,5 mg	Nitrokaf Retard Forte 5 mg	
90	Omeprazole	Lansoprazole	
91	Omnipaque 300 md/50 ml	Omnipaque 300 md/100 ml	
92	Omnipaque 350 md/50 ml	Omnipaque 350 md/100 ml	
93	Ondancetron 4 mg	Ondancetron 8 mg	
94	Ondancetron 4 mg inj	Ondancetron 8 mg inj	
95	Otsu D5 % 500 ml	Otsu D 10 % 500 ml	
96	Otsu D5 1/2 NS	OTSU D5 1/4 NS	
97	Otsu D40%	Meylon	
98	Otsu MgSO4 20%	Otsu MgSO4 40 %	
99	Otsu NaCl 0,9 %	Otsu NaCl 3 %	
100	Pamol 125 mg Supp	Pamol 250 mg Supp	
101	Pioglitazone 15 mg	Pioglitazone 30 mg	
102	Piracetan 1 gm inj	Piracetan 30 gm inj	
103	Piracetam 800 mg	Piracetam 1200 mg	
104	Pramifrol ER 0,375 mg	Pramifrol ER 0,75 mg	
105	Pregabalin 75 mg	Pregabalin 150 mg	
106	Propranolol 10 mg	Propranolol 40 mg	
107	Ramipril 2,5 mg	Ramipril 5 mg	
		Ramipril 10 mg	
108	Renabetic 5 mg	Miniaspi 80 mg	
109	Renadinac 25 mg	Renadinac 50 mg	
110	Requip 2 mg	Requip 4 mg	
111	RGL abilify 5 mg	RGL abilify 10 mg	
112	RGL Amaryl 1 mg	RGL Amaryl 2 mg	
113	RGL Arcoxia 60 mg	RGL Arcoxia 90 mg	
		RGL Arcoxia 120 mg	
114	RGL Ardium 500 mg	RGL Ardium 1000 mg	
115	RGL Aspilet Cheweble	RGL Aspilet Thrombo	
116	RGL Betaserc 8 mg	RGL Betaserc 24 mg	
117	RGL Breathy Nasal Spray	RGL Breathy Tetes Hidung	
118	RGL Buscopan	RGL Buscopan plus	
119	RGL Cataflam 25 mg	RGL Cataflam 50 mg	
		RGL Cataflam flash 50 mg	
120	RGL Cedocard 5 mg	RGL Cedocard 19 mg	
121	RGL Cefat 125 mg Syr	RGL Cefat Forte 250 mg Syr	
122	RGL Channa	RGL Channa Plus	
123	RGL Claneksi 125 mg syr	RGL Claneksi F 250 mg	
124	RGL Epodion 2000 IU	RGL Epodion 3000 IU	
125	RGL Esilgan 1 mg	RGL Esilgan 2 mg	
126	RGL Fluimucyl 100 mg Paed	RGL Fluimucyl 200 mg granul	
		RGL Fluimucyl 200 mg kapsul	
127	RGL Fluimucyl 600 EFF	RGL Fluimucyl syrup	
128	RGL Glucophage 500 mg	RGL Glucophage XR 500 mg	
		RGL Glucophage XR 850 mg	
129	RGL Harnal 0,2 mg	RGL Harnal ocas 0,4 mg	
130	RGL Hypobac 100 mg inj	RGL Hypobac 200 mg inj	
131	RGL Illiadin Tetes Hidung	RGL Illiadin 0,05% Nasal Spray	
132	RGL Imboost	RGL Imboost Force	
133	RGL Kalxetin 10 mg	RGL Kalxetin 20 mg	
134	RGL Lameson 4 mg	RGL Lameson 8 mg	
135	RGL Lanturol 200 mg	RGL Lanturol 400 mg	
136	RGL Levitra 10 mg	RGL Levitra 20 mg	
137	RGL Lipitor 10 mg	RGL Lipitor 20 mg	
		RGL Lipitor 40 mg	
138	RGL Lyrica 75 mg	RGL Lyrica 150 mg	



NO	NAMA OBAT	OBAT YANG MIRIP	LABEL
139	RGL Medixon 4 mg	RGL Medixon 8 mg	
140	RGL Meptin 0,025 mg	RGL Meptin 0,05 mg	
		RGL Meptin Mini	
141	RGL Methycobal 250 mg	RGL Methycobal 500 mg	
142	RGL Neurobion	RGL Neurobion 5000	
143	RGL Norvask 5 mg	RGL Norvask 10 mg	
144	RGL Ofloxacin 200 mg	RGL Ofloxacin 400 mg	
145	RGL Oste	RGL Oste Forte	
146	RGL Panadol Biru	RGL Panadol Hijau	
		RGL Panadol merah	
147	RGL Plantacid syr	RGL Plantacid F syr	
148	RGL Prove D3 1000	RGL Prove D3 5000	
149	RGL Provital	RGL Provital Plus	
150	RGL Rhinos Drop	RGL Rhinos Paed Syr	
151	RGL Rosuvastatin 10 mg	RGL Rosuvastatin 20 mg	
152	RGL Salbutamol 2 mg	RGL Salbutamol 4 mg	
153	RGL Sanadryl DMP Syr	RGL Sanadryl Exp Syr	
154	RGL Seloxy	RGL Seloxy AA	
155	RGL Surbex T	RGL Surbex Z	
156	RGL Telfast	RGL Telfast OD	
157	RGL Tempra Drop	RGL Tempra Syr	
		RGL Tempra Forte Syr	
158	RGL Trilac inj 10 mg	RGL Trilac 40 mg inj	
159	RGL V-Bloc 6,25 mg	RGL V-Bloc 6,25 mg	
160	RGL Vectrine 175 mg	RGL Vectrine 300 mg	
161	RGL Vesicare 5 mg	RGL Vesicare 10 mg	
162	RGL Xarelto 10 mg	RGL Xarelto 15 mg	
		RGL Xarelto 20 mg	
163	RGL Zyloric 100 mg	RGL Zyloric 100 mg	
164	Rifampisin 450 mg	Rifampisin 600 mg	
165	Risperidon 1 mg	Risperidon 2 mg	
		Risperidon 3 mg	
166	Sanmol syr	Sanmol Forte syr	
167	Santa E 100 mg	Santa E 200 mg	
		Santa E 250 mg	
168	Seretide Diskus 100	Seretide Diskus 250	
		Seretide Diskus 500	
		Seretide inhaler	
169	Seroquel XR 200 mg	Seroquel XR 300 mg	
		Seroquel XR400 mg	
170	Simvastatin 10 mg	Simvastatin 20 mg	
171	Spironolactone 25 mg	Spironolactone 100 mg	
172	Stesolid rectal 5 mg	Stesolid rectal 10 mg	
173	Symbicort 80/60 dosis	Symbicort 160 /60 dosis	
		Symbicort 160/120 dosis	
		Symbicort 160 /120 dosis rapihaler	
174	Tanapres 5 mg	Tanapres 10 mg	
175	Telmisartan 40 mg	Telmisartan 80 mg	
176	Terazosin 1 mg	Terazosin 2 mg	
177	Thyrozol 5 mg	Thyrozol 10 mg	
178	Valisanbe 2 mg	Valisanbe 5 mg	
179	Velthrom 5 mg	Velthrom 10 mg	
180	Vit C 50 mg	Vit C 250 mg	
		Vit C 500 mg	



Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa



dr. Iman Fathurrohman W., Sp.B., M.Si., M.A.R.S.
Kolonel Kes NRP 524330

DAFTAR OBAT LASA KATEGORI *SOUND ALIKE*
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

NO	NAMA OBAT	NAMA OBAT LAIN YANG UCAPANNYA MIRIP	LABEL
1	2 KDT ANTI TB	3 KDT ANTI TB	
		4 KDT ANTI TB	
2	ALPRAZOLam	LORAZEPam	
3	AMLOdipin	NIFEdipin	
		NICARdipin	
4	ANAdium	Ardium	
5	asam MEFENAmat 500 mg	asam TRANEKSAmat	
6	AZIthromicin	ERYthromicin	
7	CLINDAmicin	LINCOmycin	
8	BISoprolol	PROPRANolol	
9	ATEnolol	CARVEDIlol	
10	boraginol N supp	boraginol S supp	
11	breathy NASAL SPRAY	breathy TETES HIDUNG	
12	BUPIVAcain	LIDOcain	
		PEHAcain	
13	burnazin	burnazin PLUS	
14	buscopan	buscopan PLUS	
15	CANDEsartan	VALsartan	
16	TELMIsartan	IRBEsartan	
17	CAPtopril	LISInopril	
		RAMIpril	
18	cefADROXIL	cefIXIME	
19	cefAZOLIN	cefEPIME	
		cefUROXIME	
20	cefoPERAZONE	cefoTAXIME	
21	cefTRIAXONE	cefTIZOXIME	
		cefTAZIDIME	
22	cendo MYCETIN EO	cendo MYCOS EO	
23	cendo polyDEX ED	cendo polyNEL ED	
		cendo polyGRAN ED	
24	cendo vasacon	cendo vasacon A	
25	ChlorampheNICOL Cream	chlorampheCORT H Cream	
		chlorampheCORT Cream	
26	CIPROfloxacin	LEVOfloxacin	
		OFLOxacin	
27	DIAzepam	CLONAzepam	
		MERLOpam	
28	CLOzapin	OLANzapin	
29	coDEIN	coDITAM	
30	coDIPRONT	coDIPRONT CUM EXPECT	
31	DOPAmine	DOBUTAmine	
32	EPHEDRine	EPINEPHRine	
33	EZElin	SANSUlin	
34	FLUCOnazole	KETOCOnazol	
35	ITRACOnazol	NEOMERCAzole	
36	gelafUSAL	geloFUSIN	

NO	NAMA OBAT	NAMA OBAT OBAT YANG UCAPANNYA MIRIP	LABEL
37	GENTAmycin	KANAmycin	
		STREPTOmycin	
38	gliBENKLAMID	gliCLAZIDE	
39	gliMEPIRED 4 MG HJ	gliQUIDONE	
40	HISTAPAN	HEPTASAN	
41	humalog KWIKPEN	humalog MIX 25	
		humalog MIX 50	
42	iliadin DROP ANAK	iliadin SPRAY ADULT	
43	imunos	imunos PLUS	
44	ioHEXOL	ioPARMIRO	
45	KETOprofen	IBUprofen	
		ketoROLAC	
46	LANSOprazole	OMEprazole	
		PANTOprazole	
47	LOVENOX 0.2	LOVENOX 0,4	
		LOVENOX 0,6	
48	MELOxicam	PIROxicam	
49	METRONIDAzole	FLUCONAzole	
50	nitrokaf retard	nitrokaf retard FORTE	
51	NORepinefrine	epinefrine	
52	NOVOmix	HUMALOG mix	
		novoRAPID	
53	nulacta	nulacta PLUS	
54	otoLIN	otILON	
		otoPAIN	
55	SIMVAstatin	ATORVAstatin	
56	PRAVAstatin	ROSUVAstatin	
57	renaBETIC 5 MG	renaDINAC	
58	becom C	becom ZET	
59	BIO CAL 95	CAL 95	
60	betason N Cream	betasonCream	
61	borraginol N supp	borraginol S supp	
62	imboost	imboost FORCE	
63	MYCOnazole cream	KTOCOnazole cream	
64	OLIGOcare	OVAcare	
65	gabaPENTIN	PREgabaLIN	
66	seloxy	seloxy AA	
67	surbex T	surbex Z	
68	tarivid EAR DROP	tarivid OPHTALMIC drop	
69	telfast	telfast OD	
70	THIAMphenicol	CHLORAMphenicol	
71	thrombogel	thromboPHOB gel	
72	sanadryl DMP	sanadryl EXPECTORANT	

LASA

Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa

DINAS KESEHATAN ANGKATAN UDARA
KEPALA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

dr. Irsan Fathurrohman W., Sp.B., M.Si., M.A.R.S.
Kolonel Kes NRP 524330

KEBIJAKAN STANDARISASI SINGKATAN YANG DIGUNAKAN DALAM PERESEPAN di RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

1. Bahasa latin digunakan untuk penulisan :
   a. Nama obat
   b. Ketentuan mengenai pembuatan
   c. Bentuk Obat
   d. Petunjuk aturan pemakaian Obat ditulis berupa singkatan, signatura.

2. Untuk menghindari salah interpreatasi singkatan Bahasa Indonesia sedapat mungkin dihindari.

3. Penulisan jumlah Obat dinyatakan dalam angka romawi.

4. Singkatan latin yang sering dipakai di resep :
   a. a.a = sama banyak,
   b. a.c = sebelum makan,
   c. a.n = malam sebelum tidur,
   d. ad.lib = secukupnya,
   e. a.u.e = untuk Obat luar,
   f. a.u.i : untuk Obat dalam,
   g. c : sendok makan/15ml,
   h. cth : sendok teh/5 ml,
   i. conc Pekat, dd : sehati,
   j. gtt : tetes,
   k. i.m.m : berikan ke tangan dokter,
   l. iter : harap diulang,
   m. inj : injeksi,
   n. m.f : campurlah dan buatlah,
   o. p.c : sesudah makan,
   p. p.r.n : kalau perlu,
   q. u.c :aturan pakai diketahui,
   r. u.e : Obat luar,
   s. sol : larutan,
   t. ungt : salep,
   u. pulv : serbuk tunggal,
   v. o.m : tiap pagi,
   w. on : tiap malam,
   x. vespere : sore ,
   y. g : gram,

Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa

DINAS KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
KEPALA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

dr. Iman Fathurrohman W., Sp.B., M.Si., M.A.R.S.
Kolonel Kes NRP 524330

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran 8 SPO Persetujuan Obat di Luar Formularium RSAU dr.Esnawan A
Tanggal Revisi 27 Februari 2026

<table>
<tr><td rowspan="2">Rumah Sakit
Angkatan Udara
dr. ESNAWAN
ANTARIKSA</td><td colspan="3">PERSETUJUAN PENGADAAN OBAT DI LUAR FORMULARIUM</td></tr>
<tr><td>No. Dokumen

SPO/675/PKPO.Akr/XII/2025</td><td>No. Revisi

01</td><td>Halaman

1 dari 1</td></tr>
<tr><td>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL</td><td>Tanggal terbit:

18 Desember 2025</td><td colspan="2">Ditetapkan Oleh :
KEPALA RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

dr. Iman Fathurrohman W., Sp.B., M.Si., M.A.R.S.
Kolonel Kes NRP 524330</td></tr>
<tr><td>Pengertian</td><td colspan="3">Formularium adalah daftar obat yang disusun secara kolaboratif serta digunakan oleh seluruh staf medis rumah sakit dan berlaku pada periode tertentu (satu tahun).</td></tr>
<tr><td>Tujuan</td><td colspan="3">Sebagai acuan penulisan resep dokter di RSAU dr. Esnawan Antariksa dan pengawasan penggunaan obat di rumah sakit</td></tr>
<tr><td>Kebijakan</td><td colspan="3">Keputusan Kepala Rumah Sakit Angkatan Udara Nomor Kep/130/VIIII/2026 tanggal 13 Agustus 2026 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Farmasi RSAU dr. Esnawan Antariksa.</td></tr>
<tr><td>Referensi</td><td colspan="3">1. Undang-Undang RI Nomor 17 tahun 2024 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk pada Penyelenggaran Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan;
2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1199/2025 tentang Formularium Nasional.</td></tr>
<tr><td>Prosedur</td><td colspan="3">1.Dokter mengisi blanko permintaan obat non formularium.
2. Dokter pengusul mengajukan kepada Ka Klinik spesialis tempat bekerja.
3. Kepala Klinik spesialis menandatangani blanko permintaan obat non formularium dan mengajukan ke ketua KFT (Komite Farmasi dan Terapi).
4. Ketua KFT beserta anggotanya melakukan rapat terbatas untuk mempertimbangkan ususlan tersebut.</td></tr>
</table>

	5. Setelah diadakan rapat KFT membuat rekomendasi untuk ditolak dan diterima dengan penjelasan singkat serta diketahui oleh kepala rumahsakit dan Ka Instalasi Farmasi 6. Blanko permintaan dikirimkan ke Ka Instalasi farmasi untuk mengetahui jenis obat non formularium yang diajukan. 7. Blanko permintaan obat diajukan ke kepala rumah sakit untuk ditandatangani
Unit Terkait	SMF Komite Farmasi dan Terapi Instalasi Farmasi

PUSAT KESEHATAN TNIANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran 9 Form Permintaan Obat Non Form
Formularium RSAU dr. Esnawan A
Tanggal Revisi 27 Februari 2026

FORMULIR PERMINTAAN OBAT NON FORMULARIUM

Nama Dokter Pengusul :

Ruang/Klinik :

SIK/SIP :

1. NAMA GENERIK : _____
2. NAMA DAGANG DAN PABRIK : _____
3. BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN : _____
4. INDIKASI : _____
5. ALASAN PERMINTAAN : _____

6. JUMLAH YANG DIMINTA

Mengetahui, Dokter
Yang Meminta

( )

Kepala Poliklinik

( )

Catatan :

Agar dilampirkan literatur pendukung.

Rekomendasi Komite Farmasi dan Terapi (KFT)

1. YA, disetujui.
2. TIDAK, karena

_____

_____

_____

Mengetahui,
Ka RSAU dr. Esnawan Antariksa

( )

Ketua Komite Farmasi dan Terapi (KFT)

( )

PUSAT KESEHATAN TNI ANGKATAN UDARA
RSAU dr. ESNAWAN ANTARIKSA

Lampiran 10 Form Usulan Obat Baru
Formularium RSAU dr. Esnawan A
Tanggal Revisi 27 Februari 2026

FORMULIR USULAN OBAT BARU

Nama Dokter Pengusul : .....
Ruang/Klinik : ……
SIK/SIP : ……

NO	OBAT		KEKUATAN	SATUAN	PERTIMBANGAN				
	NAMA GENERIK	NAMA DAGANG			INDIKASI	EFEKTIFITAS	KEAMANAN	KETERSEDIAAN	NILAI EKONOMIS
1									
2									
3									

Catatan : Agar dilampirkan literatur pendukung.

Mengetahui
Ka Instalasi Farmasi

( )

Menyetujui
Ketua Komite Farmasi dan Terapi

( )

Jakarta,
Kepala Klinik Spesialis .....

( )

Mengetahui,
Kepala RSAU dr. Esnawan Antariksa

( )