# FORMULARIUM OBAT




**RSUD Dr. SAIFUL ANWAR**

**MALANG**

**2021**

# SAMBUTAN
# DIREKTUR RSUD Dr. SAIFUL ANWAR MALANG

Dengan mengucap syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, kita sambut dengan baik penerbitan Formularium Obat Rumah Sakit RSUD Dr. Saiful Anwar tahun 2021. Buku Formularium Obat ini merupakan pemutakhiran item obat yang akan digunakan untuk pasien di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang. Penyusunan Formularium Obat ini dilakukan oleh Komite Farmasi dan Terapi berdasarkan perkembangan Formularium Nasional, *E-catalog* dan masukan dari klinisi dan SMF terkait.

Formularium ini dapat digunakan sebagai pedoman bagi para Dokter Penanggung Jawab Pasien serta para peserta didik untuk memenuhi kebutuhan pelayanan obat bagi pasien di RSUD Dr. Saiful Anwar. Dengan demikian, peningkatan mutu pelayanan sesuai dengan visi dan misi yang telah ditetapkan RSUD Dr. Saiful Anwar dapat diwujudkan.

Akhirnya ucapan selamat dan penghargaan ditujukan kepada semua pihak terutama Komite Farmasi dan Terapi yang telah menyelesaikan Formularium Obat Rumah Sakit RSUD Dr. Saiful Anwar tahun 2019 dengan sebaik-baiknya.

.

Malang, 01 Oktober 2021

DIREKTUR RSUD Dr. SAIFUL ANWAR MALANG

Dr. dr. Kohar Hari Santoso, Sp.An.,KAP.,KIC.

NIP. 1961 1203 198802 1 001

# KATA PENGANTAR

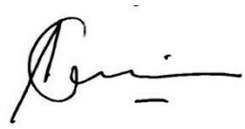
Puji syukur kita panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan nikmat yang tiada putus-putusnya, sehingga penyusunan Formularium Obat RSUD Dr. Saiful Anwar Malang Tahun 2020 ini terselesaikan dengan baik dan lancar.

Revisi Formularium Obat merupakan salah satu tugas anggota Komite Farmasi dan Terapi (KFT) untuk membantu Pimpinan Rumah Sakit dalam menentukan kebijakan penggunaan obat dan pengobatan secara rasional. Atas persetujuan Pimpinan Rumah Sakit dan hasil rapat KFT, maka ditetapkan bahwa Formularium Obat Rumah Sakit disusun berdasarkan Daftar Obat Essensial Nasional (DOEN), Formularium Nasional (Fornas) beserta perubahannya, *E-catalog* obat dan obat-obat di luar Fornas / Perubahan Fornas yang diusulkan oleh SMF/DPJP untuk dimasukkan ke dalam Formularium Obat Rumah Sakit.

Formularium yang telah disusun ini merupakan perwujudan kesepakatan dalam pilihan obat dan kebutuhan informasi SMF/Instalasi mengenai obat yang digunakan untuk pasien di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang. Oleh karena itu, ketaatan dan kedisiplinan penulisan resep obat-obatan yang ada di dalam Formularium Obat Rumah Sakit adalah standar kepatuhan terhadap kesepakatan yang telah dibuat.

Atas kerja sama yang baik selama ini dari seluruh anggota KFT dengan SMF/Instalasi serta semua pihak yang telah memberikan bantuan hingga penerbitan Formularium Obat ini dapat terlaksana, kami mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya. Dan dengan selalu berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran, kami selalu terbuka untuk pengkajian ulang dan revisi demi kesempurnaan Formularium Obat Rumah Sakit. Semoga dengan terbitnya formularium obat ini, mutu pelayanan di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang akan lebih meningkat.

Malang, 01 Oktober 2021
Ketua Komite Farmasi dan Terapi



Dr. dr. Atma Gunawan, Sp.PD KGH
NIP. 19651005 199503 1 004

PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SAIFUL ANWAR
TERAKREDITASI SNARS ED. 1 INTERNASIONAL

18 Februari 2018 s.d. 18 Februari 2021
Jl. Jaksa Agung Suprapto No.2 MALANG 65111 Telp. ( 0341 ) 362101, Fax. ( 0341 ) 369384
E-mail : staf-rsu-drsaifulanwar@jatimprov.go.id
Website : www.rsusaifulanwar.jatimprov.go.id

# K E P U T U S A N
# DIREKTUR RSUD Dr. SAIFUL ANWAR MALANG
# NOMOR : 442 /23220.a/ 302 / 2021
# TENTANG
# FORMULARIUM OBAT RSUD Dr. SAIFUL ANWAR
# TAHUN 2021

DIREKTUR RSUD Dr. SAIFUL ANWAR MALANG

Menimbang :

a. bahwa dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kefarmasian di rumah sakit melalui kendali mutu dan kendali biaya serta efisiensi pelayanan kesehatan;
b. bahwa dalam rangka menjamin ketersediaan dan pengendalian persediaan obat untuk mendukung pelayanan kefarmasian sistem satu pintu di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang;
c. bahwa Formularium Obat RSUD Dr. Saiful Anwar Tahun 2020 sebagaimana telah ditetapkan dalam Keputusan Direktur RSUD Dr. Saiful Anwar Malang Nomor 442/ 9551/ 302/ 2020 perlu disesuaikan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta kajian pola penyakit yang terjadi di masyarakat;
d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, b dan c, maka perlu menetapkan Keputusan Direktur tentang Formularium Obat RSUD Dr. Saiful Anwar Malang Tahun 2021.

Mengingat :

1. Undang - Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
2. Undang - Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
3. Peraturan Pemerintah RI Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian;
4. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.02.02/ MENKES/ 068/ I/ 2010 tentang Kewajiban Menggunakan Obat Generik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah;
5. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit;
6. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 54 Tahun 2018 tentang Penyusunan dan Penerapan Formularium Nasional dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan;
7. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/ MENKES/ 813/ 2019 tentang Formularium Nasional;
8. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/ MENKES / 200/ 2020 tentang Pedoman Penyusunan Formularium Rumah Sakit;
9. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/ MENKES/ 350/ 2020 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/ MENKES/ 813/ 2019 tentang Formularium Nasional;
10. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 11 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Daerah Provinsi Jawa Timur;
11. Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 118/ 439/ KPTS/ 013/ 2008 tentang Penetapan RSU Dr. Saiful Anwar Malang Provinsi Jawa Timur sebagai Badan Layanan Umum Daerah;
12. Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 65 Tahun 2020 tentang Pedoman Kerja dan Pelaksanaan Tugas Pemerintah Daerah Provinsi Jawa Timur Tahun 2021.

| | | |
|---|---|---|
| Memperhatikan | : | Nota Dinas Ketua Komite Farmasi dan Terapi Nomor : 442/ 108 / K.2/ 302/ 2020, tanggal 20 September 2021, perihal Permohonan Pengesahan SK Direktur tentang Formularium Obat RSUD Dr. Saiful Anwar Tahun 2021. |

**MEMUTUSKAN**

| | | |
|---|---|---|
| Menetapkan | : | |
| Pertama | : | Memberlakukan Formularium Obat Rumah Sakit Tahun 2021 sebagai acuan pelayanan pemberian obat di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang; |
| Kedua | : | Isi Formularium Obat Rumah Sakit akan ditinjau dan disempurnakan terus menerus oleh Komite Farmasi dan Terapi RSUD Dr. Saiful Anwar Malang untuk disesuaikan dengan perkembangan yang ada; |
| Ketiga | : | Mewajibkan semua tenaga medis yang menulis resep obat sesuai dengan yang tercantum dalam Formularium Obat Rumah Sakit Tahun 2021; |
| Keempat | : | Dengan dikeluarkannya keputusan ini, maka Keputusan Direktur RSUD Dr. Saiful Anwar Malang No. 442 / 9551 / 302 / 2020, tanggal 24 Maret 2020, tentang Pemberlakuan Formularium Obat RSUD Dr. Saiful Anwar Malang Tahun 2020 dinyatakan dicabut dan tidak berlaku lagi; |
| Kelima | : | Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan disampaikan kepada yang bersangkutan untuk diketahui dan dilaksanakan dengan penuh tanggung jawab; |
| Keenam | : | Apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan dalam keputusan ini, maka akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya. |

| | | |
|---|---|---|
| DITETAPKAN DI | : | MALANG |
| PADA TANGGAL | : | 01 Oktober 2021 |

DIREKTUR RSUD Dr. SAIFUL ANWAR MALANG

Dr. dr. Kohar Hari Santoso, Sp.An.,KAP.,KIC.
NIP. 1961 1203 198802 1 001

:

Mengingat :

13. Undang - Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
14. Undang - Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
15. Peraturan Pemerintah RI Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian;
16. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.02.02/ MENKES/ 068/ I/ 2010 tentang Kewajiban Menggunakan Obat Generik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah;
17. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit;
18. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 54 Tahun 2018 tentang Penyusunan dan Penerapan Formularium Nasional dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan;
19. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/ MENKES/ 813/ 2019 tentang Formularium Nasional;
20. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/ MENKES / 200/ 2020 tentang Pedoman Penyusunan Formularium Rumah Sakit;
21. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/ MENKES/ 350/ 2020 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/ MENKES/ 813/ 2019 tentang Formularium Nasional;
22. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 11 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Daerah Provinsi Jawa Timur;
23. Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 118/ 439/ KPTS/ 013/ 2008 tentang Penetapan RSU Dr. Saiful Anwar Malang Provinsi Jawa Timur sebagai Badan Layanan Umum Daerah;
24. Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 65 Tahun 2020 tentang Pedoman Kerja dan Pelaksanaan Tugas Pemerintah Daerah Provinsi Jawa Timur Tahun 2021.

Memperhatikan : Nota Dinas Ketua Komite Farmasi dan Terapi Nomor : 442/ 108 / K.2/ 302/ 2020, tanggal 20 September 2021, perihal Permohonan Pengesahan SK Direktur tentang Formularium Obat RSUD Dr. Saiful Anwar Tahun 2021.

**MEMUTUSKAN**

Menetapkan :

Pertama : Memberlakukan Formularium Obat Rumah Sakit Tahun 2021 sebagai acuan pelayanan pemberian obat di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang;

Kedua : Isi Formularium Obat Rumah Sakit akan ditinjau dan disempurnakan terus menerus oleh Komite Farmasi dan Terapi RSUD Dr. Saiful Anwar Malang untuk disesuaikan dengan perkembangan yang ada;

Ketiga : Mewajibkan semua tenaga medis yang menulis resep obat sesuai dengan yang tercantum dalam Formularium Obat Rumah Sakit Tahun 2021;

Keempat : Dengan dikeluarkannya keputusan ini, maka Keputusan Direktur RSUD Dr. Saiful Anwar Malang No. 442 / 9551 / 302 / 2020, tanggal 24 Maret 2020, tentang Pemberlakuan Formularium Obat RSUD Dr. Saiful Anwar Malang Tahun 2020 dinyatakan dicabut dan tidak berlaku lagi;

# KETENTUAN UMUM

1. Formularium Obat Rumah Sakit

   Formularium Obat Rumah Sakit merupakan daftar obat yang disepakati beserta informasinya yang harus diterapkan di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang. Formularium Obat Rumah Sakit disusun oleh Komite Farmasi dan Terapi berdasarkan Daftar Obat Essensial Nasional (DOEN), Formularium Nasional beserta perubahannya, *E-Catalog*, dan disempurnakan dengan mempertimbangkan obat lain yang diusulkan oleh SMF/DPJP, yang terbukti secara ilmiah dibutuhkan untuk pelayanan di rumah sakit. Penyusunan Formularium Obat Rumah Sakit juga mengacu pada pedoman pengobatan yang berlaku. Penerapan Formularium Obat Rumah Sakit harus selalu dipantau. Hasil pemantauan dipakai untuk pelaksanaan evaluasi dan revisi agar sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran.

2. Tata cara penulisan resep

   2.1. Resep yang berlaku di RSUD Dr. Saiful Anwar hanyalah resep dari RSUD Dr. Saiful Anwar;

   2.2. Resep ditulis oleh dokter yang namanya tercantum dalam daftar staf medis yang berhak menulis resep;

   2.3. Resep harus ditulis dengan jelas, dapat terbaca, dan lengkap memuat nama dokter, tanggal penulisan resep, paraf dokter dan informasi spesifik pasien meliputi : nama pasien, nomor rekam medik, umur, berat badan (pasien anak), nama obat, dosis, rute pemberian, frekuensi/waktu pemberian, dan alergi;

   2.4. Sebelum menuliskan resep, dokter harus memperhatikan tiga kemungkinan : kontraindikasi, interaksi obat, dan reaksi alergi;

   2.5. Menggunakan istilah dan singkatan yang ditetapkan rumah sakit dan tidak boleh menggunakan singkatan yang dilarang (tersedia daftar singkatan yang digunakan dan dilarang di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang);

   2.6. Resep obat narkotika dan psikotropika harus menggunakan resep asli dokter dengan mencantumkan nama lengkap dokter, tanda tangan dokter; nama pasien dan alamat pasien;

   2.7. Resep obat sitostatika ditulis oleh dokter disertai protocol resep sitostatika yang telah disetujui oleh konsultan hematologi/onkologi;

   2.8. Resep antibiotik sebagai terapi empirik mengacu pada Pedoman Penggunaan Antimikroba RSUD Dr.Saiful Anwar.

   2.9. Untuk pasien rawat inap, tiap resep yang diterima hanya mencakup pengobatan maksimum selama 3 (tiga) hari;

   2.10. Untuk pasien rawat jalan (kronis), tiap resep yang diterima hanya mencakup pengobatan maksimum selama 30 (tiga puluh) hari.

3. Tata cara pengusulan obat di luar formularium obat rumah sakit

   3.1. Apabila atas dasar pertimbangan medis untuk seorang pasien ada alasan yang rasional untuk pemakaian obat yang tidak tercantum dalam Formularium Obat Rumah Sakit, dapat dimintakan persetujuan dari Direktur RSUD Dr. Saiful Anwar, yang dalam hal ini diwakilkan kepada Komite Farmasi dan Terapi, oleh Ketua SMF yang bersangkutan, dengan dilengkapi data yang diperlukan untuk pertimbangan.

3.2. Obat yang tidak tercantum dalam Formularium Obat Rumah Sakit dan di kemudian hari dipandang perlu untuk dicantumkan dalam Formularium Obat Rumah Sakit, dapat diusulkan oleh Ketua SMF kepada Direktur RSUD Dr. Saiful Anwar melalui Komite Farmasi dan Terapi.

4. Pemantauan dan evaluasi

Pemantauan dan evaluasi dilakukan untuk menunjang keberhasilan penerapan formularium sekaligus dapat mengidentifikasi permasalahan potensial dan strategi penanggulangan yang efektif.

Hal ini dapat dicapai melalui koordinasi, supervisi, pemantauan dan evaluasi penerapan formularium.

5. Revisi Formularium Obat

Formularium Obat perlu direvisi dan disempurnakan secara berkala. Revisi tidak hanya untuk menyesuaikan dengan kemajuan ilmu pengetahuan, tetapi juga untuk kepraktisan dalam penggunaan dan penyerapan yang disesuaikan dengan tenaga kesehatan dan sarana pelayanan kesehatan yang ada. Penyempurnaan Formularium Obat dilakukan secara terus menerus dengan usulan materi dari SMF/DPJP.

Kriteria penambahan dan pengurangan nama generik dalam formularium obat :

a. Memiliki rasio manfaat dan risiko yang paling menguntungkan bagi pasien;
b. Mutu terjamin, termasuk stabilitas dan penyimpanan;
c. Praktis dalam penyimpanan dan pengangkutan;
d. Menguntungkan dalam hal kepatuhan dan penerimaan oleh penderita;
e. Bila terdapat lebih dari satu pilihan, yang memiliki efek terapi yang serupa, pilhan dijatuhkan kepada :
   - Obat yang sifatnya paling diketahui berdasarkan data ilmiah;
   - Obat dengan sifat farmakokinetik yang paling menguntungkan;
   - Obat yang stabilitasnya lebih baik;
   - Mudah diperoleh;
   - Obat yang telah dikenal.
f. Obat yang baru diusulkan harus memiliki bukti ilmiah terkini (*evidence based medicine*), telah jelas efikasi dan keamanan, serta keterjangkauan harganya. Dalam hal ini obat yang telah tersedia dalam nama generik menjadi prioritas pemilihan.

# KETENTUAN REDAKSIONAL

1. SUSUNAN

1.1. Formularium Obat Rumah Sakit disusun berdasarkan ketentuan pada Formularium Nasional Tahun 2020 beserta perubahannya, *E-catalog* obat, dan usulan dari SMF/DPJP. Obat dikelompokkan berdasarkan kelas, subkelas farmakoterapi.

1.2. Bentuk sediaan, kekuatan sediaan yang tercantum dalam Formularium Obat Rumah Sakit adalah mengikat.

2. TATA NAMA

2.1. Nama obat ditulis dengan nama generik sesuai dengan Farmakope Indonesia Edisi IV Tahun 1995.

2.2. Obat yang sudah lazim digunakan dan tidak mempunyai nama generik, ditulis dengan nama lazim. Misalnya : garam oralit.

2.3. Obat kombinasi ditulis dengan nama generiknya masing-masing komponen zat berkhasiatnya disertai kekuatan masing-masing komponen.

2.4. Untuk beberapa hal yang dianggap perlu, nama sinonim ditulis diantara tanda kurung.

3. PENGERTIAN DAN SINGKATAN

A. Pengertian

1. Bentuk sediaan

   Bentuk sediaan adalah bentuk obat sesuai proses pembuatan obat tersebut dalam bentuk seperti yang akan digunakan, misalnya : tablet salut enterik, injeksi intravena.

2. Kekuatan sediaan

   Kekuatan sediaan adalah kadar zat berkhasiat dalam sediaan obat jadi.

   Kekuatan sediaan dalam bentuk garam atau esternya, maka garam atau esternya dicantum,kan dalam tanda kurung, misalnya : amilorid tablet 5 mg (hidroklorida). Sedangkan untuk kekuatan kandungan zat sebagai, misalnya : klorokuin tablet 150 mg (sebagai fosfat).

3. Kemasan

   Kemasan adalah wadah kecil yang berhubungan langsung dengan obat.

B. Singkatan

| | |
|---|---|
| Amp | : ampul |
| Btl | : botol |
| Bls | : blister |
| ih | : inhalasi |
| inj | : injeksi |
| inj dlm minyak | : injeksi dalam minyak |
| i.a. | : injeksi intraarteri |
| infiltr | : injeksi infiltrasi |
| i.k. | : injeksi intrakutan |
| i.m. | : injeksi intramuskular |
| i.v. | : injeksi intravena |
| p.v. | : injeksi paravertebral |

| | |
|---|---|
| s.k. | : injeksi subkutan |
| kaps | : kapsul |
| kapl | : kaplet |
| klg | : kaleng |
| ktg | : kantong |
| lar | : larutan |
| lar rektal | : larutan rektal |
| lar infus | : larutan infus |
| serb | : serbuk |
| serb aktif | : serbuk aktif |
| serb inj | : serbuk injeksi |
| serb inj i.v. | : serbuk injeksi intravena |
| serb kering | : serbuk kering |
| sir | : sirup |
| sir kering | : sirup kering |
| sup | : supositoria |
| susp | : suspensi |
| tab | : tablet |
| tab scored | : tablet dengan tanda belah |
| tts | : tetes |

C. Lain-lain

Penulisan informasi pada kolom keterangan dimaksudkan untuk obat-obat dengan pemakaian sebagai berikut :

1. Diperlukan pemantauan terhadap kemungkinan timbulnya efek samping
2. Pembatasan indikasi
3. Terbatasnya untuk kasus-kasus tertentu
4. Diperlukan monitoring ketat atau pertimbangan medis
5. Diperlukan perhatian terhadap sifat/cara kerja obat
6. Diperlukan cara atau perlakuan khusus
7. Diperlukan fasilitas tertentu

# KEBIJAKAN *AUTOMATIC STOP ORDER* (*HARD STOP*)

I. TUJUAN

Untuk memastikan pemberian obat yang aman melalui proses *stop order*, terutama untuk beberapa obat yang harus dievaluasi dan ditinjau secara konsisten, serta pemberitahuan informasi tersebut kepada dokter.

II. DEFINISI

*Automatic Stop Order* (ASO) adalah penghentian penggunaan obat yang diberikan kepada pasien secara otomatis. Farmasi akan dengan sendirinya menghentikan obat tersebut apabila lama terapi yang ditentukan terlewati. Ketentuan ini diterapkan pada obat-obat kategori tertentu yang dianggap sebagai obat yang kuat/potent dan obat-obat yang memerlukan *review* regular. Misal : antiinfeksi, antiviral, antifungi, narkotik, dan kortikosteroid. Jadi pengobatan atau peresepan yang tidak disebutkan secara khusus tentang jumlah obat atau lama hari pengobatan, maka akan dikenai kebijakan *automatic stop order*.

III. PROSEDUR

A. *Automatic Stop Order* diterapkan sebagai berikut, kecuali terdapat protokol spesifik tentang lama terapi yang dikehendaki oleh dokter. Jika durasi terapi tidak ditentukan, maka berlaku ketentuan berikut :

**DAFTAR OBAT *AUTOMATIC STOP ORDER* DAN**
**PERINGATAN ASSESSMENT ULANG PENGOBATAN**
**(*Medication Reassessment Alerts*)**

| JENIS OBAT | BATASAN WAKTU *STOP ORDER* | KETERANGAN |
|---|---|---|
| Pethidin | 2 hari | Untuk mencegah akumulasi hasil metabolisme yang toksik. |

| JENIS OBAT | BATASAN WAKTU *STOP ORDER* | KETERANGAN |
|---|---|---|
| Ketorolak (oral dan parenteral) | 5 hari | - IV : Maksimal 120 mg/hari<br>Untuk mencegah *adverse effect* pada ginjal dan saluran gastrointestinal |
| Antikoagulan (*low molecular weight* heparin, heparin, fondaparinux) | 7 hari | - Assessment ulang berdasarkan respon klinik pasien. |
| Antiinfeksi :<br>- oral dan parenteral, kecuali antituberkulosis<br>- antiviral, kecuali amantadin | 7 hari | - Pemberian lanjutan diberikan bila tersedia hasil kultur, respon klinis yang baik, atau ada persetujuan dari KPRA dan KFT.<br>Bila respon klinik membaik, hendaknya |

| | | |
|---|---|---|
| dan oseltamivir diberikan sesuai protokol | | dilakukan *assessment*untuk *switch* dari parenteral ke oral. |
| Antiinfeksi (topikal/mata/telinga) Antifungi oral, topikal | 10 hari | Assessment ulang berdasarkan respon klinik pasien. |
| Narkotik Kortikosteroid, topikal | 10 hari | - Assessment ulang berdasarkan respon klinik pasien. |
| Kortikosteroid (ophthalmic dan oral) | 7 hari | Assessment ulang berdasarkan respon klinik pasien. |
| Obat-obat penyakit kronik (DM, HT, Jantung, Psikiatri, dll) | 30 hari | Assessment ulang berdasarkan respon klinik pasien. |

B. Pemesanan obat juga akan otomatis dihentikan ketika pasien :
   1. Dipindahkan ke atau dari ruang intensif (ICU, ICCU, HCU)
   2. Dipindahkan ke atau dari pelayanan medis lain (misalkan dari departemen Bedah ke Penyakit Dalam)
   3. Dikirim ke ruang operasi.

C. Apoteker akan mengingatkan dokter dan perawat jika mendapati suatu pengobatan yang hampir mencapai batas pemberian yang aman. Pengobatan akan dilanjutkan setelah dinyatakan secara tertulis oleh dokter yang bersangkutan.

D. Identifikasi dan komunikasi terkait *automatic stop order* akan disampaikan 48 jam sebelum batas waktu pemesanan.
   1. Apoteker akan mengirim peringatan tentang *automatic stop order* yang akan dilakukan.
   2. Peringatan akan ditandai dengan stiker yang akan ditempatkan pada lembar Catatan Perkembangan Pasien Terpadu (CPPT) di rekam medis.

CONTOH STIKER *AUTOMATIC STOP ORDER* :




## IV. MONITORING DAN EVALUASI

Instalasi Farmasi dapat memonitor kepatuhan terhadap kebijakan ini dan melaporkan hasilnya ke Komite Farmasi dan Terapi (KFT). KFT bertanggung jawab untuk menjamin bahwa semua tenaga kesehatan patuh terhadap persyaratan kebijakan ini, bahwa prosedur ini diimplementasikan dan diikuti di rumah sakit, dan kejadian ketidakpatuhan pada kebijakan ini akan dilaporkan kepada Direktur rumah sakit.

## V. PENEGAKAN

Seluruh staf di rumah sakit dan staf medis yang tanggung jawabnya dipengaruhi oleh kebijakan ini diharapkan mengetahui prosedur dasar dan tanggung jawab yang telah disusun dalam kebijakan ini. Ketidakpatuhan terhadap kebijakan ini akan menandakan perlunya dicapai kesepakatan/komitmen bersama terhadap manajemen kinerja yang sesuai dengan kebijakan dan prosedur.

# PETUNJUK PENGGUNAAN FORMULARIUM OBAT

Buku Formularium Obat RSUD Dr. Saiful Anwar Malang tahun 2021 dibagi menjadi 3 bagian :

A. Berisi informasi umum

B. Berisi daftar obat formularium yang terdiri dari:

- Kolom NO KELAS TERAPI berisi kode kelas terapi yang mengacu pada kode dalam Formularium Nasional (dengan modifikasi).
- Kolom No Urut Obat, dimaksudkan adalah nomor urut obat dari subkelas terapi.
- Kolom NAMA GENERIK berisi nama generik obat.
- Kolom BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN berisi bentuk sediaan dan kekuatan sediaan obat.
- Kolom F/NF berisi keterangan tentang status obat Fornas atau Non Fornas. Kode F = obat Formularium Nasional (Fornas); F* = obat Fornas (Perubahan I), NF = obat Non Fornas.
- Kolom FORMULARIUM NASIONAL (RESTRIKSI DAN PERESEPAN MAKSIMAL) berisi Restriksi (Pembatasan penggunaan hanya untuk indikasi tertentu atau di tempat pelayanan) dan Jumlah Maksimal yang dapat digunakan. Kode (OP) : Obat Pelengkap, adalah obat non fornas/obat fornas dengan penyesuaian restriksi yang dapat digunakan oleh pasien JKN
- Kolom NAMA GENERIK berisi nama generik yang disetujui masuk dalam formularium obat. Untuk obat yang belum teregistrasi di BPOM dapat diajukan melalui Jalur *Special Access Scheme* (SAS).
- Pada kelas terapi 6 (ANTIINFEKSI), pelaksanaannya harus mengacu pada PANDUAN PENGGUNAAN ANTIMIKROBA (PPAM) RSSA.

C. Berisi lampiran-lampiran :

- Nama generik baru dalam Formularium Obat Tahun 2021
- Bentuk dan kekuatan sediaan baru dalam Formularium Obat Tahun 2021

# DAFTAR ISI


Hal.

SAMBUTAN DIREKTUR RSUD Dr. SAIFUL ANWAR MALANG ..... i
KATA PENGANTAR ..... ii
KEPUTUSAN DIREKTUR ..... iv
KETENTUAN UMUM ..... viii
KEBIJAKAN *AUTOMATIC STOP ORDER* ..... xii
PETUNJUK PENGGUNAAN FORMULARIUM OBAT ..... xiv
DAFTAR ISI ..... xv
**BAGIAN I** ..... 1
1. ANALGESIK, ANTIPIRETIK, ANTIINFLAMASI NON STEROID, ANTIPIRAI ..... 1
1.1. ANALGESIK NARKOTIK ..... 1
. 1.2. ANALGESIK NON NARKOTIK, ANTIPIRETIK, ANTIINFLAMASI NON STEROID ..... 1
1.3. ANTIPIRAI ..... 1
1.4. NYERI NEUROPATIK ..... 1
2. ANESTETIK ..... 2
2.1. ANESTETIK LOKAL ..... 2
2.2. ANESTETIK UMUM DAN OKSIGEN ..... 2
2.3. OBAT UNTUK PROSEDUR PERI OPERATIF ..... 2
3. ANTIALERGI DAN OBAT UNTUK ANAFILAKSIS ..... 2
4. ANTIDOT DAN OBAT LAIN UNTUK KERACUNAN ..... 2
4.1. KHUSUS ..... 2
4.2. UMUM ..... 3
5. ANTIEPILEPSI – ANTIKONVULSI ..... 3
6. ANTIINFEKSI ..... 3
6.1. ANTELMINTIK ..... 3
6.1.1. ANTELMINTIK INTESTINAL ..... 3
6.1.2. ANTIFILARIA ..... 3
6.2. ANTIBAKTERI ..... 3
6.2.1. BETA LAKTAM ..... 3
6.2.2. ANTIBAKTERI LAIN ..... 4
6.2.2.1. TETRACYCLIN ..... 4
6.2.2.2. CHLORAMPHENICOL ..... 4
6.2.2.3. SULFA-TRIMETOPRIM ..... 4
6.2.2.4. MAKROLID ..... 4
6.2.2.5. AMINOGLICOSIDE ..... 5
6.2.2.6. QUINOLON ..... 5
6.2.2.7. LINCOSAMID ..... 5
6.2.2.8. PENGGUNAAN KHUSUS ..... 5
6.3. ANTIINFEKSI KHUSUS ..... 6
6.3.1. ANTILEPRA ..... 6
6.3.2. ANTITUBERCULOSIS ..... 6
6.3.3. ANTISEPTIK SALURAN KEMIH ..... 7
6.4. ANTIFUNGI ..... 7
6.5. ANTIPROTOZOA ..... 7
6.5.1. ANTIAMUBA DAN ANTIGUARDIASIS ..... 7
6.5.2. ANTIMALARIA ..... 7
6.5.2.1. UNTUK PENGOBATAN ..... 7
6.6. ANTIVIRUS ..... 8
6.6.1. ANTIHERPES ..... 8
6.6.2 .ANTICITOMEGALOVIRUS ..... 8
6.6.3. ANTIRETROVIRAL ..... 8
6.6.3.1. NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCIPTASE INHIBITOR (NRTI) ..... 8
6.6.3.2. NON NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCIPTASE INHIBITOR (NNRTI) ..... 8
6.6.3.3 NRTI + NNRTI ..... 8
6.6.3.4. PROTEASE INHIBITOR ..... 8
6.6.4. ANTIHEPATITIS ..... 8
6.6.5. LAIN-LAIN ..... 9
7. ANTIMIGRAIN DAN ANTIVERTIGO ..... 9
7.1. ANTIMIGRAIN, UNTUK PROFILAKSIS ..... 9
7.1.1. PROFILAKSIS ..... 9
7.1.2. SERANGAN AKUT ..... 9
7.2. ANTIVERTIGO ..... 9
8. ANTINEOPLASTIK, IMUNOSUPRESAN DAN OBAT UNTUK TERAPI PALIATIF ..... 9
8.1. HORMON DAN ANTIHORMON ..... 9
8.2. IMUNOSUPRESAN ..... 10
8.3. SITOTOKSIK ..... 11
8.4. LAIN-LAIN ..... 14
9. ANTIPARKINSON ..... 14
10. DARAH, OBAT YANG MEMPENGARUHI ..... 14
10.1. ANTIANEMIA ..... 14
10.2. KOAGULASI, OBAT YANG MEMPENGARUHI ..... 15
10.3. HEMATOPOETIK ..... 15
11. PRODUK DARAH DAN PENGGANTI PLASMA ..... 15
11.1 PRODUK DARAH ..... 15
11.2. PENGGANTI PLASMA DAN PLASMA EKSPANDER ..... 16
12. DIAGNOSTIK ..... 16
12.1. BAHAN KONTRAS RADIOLOGI ..... 16

12.1.1. GASTROINTESTINAL ..... 16
12.1.2. INTRAVASKULAR ..... 16
12.2. MAGNETIC RESONANCE CONTRAST MEDIA ..... 16
12.2.1. INTRATEKAL ..... 16
12.2.2. BODY CAVITY ..... 16
12.2.3. ULTRASOUND ..... 16
12.3. TES FUNGSI ..... 16
12.3.1 GINJAL ..... 16
12.3.2.MATA ..... 16
12.3.3.KULIT ..... 16
12.4. LAIN-LAIN ..... 16
13. DESINFEKTAN&ANTISEPTIK ..... 17
13.1. ANTISEPTIK ..... 17
13.2. DESINFEKTAN ..... 17
13.3. LAIN-LAIN ..... 17
14. OBAT DAN BAHAN UNTUK GIGI DAN MULUT ..... 17
14.1. ANTISEPTIK DAN BAHAN UNTUK PERAWATAN SALURAN AKAR GIGI ..... 17
14.2. ANTIFUNGI OROFARINGEAL ..... 17
14.3. OBAT UNTUK PENCEGAHAN KARIES ..... 17
14.4. BAHAN TUMPAT ..... 17
14.5.PREPARAT LAINNYA ..... 17
15. DIURETIK DAN OBAT UNTUK HIPERTROFI PROSTAT ..... 17
15.1. DIURETIK ..... 17
15.2. OBAT UNTUK HIPERTROFI PROSTAT ..... 18
16. HORMON, OBAT ENDOKRIN LAIN DAN KONTRASEPSI ..... 18
16.1. HORMON ANTIDIURETIK ..... 18
16.2. ANTIDIABETES, OBAT ..... 18
16.2.1.ANTIDIABETES ORAL ..... 18
16.2.2. ANTIDIABETES PARENTERAL ..... 18
16.2.2.1. HUMAN INSULIN ..... 18
16.2.2.2. ANALOG INSULIN ..... 18
16.3. HORMON KELAMIN DAN OBAT YANG MEMPENGARUHI FERTILITAS ..... 19
16.3.1. ANDROGEN ..... 19
16.3.2. ESTROGEN ..... 19
16.3.3. PROGESTOGEN ..... 19
16.3.4. KONTRASEPSI ..... 19
16.3.4.1. KONTRASEPSI, ORAL ..... 19
16.3.4.2.KONTRASEPSI, PARENTERAL ..... 19
16.3.4.3.KONTRASEPSI, AKDR (IUD)L ..... 19
16.3.4.4. KONTRASEPSI, IMPLAN ..... 19
16.3.5. REGULASI HAID ..... 19
16.3.6. LAIN-LAIN ..... 19
16.4. HORMON TIROID DAN ANTITIROID ..... 19
16.5.KORTIKOSTEROID ..... 19
17. OBAT UNTUK KARDIOVASKULER ..... 20
17.1. ANTIANGINA ..... 20
17.2. ANTIARITMIA ..... 20
17.3. ANTIHIPERTENSI ..... 20
17.3.1. ANTIHIPERTENSI SISTEMIK ..... 20
17.3.2. ANTIHIPERTENSI PULMONAL ..... 21
17.4. ANTIAGREGASI PLATELET ..... 21
17.5. TROMBOLITIK ..... 21
17.6. GAGAL JANTUNG, OBAT ..... 21
17.7. OBAT UNTUK SYOK KARDIOGENIK DAN SEPSIS ..... 22
17.8. ANTIHIPERLIPIDEMIA ..... 22
17.9. LAIN-LAIN ..... 22
18. KULIT, OBAT TOPIKAL ..... 22
18.1. ANTIAKNE ..... 22
18.2. ANTIMIKROBA ..... 23
18.3. ANTIBIOTIK + KORTIKOSTEROID ..... 23
18.4. ANTIFUNGI ..... 23
18.5. ANTIINFLAMASI DAN ANTIPRURITIK ..... 23
18.6. ANTISKABIES DAN ANTIPEDIKULOSIS ..... 24
18.7. KAUSTIK ..... 24
18.8. KERATOLITIK DAN KERATOPLASTIK ..... 24
18.9. ANTIHIPERPIGMENTASI ..... 24
18.10.TERAPI HORMONAL ..... 24
18.11.IMUNOMODULATOR DAN ANTIOKSIDAN SISTEMIK ..... 24
18.12.PELEMBAB DAN VITAMIN TOPIKAL ..... 24
18.13. ANTISKAR TOPIKAL ..... 24
18.14. SUNSCREEN ..... 25
18.15. LAIN-LAIN ..... 25
19. LARUTAN DIALISIS PERITONEAL ..... 25
20. LARUTAN ELEKTROLIT, NUTRISI DAN LAIN-LAIN ..... 25
20.1. ORAL ..... 25
20.2. PARENTERAL ..... 25
20.2.1. LARUTAN MENGANDUNG ASAM AMINO ..... 25
20.2.2. LARUTAN MENGANDUNG ELEKTROLIT ..... 25

20.2.3. LARUTAN MENGANDUNG KARBOHIDRAT ..... 26
20.2.4. LARUTAN MENGANDUNG LIPID ..... 26
20.2.5. LARUTAN MENGANDUNG KARBOHIDRAT DAN ELEKTROLIT ..... 26
20.2.6. LARUTAN MENGANDUNG ASAM AMINO, KARBOHIDRAT, ELEKTROLIT DAN VITAMIN ..... 26
20.2.7. LAIN-LAIN ..... 28
20.3. LAIN-LAIN ..... 28
21. OBAT UNTUK MATA ..... 28
21.1. ANESTETIK LOKAL/TOPIKAL ..... 28
21.2. ANTIMIKROBA ..... 28
21.3. ANTIINFLAMASI ..... 28
21.4. MIDRIATIK ..... 28
21.5. MIOTIK DAN ANTIGLAUKOMA ..... 28
21.6. LAIN-LAIN ..... 29
21.6.1. MAST CELL STABILIZENS ..... 29
21.6.2. DEKONGESTAN DAN/ATAU ASTRINGENT ..... 29
21.6.3. DEKONGESTAN DAN/ATAU ASTRINGENT + ANTIHISTAMIN ..... 29
21.6.4. ARTIFICIAL TEARS ..... 29
21.6.5. ASTHENOFIA/EYE TONIC ..... 29
21.6.6. ANTIEDEMA ..... 29
21.6.7. REMOVAL OF CALCIUM DEPOSIT ..... 29
21.6.8. ANTIKATARAK ..... 29
21.6.9. DEGENARATION EPITHEL ..... 29
22. OKSITOSIN DAN RELAKSAN UTERUS, OBAT yang bekerja di ..... 29
22.1. OKSITOSIN ..... 29
22.2. RELAKSAN UTERUS ..... 29
23. PSIKOFARMAKA ..... 30
23.1. ANTIANSIETAS DAN ANTIINSOMNIA ..... 30
23.2. ANTIDEPRESI DAN ANTIMANIA ..... 30
23.3. ANTIOBSESIF KOMPULSIF ..... 30
23.4. ANTIPSIKOSIS ..... 30
23.5. OBAT UNTUK ADHD (*AttentionDeficit Hyperactivity Disorder)* ..... 30
23.6. OBAT UNTUK GANGGUAN BIPOLAR ..... 31
23.7. OBAT UNTUK PROGRAM KETERGANTUNGAN ..... 31
24. RELAKSAN OTOT PERIFER DAN PENGHAMBAT KOLINESTERASE ..... 31
24.1. PENGHAMBAT DAN PEMACU TRANSMISI NEUROMUSKULER ..... 31
24.2. OBAT UNTUK MYASTENIA GRAVIS ..... 31
24.3. OBAT UNTUK RELAKSAN OTOT ..... 31
25. OBAT UNTUK SALURAN CERNA ..... 31
25.1. ANTASIDA DAN ANTIULKUS ..... 31
25.2. ANTIEMETIK ..... 31
25.3. ANTIHEMOROID ..... 32
25.4. ANTISPASMODIK ..... 32
25.5. OBAT UNTUK DIARE ..... 32
25.6. KATARTIK ..... 32
25.7. OBAT UNTUK STERILISASI USUS ..... 32
25.8. OBAT UNTUK ANTIINFLAMASI ..... 32
25.9. LAIN-LAIN ..... 32
26. SALURAN NAFAS, OBAT UNTUK ..... 32
26.1. ANTIASMA ..... 32
26.2. ANTITUSIF ..... 33
26.3. EKSPEKTORAN ..... 34
26.4. PENYAKIT PARU OBSTRUKSI KRONIS, OBAT UNTUK ..... 34
26.5. LAIN-LAIN ..... 34
27. OBAT UNTUK SALURAN KEMIH ..... 34
28. OBAT YANG MEMPENGARUHI SISTEM IMUN, ..... 34
28.1. SERUM DAN IMUNOGLOBULIN ..... 34
29. TELINGA, HIDUNG DAN TENGGOROKAN, OBAT UNTUK ..... 34
30. VITAMIN, MINERAL ..... 35
31. OBAT YANG MEMPENGARUHI STRUKTUR DAN MINERALISASI TULANG ..... 35
32. LAIN-LAIN ..... 36
FORMULIR PELAPORAN EFEK SAMPING OBAT .....
FORM PENGAJUAN OBAT BARU .....

Lampiran : Keputusan Direktur RSUD Dr. Saiful Anwar
Nomor : 442 / 23220.a / 302 / 2021
Tanggal : 01 Oktober 2021

| NO. | NAMA GENERIK | BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN | FORNAS (F)/ NON FORNAS (NF) | FORMULARIUM NASIONAL | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | RESTRIKSI | PERESEPAN MAKSIMAL |
| I | II | III | IV | V | VI |
| **1.** | **ANALGESIK, ANTIPIRETIK, ANTIINFLAMASI NON STEROID, ANTIPIRAI** | | | | |
| **1.1.** | **ANALGESIK NARKOTIK** | | | | F |
| 1. | Codein | Tab. 10 mg, 20 mg | F | | 20 tab/minggu |
| | | Tab. 15 mg | NF | (OP) | |
| 2. | Fentanyl | Inj. i.m. / i.v. 0,05 mg/ml, amp. 2 mL; amp. 10 mL | F | Hanya untuk nyeri berat dan harus diberikan oleh tim medis yang dapat melakukan resusitasi. | 5 amp/kasus |
| | | Transdermal Patch 12,5 mcg | F | Untuk nyeri kronik pada pasien kanker yang tidak terkendali. Tidak untuk nyeri akut. | Untuk pasien rajal : 2 patch/kunjungan |
| | | Transdermal Patch 25 mcg | F | | Untuk pasien rajal : 1 patch/kunjungan |
| 3. | Hydromorphone HCl | Tab. Oros 8 mg, 16 mg | F | | 30 tab/bulan |
| 4. | Morphine | Tab. 10 mg | F | (a). Hanya untuk pemakaian pada tindakan anestesi atau perawatan di RS, (b) untuk mengatasi nyeri kanker yang tidak respon terhadap analgetik non narkotik, (c ) untuk nyeri pada serangan jantung. | Initial dose 3-4 tab/hari |
| | | Tab. Lepas lambat 10 mg, 15 mg, 30 mg | F | | 60 tab/bulan |
| | | Inj. i.m. / i.v. / s.k. 10 mg/mL, 20 mg/mL, amp. 1 mL | F | | Infus per 24 jam |
| 5. | Oxycodone | Kaps. 5 mg, 10 mg; 20 mg | F | (a) Untuk nyeri berat yang memerlukan terapi opioid jangka panjang, *around-the-clock,* (b) Tidak untuk terapi *as needed* (prn), (c ) Pasien tidak memiliki gangguan respirasi, (d) Harus dimulai dengan dosis paling rendah pada pasien yang belum pernah mendapat opioid sebelumnya. | 60 kaps/bulan |
| | | Tab. lepas lambat 10 mg; 15 mg; 20 mg | F | | 60 tab/bulan |
| | | Inj. 10 mg/mL | F | Hanya untuk nyeri akut | 2 amp/hari |
| 6. | Pethidine | Inj. i.m. / i.v. / s.k. 50 mg/mL, amp. 2 mL | F | Hanya untuk nyeri sedang hingga berat pada pasien yang dirawat di RS. Tidak digunakan untuk nyeri kanker. | 2 amp/hari |
| 7 | Sufentanil | Inj. i.v. 5 mcg/mL | F | Hanya untuk tindakan anestesi yang diberikan dokter anestesi. | 3 vial/kasus |
| **1.2.** | **ANALGETIK NON NARKOTIK, ANTIPIRETIK, ANTIINFLAMASI NON STEROID** | | | | |
| 1. | Asam Mefenamat | Cap 250 mg, 500 mg | F | | 30 cap/bulan |
| 2. | Celecoxib | Kap. 100 mg, 200 mg | NF | | |
| 3. | Etoricoxib | Cap. 60 mg, 90 mg | NF | | |
| 4. | Ibuprofen | Tab. 200 mg, 400 mg | F | | 30 tab/bulan |
| | | Susp. 100 mg/5 mL, 200 mg/5 mL | F | | 1 btl/kasus |
| 5. | Kalium Diclofenac | Tab. 25 mg; 50 mg; Tab. Dispersibel 50 mg; Powder for Oral Solution 50 mg | NF | | |
| 6. | Ketoprofen | Supp. 100 mg | F | Untuk nyeri sedang sampai berat pada pasien yang tidak dapat menggunakan analgetik secara oral. | 2 supp/hari, maks. 3 hari. |
| | | Inj. 50 mg/mL | F | | |
| 7. | Ketorolac | Inj. i.v. 30 mg/mL | F | Untuk nyeri sedang sampai berat pada pasien yang tidak dapat menggunakan analgetik secara oral. | 2-3 amp/hari, maks. 2 hari. |
| 8. | Meloxicam | Tab. 7,5 mg, 15 mg | NF | (OP) | Maksimal 2 minggu |
| | | Supp. 7,5 mg, 15 mg | NF | | |
| 9. | Metamizole | Syr. 250 mg/5 mL | NF | | |
| | | Inj. 500 mg/mL | F | Untuk nyeri post operatif dan hanya dalam waktu singkat. | 4 amp selama dirawat |
| | | | | (OP) Untuk kondisi hipertermi yang tidak teratasi dengan antipiretik oral. | |
| 10 | Natrium Diclofenac | Tab. Salut enterik 25 mg, 50 mg | F | | 30 tab/bulan |
| | | Inj. 25 mg/mL | F | Hanya untuk nyeri akut pascaoperasi | Maks. 2 hari |
| 11. | Paracetamol | Tab. 500 mg | F | | 30 tab/bulan |
| | | Sir. 120 mg/5 mL, btl. 60 mL | F | | 2 btl/kasus |
| | | Drop 100 mg/mL btl 15 mL | F | | 1 btl/kasus |
| | | Infus 1000 mg/100 mL | F | Hanya untuk pasien di ruang perawatan intensif yang memerlukan analgesik berkelanjutan. | 3 btl/kasus |
| | | | | (OP) Untuk pasien di IGD dan OK dengan kondisi hipertermi yang tidak teratasi dengan antipiretik injeksi. | |
| | | Rectal cream 125 mg/2.5 mL, 250 mg/4 mL | NF | | |
| 12. | Parecoxib | Inj. 40 mg/vial | NF | | |
| 13. | Tramadol HCl | Kap. 50 mg; Tab. Retard 100 mg | NF | | |
| | | Inj. 50 mg/mL | NF | (OP) Hanya untuk nyeri sedang sampai berat pasca operasi yang tidak dapat menggunakan analgesik oral. | 5 amp/hari |
| 14. | Kombinasi mengandung :<br>a. Codein<br>b. Paracetamol | Tab.<br>30 mg<br>500 mg | NF | | |
| 15. | Kombinasi mengandung :<br>a. Diazepam<br>b. Metampiron | Tab.<br>2 mg<br>500 mg | NF | | |
| 16. | Kombinasi mengandung :<br>a. Diazepam<br>b. Metampiron | Tab.<br>325 mg<br>37,5 mg | NF | | |
| 17. | Kombinasi mengandung :<br>a. Metampiron<br>b. Papaverin<br>c. Ekstrak Belladona | Tab.<br>500 mg<br>25 mg<br>10 mg | NF | | |
| **1.3.** | **ANTIPIRAI** | | | | |
| 1. | Allopurinol | Tab. 100 mg, 300 mg | F | Tidak untuk nyeri akut. | 30 tab/bulan |
| 2. | Colchicine | Tab. 500 mcg | F | | 30 tab/bulan |
| 3. | Probenesid | Tab. 500 mg | F | | 30 tab/bulan |
| **1.4.** | **NYERI NEUROPATIK** | | | | |
| 1. | Amitriptilin | Tab. Salut selaput 25 mg | F | | 30 tab/bulan |

| NO. | NAMA GENERIK | BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN | FORNAS (F)/ NON FORNAS (NF) | FORMULARIUM NASIONAL | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | RESTRIKSI | PERESEPAN MAKSIMAL |
| I | II | III | IV | V | VI |
| 2. | Carbamazepin | Tab. 100 mg | F | Hanya untuk neuralgia trigeminal | 60 tab/bulan |
| 3. | Gabapentin | Kaps. 100 mg, 300 mg | F | Hanya untuk neuralgia pasca herpes atau nyeri neuropati diabetikum. | 60 kaps./bulan |
| | | | | | 30 kaps./bulan |
| | | | | (OP) Multiple Sclerosis | 900 - 1.800 mg/hari |
| 4. | Pregabalin | Cap. 75 mg, 150 mg | NF | | |
| **2.** | **ANESTETIK** | | | | |
| **2.1.** | **ANESTETIK LOKAL** | | | | |
| 1. | Bupivacain | Inj. p.v. 0,5% (HCl), vial 20 mL | F | | |
| | | (Heavy) Inj 0,5% (HCl) + glukosa 8%, amp. 4 mL | F | Khusus untuk analgesia spinal. | |
| 2. | Ethyl Chlorida | Spray 100 mL | F | | |
| 3. | Lidocain HCl 2% | Spray oral 10%, btl. 50 mL | F | | |
| | | Inj. 2%, amp. @2 mL (infiltr.) | F | | |
| | | Jeli. 2%. | F | | |
| 4. | Ropivacain | Inj. 7,5 mg/mL | F | | |
| 5. | Kombinasi mengandung :<br>a. Epinephrine<br>b. Lidocain | Inj., Amp. 2 mL<br>12,5 mcg<br>20 mg | NF | | |
| 6. | Kombinasi mengandung :<br>a. Lidocain<br>b. Prilocain | Krim<br>2,5 %<br>2,5 % | NF | Hanya untuk pasien umum | |
| **2.2.** | **ANESTETIK UMUM DAN OKSIGEN** | | | | |
| 1. | $CO_2$ | 25 kg | NF | | |
| 2. | Dexmedetomidine | Inj. 100 mcg/mL | F | Untuk sedasi pada pasien di ICU, kraniotomi, bedah jantung dan operasi yang memerlukan waktu pembedahan yang lama. | |
| 3. | Desfluran | ih. | F | | |
| 4. | Halothane | Cairan ih, btl. 250 mL | F | (a). Tidak boleh digunakan berulang, (b). Tidak untuk pasien dengan gangguan fungsi hati. | |
| 5. | Isoflurane | Lar. ih 100 mL, 250 mL | F | | |
| 6 | Ketamine | Inj. i.v. 50 mg/mL (HCl), vial 10 mL | F | | |
| | | Inj. i.v. 100 mg/mL, vial 10 mL | F | | |
| 7 | Nitrogen Oksida | Ih, gas dalam tabung | F | | |
| | | Cair | NF | | |
| 8 | Oksigen | Gas dalam tabung | F | | |
| | | Cair | F | | |
| 9 | Propofol | Inj. 1% i.v. bolus (20 mL, 50 mL; 20 mg/mL (50 mL) | F | | |
| 10 | Sevoflurane | Cairan ih, Lar. 250 mL | F | | |
| 11 | Thiopental Sodium | Serb. Inj i.v. 500 mg, 1000 mg/amp (garam Na) | F | | |
| **2.3.** | **OBAT untuk PROSEDUR PERI OPERATIF** | | | | |
| 1. | Atropin Sulfat | Inj. 0,25 mg/mL, amp. 1 mL | F | | |
| 2. | Diazepam | Inj. 5 mg/mL, amp. 2 mL | F | | |
| 3. | Midazolam | Inj. i.v. amp. 5 mg/5 mL; 15 mg/3 mL | F<br>F | Dapat digunakan untuk pre medikasi sebelum induksi anestesi dan rumatan selama anestesi umum. (Khusus inj 15 mg/3 mL : Dapat digunakan untuk sedasi pada pasien ICU dan HCU.) | Dosis rumatan : 1 mg/jam (24 mg/hari). Dosis pre medikasi : 8 vial/kasus |
| | | | | (OP) Penggunaan di IGD dan ruang tindakan khusus. Dapat digunakan pada kasus status konvulsi yang tidak membaik dengan fenitoin/diazepam. | Loading : 0,1 mg/kgBB. Maintenance : 0,05 - 0,4 mg/kg/menit |
| **3.** | **ANTIALERGI dan OBAT untuk ANAFILAKSIS** | | | | |
| 1. | Cetirizine | Tab. 10 mg | F | | Urtikaria akut : 1 tab/hari, maks. 5 hari. Urtikaria Kronik : maks. 30 tab/bulan. |
| | | Sir. 5 mg/5 mL | F | | 1 btl/kasus |
| | | Drops | F | | |
| 2. | Chlorfeniramin Maleat | Tab. 4 mg | F | | 3 tab/hari, maks. 5 hari |
| 3. | Cyproheptadin | Tab. 4 mg | NF | (OP) untuk urtikaria kronis, kombinasi 2 obat dengan mekanisme aksi yang berbeda | |
| 4. | Dexamethasone | Inj. 5 mg/mL, amp. 1 mL | F | | 20 mg/hari |
| 5. | Diphenhydramin | Inj. 10 mg/mL (HCl), Amp 1 mL | F | | 30 mg/hari |
| 6. | Epinefrin (Adrenalin) | Inj. i.v. 0.1% (sebagai HCl bitartrat), amp. 1 mL | F | | |
| 7. | Hidrocortison | Inj. 100 mg/vial | F | | |
| 8. | Loratadine | Tab. 10 mg | F | | Urtikaria akut : 1 tab/hari, maks. 5 hari, dilakukan di Faskes Tk. 1. Urtikaria Kronik : maks. 30 tab/bulan, hanya dilakukan di Faskes Tk. 2 dan 3. |
| 9. | Mebhydrolin Napadysilate | Tab. 50 mg | NF | (OP) untuk urtikaria kronis, kombinasi 2 obat dengan mekanisme aksi yang berbeda | |
| 10 | Kombinasi mengandung : Pseudoephedrin/Triprolidine | Tab. 30 mg/2.5 mg | NF | | |
| | | Tab. 60 mg/2.5 mg | NF | | |
| | | Syr. 30 mg/1,25 mg (per 5 mL) | NF | | |
| 11. | Triamcinolone | Tab. 4 mg | NF | | |
| **4.** | **ANTIDOT dan OBAT LAIN untuk KERACUNAN** | | | | |
| **4.1.** | **KHUSUS** | | | | |
| 1. | Atropin Sulfat | Tab. 0,5 mg | F | | |
| | | Inj. 0,25 mg/mL | F | | |

| NO. | NAMA GENERIK | BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN | FORNAS (F)/ NON FORNAS (NF) | FORMULARIUM NASIONAL | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | RESTRIKSI | PERESEPAN MAKSIMAL |
| I | II | III | IV | V | VI |
| 2. | Calcium Gluconas | Inj. i.v. 100 mg/mL, amp. 10 mL | F | | |
| 3. | Ephedrine | Serbuk Inj. 50 mg/mL, amp. 1 mL | F | | |
| 4. | Naloxon | Inj. 0,4 mg/mL (HCl), amp. 2 mL | F | Hanya untuk mengatasi depresi pernafasan akibat morfin atau opioid. | |
| 5. | Natrium bicarbonat | Tab. 500 mg | F | | |
| | | Inj. i.v. 8,4%, vial 50 mL | F | | |
| 6. | Natrium tiosulfat | Inj. i.v. 25%, amp. 5 mL | F | | |
| 7. | Neostigmin (Metilsulfat) | Inj. 0,5 mg/mL | F | | |
| 8. | Protamin sulfat | Inj. i.m. 10 mg/mL, amp. 5 mL | F | | |
| **4.2.** | **UMUM** | | | | |
| 1. | Magnesium sulfat | Serbuk 30 g/kantong | F | | |
| **5.** | **ANTIEPILEPSI - ANTIKONVULSI** | | | | |
| 1. | Carbamazepin | Tab. 200 mg | F | | 120 tab/bulan |
| | | Sir. 100 mg/5 mL | F | | 4 btl/bulan |
| 2. | Clonazepam | Tab. 2 mg | F | | 30 tab/bulan |
| 3. | Diazepam | Inj. i.v. 5 mg/mL | F | tidak untuk i.m. | 10 amp/kasus, kecuali untuk kasus di ICU. |
| | | Lar. Rektal 5 mg/tube 2,5 mL; 10 mg/tube 2,5 mL | F | | 2 tube/hari, bila kejang |
| 4. | Lamotrigin | Tab. Dispersibel 25 mg | F | Tidak digunakan sebagai lini pertama untuk epilepsi. Dapat digunakan sebagai lini kedua pada ibu hamil dan pasien usia lanjut (> 65 tahun). | 30 tab/bulan (hanya untuk titrasi dosis) |
| | | Tab 50 mg | F | | 400 mg/hari |
| | | Tab 100 mg | F | | 120 tab/bulan |
| 5. | Levetiracetam | Tab. 250 mg, 500 mg | F | Untuk pasien kejang pada tumor otak yang mendapat kemoterapi. | 60 tab/bulan |
| 6. | Magnesium sulfat | Inj. i.v. 20%, amp. 25 mL; 40%, amp. 25 mL | F | Hanya untuk kejang pada preeklampsia dan eklampsia. Tidak digunakan untuk kejang lainnya. Untuk premedikasi oxaliplatin. | |
| | | | | (OP) Dapat digunakan pada kasus pasien gizi buruk. | 10 hari |
| 7. | Oxcarbazepin | Susp. 60 mg/mL | F | | |
| 8. | Phenobarbital | Tab. 30 mg | F | | 120 tab/bulan |
| | | Tab. 100 mg | F | | 60 tab/bulan |
| | | Inj. 50 mg/mL | F | (OP) pada kasus PJB | 40 mg/kgBB |
| | | Inj. 100 mg/mL | F | | |
| 9. | Phenytoin | Kaps. 30 mg | F | | 90 kaps/bulan |
| | | Kaps. 100 mg | F | | 90 kaps/bulan |
| | | Inj. i.v. 50 mg/mL | F | Dapat digunakan untuk status konvulsivus. | 4 amp/hari |
| 10. | Pregabalin | Cap. 75 mg | NF | | |
| 11. | Thiamin | Inj. 25 mg | NF | (OP) Status Konvulsi (penderita alkoholik), ensefalopati | 100 mg/kali |
| 12. | Topiramate | Tab. 25 mg, 50 mg | F | Digunakan untuk terapi pada epilepsi parsial. | |
| | | Tab. 100 mg | F | | 90 tab/bulan |
| 13. | Valproat | Tab. salut 250 mg | F | Dapat digunakan untuk epilepsi umum (general epilepsy). | 90 tab/bulan |
| | | Tab. SR 250 mg, 500 mg | F | | 60 tab/bulan |
| | | Sir. 250 mg/5 mL | F | | 5 btl/bulan |
| **6.** | **ANTIINFEKSI** | | | | |
| | **Penggunaan Antiinfeksi mengacu pada Formularium Nasional dan Panduan Penggunaan Anti Mikroba (PPAM) RSSA** | | | | |
| **6.1.** | **ANTELMINTIK** | | | | |
| **6.1.1.** | **ANTELMINTIK INTESTINAL** | | | | |
| 1. | Albendazol | Tab. 400 mg | F | | |
| | | Susp. 200 mg/ 5 mL | F | | |
| 2 | Ivermectin | Tab. 12 mg | NF | (OP) Untuk kasus infeksi cacing yang ada di jaringan atau resisten terhadap Mebendazol/Pyrantel Pamoat. | 1 tablet/hari, selama 3 hari |
| 3 | Mebendazol | Tab. 100 mg, 500 mg | F | | |
| | | Sir. 100 mg/5 mL | F | | |
| 4 | Pirantel Pamoat | Tab. 125 mg, 250 mg | F | | |
| | | Sir. 125 mg/5 mL | F | | |
| 5 | Prazikuantel | Tab. 600 mg | F | | |
| **6.1.2.** | **ANTIFILARIA** | | | | |
| 1. | Dietilkarbamazin | Tab. 100 mg | F | Tidak digunakan untuk ibu hamil atau ibu menyusui. | |
| **6.2.** | **ANTIBAKTERI** | | | | |
| **6.2.1.** | **BETA LAKTAM** | | | | |
| 1. | Amoxicilin anhidrat | Tablet 250 mg, 500 mg | F | | 10 hari |
| | | Drop 100 mg/mL | F | | 1 btl/kasus |
| | | Sirup kering 125 mg/5 mL, 250 mg/5 mL | F | | 1 btl/kasus |
| 2. | Kombinasi KDT/FDC mengandung :<br>a. Amoxicilin<br>b. Asam Clavulanat | Inj.<br><br>1.000 mg<br>200 mg | F | Catatan : direkonstitusi sesaat sebelum disuntikkan untuk mencegah hilangnya efikasi asam klavulanat | |
| | Kombinasi KDT/FDC mengandung :<br>a. Amoxicilin<br>b. Asam Clavulanat | Kaplet.<br><br>500 mg<br>125 mg | NF | | |
| | Kombinasi KDT/FDC mengandung :<br>a. Amoxicilin<br>b. Asam Clavulanat | Sirup kering<br><br>125 mg/250 mg<br>31,25 mg/62,5 mg | NF | | |
| 3. | Ampicillin | Serb. Inj. 250 mg/vial; 1 g/vial | F | | 10 hari |
| 4. | Kombinasi KDT/FDC mengandung :<br>a. Ampicillin<br>b. Sulbactam | Vial<br><br>500 mg<br>250 mg | F | | 10 hari |
| | Kombinasi KDT/FDC mengandung :<br>a. Ampicillin<br>b. Sulbactam | Vial<br><br>1.000 mg<br>500 mg | F | | 10 hari |
| 5. | Benzathine Benzylpenicillin | Serbuk Inj. i.m. 1.2 juta IU/mL | F | | 2 vial/bulan |
| | | Serbuk Inj. i.m. 2.4 juta IU/mL | F | | 1 vial/bulan |

| NO. | NAMA GENERIK | BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN | FORNAS (F)/ NON FORNAS (NF) | FORMULARIUM NASIONAL | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | RESTRIKSI | PERESEPAN MAKSIMAL |
| I | II | III | IV | V | VI |
| 6. | Cefadroksil | Kaps. 250 mg, 500 mg | F | Hanya untuk pasien rawat inap yang sebelumnya mendapatkan antibiotik parenteral. | 30 cap/kasus |
| | | Syr. Kering 125 mg/5 mL, 250 mg/5 mL | | | 1 btl/kasus |
| 7. | Cefazolin | Serb. Inj. 1 g | F | Digunakan pada profilaksis bedah untuk mencegah terjadinya infeksi luka operasi. | Selama 24 jam |
| 8. | Cefepime | Serb. Inj. 1 g | F | (a). Antibiotik lini ketiga (reserved antibiotic). Diberikan atas persetujuan KFT/PPRA/pimpinan RS. (b). Untuk demam neutropenia karena penggunaan kemoterapi atau radioterapi, dapat diberikan sebagai terapi empiris. | 3 g/hari sampai ANC > 500/$mm^3$ |
| 9. | Cephalexin | Kaps. 500 mg | F | | 10 hari |
| 10. | Cefixim | Tab. 100 mg, 200 mg | F | Hanya untuk pasien rawat inap yang sebelumnya mendapatkan antibiotik parenteral sefalosporin generasi tiga atau sesuai hasil uji resistensi. | 10 hari |
| | | Sirup kering 100 mg/5 mL | F | | 1 btl/kasus |
| | | | | **(OP) Untuk kasus Gonorrhea diberikan sebagai single dose 400 mg** | |
| 11. | Cefoperazon | Serbuk Inj. 1.000 mg/vial | F | Diberikan atas persetujuan KFT/PPRA/pimpinan RS untuk : (a). Antibiotik lini ke-3 (reserved antibiotic), (b) Mengatasi infeksi pada pasien yang mengalami penurunan fungsi ginjal. | 3 g/hari selama 7 hari |
| 12. | Kombinasi KDT/FDC mengandung :<br>a. Cefoperazone<br>b. Sulbactam | Serbuk Inj.<br><br>500 mg<br>500 mg | F | Diberikan atas persetujuan KFT/PPRA/pimpinan RS untuk : (a). Antibiotik lini ke-3 (*reserved antibiotic* ), (b) Infeksi berat yang tidak bisa diatasi dengan antibiotik tunggal. | 10 hari |
| 13. | Cefotaxim | Inj. 500 mg/vial; 1.000 mg/vial | F | | 10 hari |
| 14. | Ceftazidim | Serbuk Inj. 1.000 mg/vial | F | Antibiotik lini ketiga (reserved antibiotic), untuk infeksi yang terbukti disebabkan oleh *Pseudomonas aeruginosa*. Diberikan atas persetujuan KFT/PPRA/pimpinan RS. | 3 g/hari selama 7 hari |
| 15. | Ceftriaxon | Serb. Inj. 1.000 mg | F | | 2 g/hari selama 7 hari. Untuk meningitis 4 g/hari selama 14 hari. |
| 16. | Cefpirome | Serb. Inj. 1.000 mg | F | (a). Antibiotik lini ketiga (reserved antibiotic). Diberikan atas persetujuan KFT/PPRA/pimpinan RS. (b). Untuk demam neutropenia karena penggunaan kemoterapi atau radioterapi, dapat diberikan sebagai terapi empiris. | 3 g/hari sampai ANC > 500/$mm^3$ |
| 17. | Cefpodoxime Proxetil | Tab. Salut selaput 100 mg | F | | 2 tab/hari selama 7 hari |
| 18. | Cefuroxime | Tab. Salut selaput 250 mg, 500 mg | F | | 10 tab/kasus |
| | | Serb. Inj. 750 mg | F | | 3 g/kasus |
| 19. | Cloxacillin | Tab. 0,5 g | NF | | |
| | | Inj. 0,5 g, 1 g | NF | | |
| 20. | Phenoxymethyl Penicillin | Tab. 125 mg, 250 mg | F | | 40 tab/bulan |
| | (Penisilin V) | Tab. 500 mg | F | | 20 tab/bulan |
| 21. | Procaine Benzylpenicillin | Serbuk Inj. i.m. 3 juta IU/vial | F | | 3 vial/kasus |
| **6.2.2.** | **ANTIBAKTERI LAIN** | | | | |
| **6.2.2.1.** | **TETRACYCLIN** | | | | |
| 1. | Doxycyclin | Kaps. 50 mg | F | Tidak digunakan untuk anak usia < 6 tahun, ibu hamil atau ibu menyusui. Hanya untuk penggunaan pada mata dan kulit. | 2 kaps./hari selama 10 hari |
| | | Kaps.100 mg | F | Tidak digunakan untuk anak usia < 6 tahun, ibu hamil atau ibu menyusui. | 2 kaps./hari selama 10 hari |
| 2. | Oxytetracyclin | Inj. i.v. 50 mg/mL (HCl) | F | | |
| 3. | Tetracycline HCl | Kaps. 250 mg, 500 mg | F | Tidak digunakan untuk anak usia < 6 tahun, ibu hamil atau ibu menyusui. | 4 kaps./hari selama 10 hari. |
| 4. | Tigecycline | Lar. Infus 50 mg/5 ml | NF | | |
| **6.2.2.2.** | **CHLORAMPHENICOL** | | | | |
| 1. | Chloramphenicol | Kaps. 250 mg, 500 mg | F | | 4 cap/hari selama 10 hari |
| | | Susp. 125 mg/5 mL | F | | 1 btl/kasus |
| | | Serbuk Inj. i.v. 1.000 mg | F | | 3 g/hari selama 14 hari |
| 2. | Tiamphenicol | Kaps. 250 mg; 500 mg | NF | | |
| | | Syr. 125 mg/5 mL | NF | | |
| **6.2.2.3.** | **SULFA-TRIMETOPRIM** | | | | |
| 1. | Cotrimoksazol DOEN I (Dewasa): Sulfametoxazol/Trimetoprim | Tab. 400 mg/80 mg | F | | 4 tab/hari selama 10 hari kecuali pada imuno-compromised selama 21 hari |
| 2. | Cotrimoksazol Forte (Dewasa) : Sulfametoxazol/ Trimetoprim | Tab. 800 mg/160 mg | F | | - Profilaksis pada pasien HIV : 1 tab/hari sampai CD4 > 200 sel/mikroliter |
| | | | | | - Infeksi yang sensitif terhadap cotrimoxazol : 2 tab/hari selama 10 hari |
| | | | | | - PCP : 3-6 tab/hari selama 21-28 hari |
| 3. | Cotrimoksazol : Sulfametoksazol/ Trimetoprim | Susp. 200 mg/40 mg (per 5 mL) | F | | 1 btl/kasus |
| **6.2.2.4.** | **MAKROLID** | | | | |
| 1. | Azithromycin | Tab. 250 mg, 500 mg | F | | 3 tab/kasus |
| | | Susp. 200 mg/5 mL | F | | 1 btl/kasus |
| | | Inj. 500 mg/vial | F | | 1 vial/hari selama 3 hari |
| 2. | Clarithromycin | Tab. 500 mg | F | | 20 tab/kasus |

| NO. | NAMA GENERIK | BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN | FORNAS (F)/ NON FORNAS (NF) | FORMULARIUM NASIONAL | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | RESTRIKSI | PERESEPAN MAKSIMAL |
| I | II | III | IV | V | VI |
| | | Syr. Kering 125 mg/5 mL, 250 mg/5 mL | F | | 2 btl/kasus |
| 5. | Erythromycin | Kaps. 250 mg, 500 mg | F | | 4 kaps./hari selama 10 hari |
| | | Syr. 200 mg/5 mL | F | | 2 btl/kasus |
| 6. | Spiramycin | Tab. 500 mg | F | Dapat digunakan untuk toksoplasmosis pada kehamilan. | 3 g/hari selama 6 minggu |
| **6.2.2.5.** | **AMINOGLICOSIDE** | | | | |
| 1. | Gentamicin | Inj. 10 mg/mL; 40 mg/mL | F | | |
| 2. | Amikacin | Inj. i.m. / i.v. 250 mg/vial, 500 mg/vial | F | Hanya digunakan untuk infeksi oleh bakteri gram negatif yang resisten terhadap gentamisin. | |
| 3. | Kanamycin | Serbuk Inj. i.m. / i.v. 1 g/vial | F | | |
| 4. | Netilmicin | Inj. i.m. / i.v. 100 mg/1.5 mL, 300 mg/1.5 mL | NF | | |
| 5. | Streptomycin | Serbuk Inj. i.m. 1 g/vial | F | | |
| **6.2.2.6.** | **QUINOLON** | | | | |
| 1. | Ciprofloxacin | Tab. 500 mg | F | Tidak digunakan untuk pasien usia < 18 tahun, ibu hamil, atau ibu menyusui. | |
| | | Infus 2 mg/mL | F | | 4 btl/hari |
| 2. | Levofloxacin | Tab. 500 mg | F | Tidak digunakan untuk pasien usia < 18 tahun, ibu hamil, atau ibu menyusui. | Maks. 10 hari |
| | | Inf. 5 mg/mL | F | | Maks. 10 hari |
| 3. | Moxifloxacin | Tab. Salut Selaput 400 mg | F | Tidak digunakan untuk pasien usia < 18 tahun, ibu hamil, atau ibu menyusui. | 10 hari |
| | | Inf. 400 mg/250 mL | F | | 10 hari |
| 4. | Ofloxacin | Tab. 200 mg; 400 mg | F | Tidak digunakan untuk pasien usia < 18 tahun, ibu hamil, atau ibu menyusui. | 10 hari |
| **6.2.2.7.** | **LINCOSAMID** | | | | |
| 1. | Clindamycin | Kaps. 150 mg | F | | 4 kaps/hari selama 5 hari kecuali untuk toksoplasmosis selama 6 minggu |
| | | Kaps. 300 mg | F | | - 4 kaps/hari selama 5 hari kecuali untuk toksoplasmosis 8 kaps/hari selama 6 minggu |
| | | | | | - untuk abses paru atau empiema : 3-4 kaps./hari selama 14 hari |
| **6.2.2.8.** | **PENGGUNAAN KHUSUS** | | | | |
| 1. | Colistin | Tab. 1.500.000 IU | NF | | |
| 2. | Fosfomycin Trometamol | Granula 3 g | F | | |
| | | Inj. 1 g, 2 g | NF | | |
| 3. | Meropenem | Serb. Inj. 500 mg; 1.000 mg | F | (a) Diberikan atas persetujuan KFT/PPRA/pimpinan RS untuk antibiotik lini ketiga (reserved antibiotic) pada infeksi oleh kuman penghasil ESBL. (b) Tidak untuk profilaksis bedah | - **Febrile neutropenia** : dosis 1-3 g/hari, sampai ANC diatas 500/mm3. |
| | | | | | - Sepsis dan infeksi berat lainnya : dosis 1-3 g/hari, maks. 7 hari. |
| | | | | | - Penggunaan maks.7 hari/kasus. |
| | | | | | - Setelah hasil kultur diperoleh, maka digantikan dengan antibiotik lini pertama atau spektrum sempit yang masih sensitif. |
| | | | | | Meropenem hanya dapat dilanjutkan apabila hasil kultur menunjukkan bahwa meropenem adalah satu-satunya antibiotik yang masih sensitif untuk bakteri penyebab infeksi. |
| 4. | Metronidazol | Tab. 250 mg; 500 mg | F | | Untuk infeksi akibat bakteri anaerob, dapat diberikan maksimum 2 minggu/kasus. |
| | | Syr. 125 mg/5 mL | F | | |
| | | Infus 500 mg/100 mL | F | | 3 btl/hari |
| | | Supp. 500 mg | F | | |
| | | Ovula. 500 mg | F | | Maks. 15 ovula/kasus. |
| 5. | Pirimetamin | Tab. 25 mg | F | Dalam bentuk kombinasi dengan sulfadiazin atau clindamisin dan leucovorin untuk toksoplasmosis serebral/retinitis pada *imunocompromised* . | |
| 6. | Sulfadiazin | Tab. 500 mg | F | | |
| 7. | Vancomycin | Serb. Inj. 500 mg | F | Diberikan atas persetujuan KFT/PPRA/pimpinan RS untuk antibiotik lini ketiga (reserved antibiotic) pada infeksi oleh kuman MRSA/MRSE positif (dibuktikan dengan hasil kultur). | Maks. 10 hari/kasus |
| **6.3.** | **ANTIINFEKSI KHUSUS** | | | | |
| **6.3.1.** | **ANTILEPRA** | | | | |
| 1. | Dapson | Tab. 100 mg | F | | |
| 2. | Clofazimine (micronized) | Cap. dalam minyak 50 mg, Cap. dalam minyak 100 mg | F | | |
| 3. | Rifampicin | Cap. 300 mg; Tab. 450 mg; 600 mg | F | | |

| NO. | NAMA GENERIK | BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN | FORNAS (F)/ NON FORNAS (NF) | FORMULARIUM NASIONAL | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | RESTRIKSI | PERESEPAN MAKSIMAL |
| I | II | III | IV | V | VI |
| 6.3.2. | **ANTITUBERCULOSIS** | | | | |
| | **Catatan : a). Disediakan oleh Program Kemenkes. B). Penggunaan sesuai dengan Program Nasional Pengendalian TB** | | | | |
| 1. | Bedakuilin Fumarat | Tab. 100 mg | F | (a) Hanya dapat diberikan di Faskes Tk. 3, sesuai dengan SK Penetapan RS dan Balai Kesehatan Pelaksana Layanan Tuberculosis Resisten Obat. (Kepmenkes Np. HK.01.07/MENKES/350/2017) | Minggu 1 - 2 : 400 mg/hari, Minggu 3 - 24 : 200 mg, setiap 48 jam |
| | | | | (b) Diperlukan pemeriksaan EKG sebelum memulai pengobatan (obat ini memyebabkan QTc *prolongation* ) | |
| | | | | (c ) Jika diberikan bersama obat lain yang juga menginduksi QT *prolongation*, maka pemeriksaan EKG harus dilakukan setiap minggu. | |
| 2. | Ethambutol | Tab. 250 mg; Tab. 400 mg; 500 mg | NF | (OP) (a) Tidak boleh diberikan sebagai single agent untuk TB, (b) digunakan untuk paduan OAT Kategori 2, tahap lanjutan, (c ) Untuk kasus TB yang belum terdaftar sebagai pasien program TB. | 30 mg/kg BB, maksimal selama 5 bulan tahap lanjutan pemberian 3x seminggu atau 15 mg/kg BB maksimal selama 5 bulan tahap lanjutan, pemberian setiap hari. Dosis untuk TB anak : 20 mg/kgBB, |
| | | | | | maksimal selama 2 bulan pertama, pemberian setiap hari. Dosis untuk TB MDR : 15-25 mg/kgBB/hari |
| 3. | Isoniazid | Tab. 100 mg | F | Dapat digunakan untuk profilaksis TB pada anak. | 10 mg/kg BB, maksimal 6 bulan setiap hari. |
| | | Tab. 300 mg | F | Dapat digunakan untuk profilaksis TB pada ODHA dewasa. | 1 tab (300 mg)/hari, maksimal 6 bulan. |
| | | | | (OP) Untuk kasus TB yang belum terdaftar sebagai pasien program TB | |
| 4. | Pyrazinamid | Tab. 500 mg | NF | (OP) Untuk kasus TB yang belum terdaftar sebagai pasien program TB | 20 - 30 mg/kg BB. |
| 5. | Rifampicin | Tab. Scored 300 mg; 450 mg; 600 mg | NF | (OP) Untuk kasus TB yang belum terdaftar sebagai pasien program TB | |
| 6. | Streptomycin | Serbuk Inj. i.m. 1 g/vial | F | (a) Digunakan untuk paduan OAT Kategori 2, tahap awal. (b) Untuk kombinasi pengobatan pasien TB Kambuh BTA (+). | 15 mg/kg BB maksimal 2 bulan pertama pemberian setiap hari. |
| 7. | Paduan dalam bentuk Kombinasi Dosis Tetap (KDT/FDC) untuk Dewasa 4KDT (FDC) : Rifampicin + Isoniazid + Pyrazinamid + Ethambutol | Kapl. 150 mg/75 mg/400 mg/ 275 mg | F | | Digunakan pada pengobatan TB tahap awal. **Kategori 1** : 1 tab/15 kg BB, maks. selama 2 bulan pertama. **Kategori 2** : 1 tab/15 kg BB, maks. selama 3 bulan pertama. |
| 8. | Paduan dalam bentuk Kombinasi Dosis Tetap (KDT/FDC) untuk Dewasa 2KDT (FDC) : Rifampicin + Isoniazid | Tab. 150 mg/150 mg | F | | Digunakan pada pengobatan TB tahap lanjutan. **Kategori 1** : 1 tab/15 kg BB, maks. selama 4 bulan tahap lanjutan, pemberian 3x seminggu. **Kategori 2** : 1 tab/15 kg BB, maks. selama 5 bulan tahap lanjutan, diberikan bersamaan dengan Etambutol, pemberian 3x seminggu. |
| 9. | Paduan dalam bentuk Kombinasi Dosis Tetap (KDT/FDC) untuk Anak 3KDT (FDC) : Rifampicin + Isoniazid + Pyrazinamid | Tab. 75 mg/50 mg/150 mg | F | | Digunakan pada pengobatan TB tahap awal. 1 tab/5-8 kgBB, maks. 2 bulan pertama, pemberian setiap hari. |
| 10. | Paduan dalam bentuk Kombinasi Dosis Tetap (KDT/FDC) untuk Anak 2KDT (FDC): Rifampicin + Isoniazid | Tab. 75 mg/50 mg | F | | Digunakan pada pengobatan TB tahap lanjutan. 1 tab/5-8 kgBB, maks. 4 bulan tahap lanjutan, pemberian setiap hari. |
| 11. | Paduan dalam bentuk paket Kombipak untuk Dewasa. Kombipak II : Rifampicin + Isoniazid + Pyrazinamid + Ethambutol | Tab. 450 mg (1 cap) / 300 mg (1 tab) / 500 mg (3 tab) / 250 mg (3 tab) | F | Diberikan untuk pasien TB yang tidak bisa menggunakan OAT bentuk FDC/KDT | Digunakan pada pengobatan TB tahap awal. **Kategori 1** : Maksimal 448 tab (56 blister) selama 2 bulan pertama, pemberian setiap hari. |

| NO. | NAMA GENERIK | BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN | FORNAS (F)/ NON FORNAS (NF) | FORMULARIUM NASIONAL | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | RESTRIKSI | PERESEPAN MAKSIMAL |
| I | II | III | IV | V | VI |
| 12. | Paduan dalam bentuk Kombipak untuk Dewasa. Kombipak III : Rifampicin + Isoniazid + Ethambutol | Tab. 450 mg (1 cap) / 300 mg (2 tab) | F | Diberikan untuk pasien TB yang tidak bisa menggunakan OAT bentuk FDC/KDT | Digunakan pada pengobatan TB tahap lanjutan. **Kategori 1** : Maksimal 144 tab selama 4 bulan (48 blister kombipak III), pemberian 3x seminggu. |
| 13. | Paduan dalam bentuk paket Kombipak untuk Anak Kombipak A : Rifampicin + Isoniazid + Pyrazinamid | 75 mg (2 cap) / 100 mg (1 tab) /200 mg (2 tab) | F | Diberikan untuk pasien TB yang tidak bisa menggunakan OAT bentuk FDC/KDT | Digunakan pada pengobatan TB tahap awal. Maksimal 280 tab (28 sachet Kombipak A) selama 2 bulan pertama, pemberian setiap hari. |
| 13. | Paduan dalam bentuk paket Kombipak untuk Anak Kombipak B : Rifampicin + Isoniazid | 75 mg (2 cap) /100 mg (1 tab) | F | Diberikan untuk pasien TB yang tidak bisa menggunakan OAT bentuk FDC/KDT | Digunakan pada pengobatan TB tahap lanjutan. Maksimal 336 tab selama 4 bulan lanjutan, pemberian setiap hari. |
| **6.3.3.** | **ANTISEPTIK SALURAN KEMIH** | | | | |
| 1. | Asam Pipemidat | Cap. 400 mg | F | | 28 kaps./kasus |
| 2. | Metenamin Mandelat | Tab. Sal. Enterik 500 mg | F | | |
| 3. | Nitrofurantoin | Tab. 50 mg | F | | |
| **6.4.** | **ANTIFUNGI** | | | | |
| 1. | Amfotericin B | Inj. i.v. 5 mg/mL | F | | |
| 2. | Fluconazol | Kaps. 50 mg, 150 mg | F | Hanya digunakan untuk candidiasis sistemik/pada pasien *imunocompromised*. | |
| | | Inj. 2 mg/mL | F | | |
| 3. | Griseofulvin (micronized) | Tab. 125 mg, 250 mg, 500 mg | F | | |
| 4. | Itraconazol | Kap. 100 mg | F | 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 | |
| 5. | Ketoconazol | Tab. 200 mg | F | | Maks. 30 tab/kasus |
| 6. | Micafungin Na | Serbuk Inj. 50 mg | F | Hanya digunakan untuk candidiasis sistemik yang sudah tidak respon dengan fluconazol. | |
| 7. | Nystatin | Tab. Salut Gula 500.000 IU | F | | 30 tab/bulan |
| | | Susp. 100.000 IU/mL | F | | 2 btl/kasus, untuk 1 minggu |
| 8. | Terbinafin | Tab. 250 mg | F | | |
| 9. | Voriconazol | Tab. Salut selaput 200 mg | F | (a) Hanya untuk akut invasif aspergilosis. (b) Diagnosis harus dibuktikan dengan pemeriksaan kultur jaringan atau kultur aspirat paru atau serologi. (c ) Hanya dapat | Selama 4 minggu |
| | | Inj. 200 mg | F | diberikan di ICU atau pasien yang memenuhi persyaratan untuk masuk ICU. | Selama 14 hari, kemudian dilanjutkan dengan pemberian oral. |
| **6.5.** | **ANTIPROTOZOA** | | | | |
| **6.5.1.** | **ANTIAMUBA DAN ANTIGUARDIASIS** | | | | |
| 1. | Metronidazol | Tab. 250 mg, 500 mg | F | | |
| | | Syr. 125 mg/5 mL | F | | |
| | | Infus 5 mg/mL | F | | 3 btl/hari |
| | | Supp. 500 mg; 1000 mg | NF | | |
| **6. 5. 2.** | **ANTIMALARIA** | | | | |
| **6.5.2.1.** | **UNTUK PENGOBATAN** | | | | |
| 1. | Artesunat | Inj. i.v. / i.m. 60 mg/mL | F | ***Catatan : disediakan oleh Program Kemenkes.*** (a) Diberikan pada malaria berat / dapat diberikan pra rujukan. | |
| 2. | (Kombipak) : Artemether/Lumefantrin | Tab. 20 mg/120 mg | F | Terapi lini pertama untuk malaria falsifarum | |
| 3. | Kombinasi : Dihidroarte-misinin/Piperakuin (DHP) | Tab. 40 mg/320 mg | F | ***Catatan : disediakan oleh Program Kemenkes.*** | |
| 4. | Quinine | Tab. 200 mg | F | ***Catatan : disediakan oleh Program Kemenkes.*** Untuk terapi lini kedua pada malaria | |
| | | Inj. i.v. 25% | F | ***Catatan : disediakan oleh Program Kemenkes.*** Hanya digunakan untuk malaria dengan komplikasi / malaria berat | |
| 5. | Primaquine | Tab. 15 mg | F | ***Catatan : disediakan oleh Program Kemenkes.*** | |
| **6.6.** | **ANTIVIRUS** | | | | |
| **6.6.1.** | **ANTIHERPES** | | | | |
| 1. | Acyclovir | Tab. 200 mg, 400 mg | F | | |
| | | Serb. Inj. 250 mg | F | | |
| 2. | Valacyclovir | Tab. 500 mg | F | | |
| **6.6.2.** | **ANTICITOMEGALOVIRUS (CMV)** | | | | |
| | **Hanya untuk pasien immuno-compromised (CD 4 < 100) serta dibuktikan ada kelainan organik (retinitis CMV/CMV serebral). Untuk transplantasi organ dari** | | | | |
| 1. | Gansiklovir | Serbuk Inj. 500 mg | F | | |
| 2. | Valgansiklovir | Tab. salut 450 mg | F | (a) Untuk profilaksis pada donor positif - resipien negatif atau donor positif - resipien positif, (b) kadar transaminase serum dalam batas normal | |
| **6.6.3.** | **ANTIRETROVIRAL** | | | | |
| **6.6.3.1.** | **NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITOR (NRTI)** | | | | |
| 1. | Lamivudine | Tab. 150 mg | F | Disediakan oleh program Kemenkes | |
| 2. | Stavudine | Tab. 30 mg | F | | |
| 3. | Tenofovir | Tab. 300 mg | F | Disediakan oleh program Kemenkes | |
| 4. | Zidovudine | Kaps. 100 mg | F | Disediakan oleh program Kemenkes | |
| 5. | Kombinasi : Zidovudine/ Lamivudine | Tab. 300 mg/150 mg | F | Disediakan oleh program Kemenkes | |

| NO. | NAMA GENERIK | BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN | FORNAS (F)/ NON FORNAS (NF) | FORMULARIUM NASIONAL | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | RESTRIKSI | PERESEPAN MAKSIMAL |
| I | II | III | IV | V | VI |
| 6. | Kombinasi : Tenovir/Emtrisitabin | Tab. 300 mg/200 mg | F | Disediakan oleh program Kemenkes | |
| **6.6.3.2.** | **NON NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITOR (NNRTI)** | | | | |
| 1. | Efavirens | Tab. 200 mg; Tab. salut 600 mg | F | Disediakan oleh program Kemenkes | |
| 2. | Nevirapin | Tab. 200 mg | F | Disediakan oleh program Kemenkes | |
| **6.6.3.3.** | **NRTI + NNRTI** | | | | |
| 1. | Kombinasi : Tenovofir/Lamivudine/Efavirenz | Tab. 300 mg/300 mg/600mg | F | Disediakan oleh program Kemenkes | |
| 2. | Kombinasi FDC (anak) : Zidovudin/Lamivudin/Nevirapin | Tab. Dispersible 60 mg/30 mg/50 mg | F | Disediakan oleh program Kemenkes | |
| **6.6.3.4.** | **PROTEASE INHIBITOR** | | | | |
| 1. | Kombinasi Lopinavir + Ritonavir (LPV/r) | Tab. Sal. Selaput 200 mg/50 mg | F | Disediakan oleh program Kemenkes. Hanya digunakan sebagai terapi lini kedua terapi antiretroviral. | |
| **6.6.4.** | **ANTIHEPATITIS** | | | | |
| 1. | Adefovir dipivoksil | Tab. 10 mg | F | # Diberikan pada : (a) Pasien Hepatitis B kronik HBeAg negatif dengan HBV DNA rendah dan ALT tinggi. (b) Pasien dengan riwayat gagal terapi dengan pemberian analog nukleosida. | 30 tab/bulan, dievaluasi setiap 6 bulan. |
| | | | | (c ) Hanya diberikan oleh KGEH atau Dokter Spesialis Penyakit Dalam . # **Tidak diberikan pada** : (a) Pasien Hepatitis B kronik dengan gangguan ginjal. (b) Pasien dalam pengobatan adefovir yang tidak menunjukkan respon pada minggu ke 10-20. | |
| 2. | Daklatasvir | Tab. Salut selaput 30 mg; 60 mg. | F | Hanya diberikan bersama dengan sofosbuvir dan/atau ribavirin untuk pasien Hepatitis C Genotipe 1, 3 atau 4. | - 12 minggu kombinasi dengan sofosbuvir untuk pasien non sirosis<br>- 24 minggu kombinasi dengan sofosbuvir untuk pasien sirosis |
| | | | | (b) Diberikan oleh KGEH atau Dokter Spesialis Penyakit Dalam. | |
| | | | | (c ) Dapat diberikan tanpa melakukan pemeriksaan genotipe, sesuai dengan SK Penetapan RS Layanan Hepatitis C dari Kementerian Kesehatan. | |
| 3. | Entekavir | Tab. Salut selaput 0,5 mg; 1 mg. | F | Hanya diberikan oleh KGEH dan Sp.A KGEH atau dokter Spesialis Penyakit Dalam dengan melampirkan : (a) Hasil Pemeriksaan HbsAg, (b) Pemeriksaan ALT meningkat 2x diatas batas atas normal dalam 3 bulan, atau (c ) Histologi/*Transient elastography* atau AST Platelet Ratio Index (APRI) sesuai minimal dengan F2. | |
| 4. | Lamivudine | Tab. 100 mg | F | Hanya boleh diresepkan oleh KGEH dan Sp.A KGEH atau dokter Spesialis Penyakit Dalam dengan melampirkan : (a) Hasil Pemeriksaan HbeAg, (b) Pemeriksaan ALT meningkat 2x diatas batas atas normal dalam 3 bulan, atau | |
| | | | | (c ) Histologi/Transient elastography atau AST Platelet Ratio Index (APRI) sesuai minimal dengan F2. (d) Pengobatan dihentikan apabila terjadi serokonversi HBsAg. (e) Apabila HBV DNA setelah 6 bulan masih positif harus ditambahkan/ digantikan obat lain. | |
| 5. | Pegylated Interferon alfa-2a | Inj. 135 mcg/0,5 mL; 180 mcg/0,5 mL | F | (a) Digunakan bersama dengan ribavirin pada pasien dengan Hepatitis C genotipe 1, 2, atau 3 yang *compensated* . (b) Untuk pasien hepatitis B dengan Hbe-Ag positif dan Hbe-Ag negatif. (c ) Hanya boleh diresepkan oleh KGEH | |
| 6. | Pegylated interferon alfa-2b | Serbuk Inj. 50 mcg, 80 mcg, 100 mcg | F | (a) Digunakan bersama ribavirin untuk pasien Hepatitis C genotipe 1, 2, atau 3 yang *compensated* . (b) Hanya boleh diresepkan oleh KGEH | |
| 7. | Ribavirin | Tab. Salut selaput 200 mg | F | (a) Digunakan bersama pegylated interferon alfa-2a untuk Hepatitis C genotipe 1, 2, atau 3 yang *compensated* . | |
| | | | | (b) Digunakan bersama pegylated interferon alfa-2b untuk Hepatitis C genotipe 1, 2, atau 3 yang compensated. | |
| | | | | (c ) Diberikan oleh KGEH atau Dokter Spesialis Penyakit Dalam. | |
| 8. | Sofosbuvir | Tab. Salut selaput 400 mg | F | ***Catatan : Disediakan oleh Program Kemenkes.*** | |
| | | | | (a) Tidak digunakan sebagai monoterapi. | |
| | | | | (b) Diberikan bersama dengan Daklatasvir untuk Hepatitis C genotipe 1, 3 atau 4. | - 12 minggu kombinasi dengan daklatasvir untuk pasien non sirosis<br>- 24 minggu kombinasi dengan daklatasvir untuk pasien sirosis |
| | | | | (c ) Hanya diberikan oleh KGEH atau Dokter Spesialis Penyakit Dalam.<br>(d) Dapat diberikan tanpa melakukan pemeriksaan genotipe, sesuai dengan SK Penetapan RS Layanan Hepatitis C dari Kementerian Kesehatan. | |
| 9. | Telbivudine | Tab. 600 mg | F | (a) Hanya untuk pasien Hepatitis B Kronik. Diagnosis ditegakkan berdasarkan hasil pemeriksaan HBV DNA. | |
| | | | | (b) Pengobatan dihentikan apabila terjadi serokonversi HBsAg. | |
| | | | | (c) Apabila HBV-DNA setelah 6 bulan masih positif harus ditambahkan atau digantikan obat lain. | |
| | | | | (d) Hanya diberikan oleh KGEH atau Spesialis Anak KGEH atau Dokter Spesialis Penyakit Dalam. | |
| 10. | Tenofovir | Tab. Salut selaput 300 mg | F | (a) Hanya untuk pasien hepatitis B. | |
| | | | | (b) Hanya diberikan oleh KGEH atau Dokter Spesialis Penyakit Dalam. | |
| | | | | (c ) Tidak diberikan untuk pasien < 18 tahun. | |

| NO. | NAMA GENERIK | BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN | FORNAS (F)/ NON FORNAS (NF) | FORMULARIUM NASIONAL | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | RESTRIKSI | PERESEPAN MAKSIMAL |
| I | II | III | IV | V | VI |
| **6.6.5.** | **LAIN-LAIN** | | | | |
| 1. | Favipiravir | Tab. 200 mg | NF | Hanya untuk pasien Covid-19 | |
| 2. | Oseltamivir | Capsul 75 mg | NF | Hanya untuk pasien Covid-19 | |
| 3. | Remdesivir | Inj. 100 mg | NF | Hanya untuk pasien Covid-19 | |
| **7.** | **ANTIMIGRAIN dan ANTIVERTIGO** | | | | |
| **7.1.** | **ANTIMIGRAIN, UNTUK PROFILAKSIS** | | | | |
| **7.1.1.** | **PROFILAKSIS** | | | | |
| 1. | Propranolol | Tab. 10 mg | F | | |
| | | Tab. 40 mg | F | | |
| **7.1.2.** | **SERANGAN AKUT** | | | | |
| 1. | Ergotamine | Tab. 1 mg | F | Hanya digunakan untuk serangan migren akut dan *cluster headache* . | 8 tab/minggu |
| 2. | Kombinasi : Ergotamine/Cafein | Tab. 1 mg/50 mg | F | | 8 tab/minggu |
| **7.2.** | **ANTIVERTIGO** | | | | |
| 1. | Betahistine | Tab. 6 mg | F | (a) Hanya untuk sindrom meniere dan vertigo perifer. | Untuk vertigo perifer : |
| | | | | | - BPPV : 1 minggu |
| | | | | (b) Untuk sindrom meniere dan vertigo non BPPV hanya di faskes Tk. 2 dan 3. | - non BPPV : 30 tab/bulan |
| | | Tab. 24 mg | F | Hanya untuk sindrom meniere | 90 tab/bulan |
| 2. | Flunarizin | Tab. 5 mg, 10 mg | NF | | |
| **8.** | **ANTINEOPLASTIK, IMUNOSUPRESAN dan OBAT untuk TERAPI PALIATIF** | | | | |
| **8. 1.** | **HORMON dan ANTIHORMON** | | | | |
| 1. | Anastrozole | Tab. Salut selaput 1 mg | F | Dapat digunakan untuk kanker payudara post menopause dengan pemeriksaan reseptor estrogen/progesteron positif. | 30 tab/bulan |
| 2. | Bicalutamide | Tab. Salut 50 mg | F | (a) Untuk kanker prostat, diberikan 5-7 hari sebelum atau bersamaan dengan pemberian goserelin asetat atau leuprorelin asetat. Diberikan sampai *Prostate Spesific Antigen* (PSA) membaik atau terjadi *progress* . | 30 tab/bulan |
| | | | | (b) Pemeriksaan PSA dilakukan setiap 3 bulan. | |
| | | | | (c ) Obat dihentikan jika terjadi progress (2 kali pemeriksaan PSA berturut-turut terjadi peningkatan > 50%). | |
| | | Tab. Salut 150 mg | F | Hanya diberikan untuk kanker prostat | |
| 3. | Dexamethasone | Tab. 0,5 mg | F | | |
| | | Inj. 5 mg/mL | F | | |
| 4. | Dienogest | Tab. 2 mg | F | Hanya untuk endometriosis | 30 tab/bulan, selama maksimal 6 bulan |
| 5. | Exemestane | Tab. Salut gula 25 mg | F | Dapat digunakan untuk kanker payudara post menopause, ER dan/atau PR positif. | 30 tab/bulan |
| 6. | Goserelin Acetate (GnRh Agonis) | Inj. 3,6 mg | F | (a) Dapat digunakan untuk kanker payudara dengan hormonal reseptor ER dan/atau PR positif premenopause. | 1 vial/bulan |
| | | | | (b) Dapat digunakan untuk endometriosis. | 1 vial/bulan, maks. 3 vial/kasus |
| | | | | (c) Dapat digunakan untuk kanker prostat, boleh diberikan bersama dengan bicalutamid tab. 50 mg. | |
| | | Inj. 10,8 mg | F | Dapat digunakan untuk kanker prostat. | 1 vial/3 bulan |
| 7. | Letrozole | Tab. 2,5 mg | F | Untuk kanker payudara pada postmenopause dengan reseptor ER dan/atau PR positif. | 30 tab/bulan |
| 8. | Leuprorelin Acetate | Serbuk Inj. 1,88 mg | F | Untuk endometriosis, adenomiosis atau mioma uteri. | 1 vial/bulan, maks. 6 vial/kasus. Untuk endometriosis 1 vial/bulan, maks. 3 vial/kasus |
| | | Serbuk Inj. 3,75 mg | F | (a) Dapat digunakan untuk kanker payudara dengan hormonal reseptor ER dan/atau PR positif premenopause. | 1 vial/bulan |
| | | | | (b) Dapat digunakan untuk endometriosis. | 1 vial/bulan, maks. 6 vial/kasus |
| | | | | (c) Adenomiosis atau mioma uteri. | |
| | | | | (d) Dapat digunakan untuk kanker prostat, boleh diberikan bersama dengan bicalutamid Tab 50 mg. | |
| | | | | (e) Untuk terapi pubertas prekoks disertai pemeriksaan 2 dari 3 tanda-tanda seks sekunder pubertas prekoks. | |
| | | | | (f) Kadar LH > 0,8 IU/L. | |
| | | Serbuk Inj. 7,5 mg | F | (a) Untuk *advanced hormone-dependent prostate cancer.* | Tiap 1 bulan |
| | | | | (b) Diagnosa ditegakkan dengan pemeriksaan hasil PA | |
| | | | | (c ) Diberikan di Faskes Tingkat 2 atau Tingkat 3 yang dapat melakukan pemeriksaan PSA dan testosteron. | |
| | | | | (d) Dapat diberikan bersama dengan bicalutamid Tab 50 mg. | |
| | | Serbuk Inj. 11,25 mg | F | (a) Dapat digunakan untuk kanker payudara dengan hormonal reseptor ER dan/atau PR positif premenopause. | |
| | | | | (b) Dapat digunakan untuk kanker prostat, boleh diberikan bersama dengan bikalutamid tab 50 mg. | |
| | | Serbuk Inj. 22,5 mg | F | (a) Untuk *advanced hormone-dependent prostate cancer.* | Tiap 3 bulan |
| | | | | (b) Diagnosa ditegakkan dengan pemeriksaan hasil PA | |
| | | | | (c ) Diberikan di Faskes Tingkat 2 atau Tingkat 3 yang dapat melakukan pemeriksaan PSA dan testosteron. | |
| | | | | (d) Dapat diberikan bersama dengan bicalutamid Tab 50 mg. | |
| 9. | Methyl prednisolone | Tab. 4 mg, 16 mg | F | | |
| 10. | Medroxy progesteron asetat | Tab. 100 mg | F | | |
| | | Inj. 50 mg/mL, 150 mg/mL | F | | |
| 11. | Tamoxifen | Tab. 10 mg | F | Untuk kanker payudara pada premenopause dan postmenopause dengan reseptor ER dan/atau PR positif. | 60 tab/bulan |
| | | Tab. 20 mg | F | | 30 tab/bulan |
| 12. | Testosterone | Kaps. Lunak 40 mg | F | Hanya untuk defisiensi hormon. | |
| | | Inj. 250 mg/mL | F | | |

| NO. | NAMA GENERIK | BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN | FORNAS (F)/ NON FORNAS (NF) | FORMULARIUM NASIONAL | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | RESTRIKSI | PERESEPAN MAKSIMAL |
| I | II | III | IV | V | VI |
| **8. 2.** | **IMUNOSUPRESAN** | | | | |
| 1. | Azathioprin | Tab. Sal selaput 50 mg | F | | |
| 2. | Basiliximab | Inj. 20 mg | F | (a) Diberikan 20 mg pada 2 jam sebelum dilakukan transplantasi, dan 20 mg diberikan 4 hari setelah transplantasi. (b) Diberikan bersama dengan siklosporin dan kortikosteroid. | |
| 3. | Chloroquine | Tab. 250 mg | F | (a) Untuk kasus *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE), (b) Untuk kasus *Rheumatoid Arthritis* (RA). | |
| 4. | Cyclosporine | Kaps. lunak 25 mg, 50 mg | F | Untuk kasus transplantasi organ atau penyakit autoimun. | 5 mg/kgBB/hr |
| | | Kaps. lunak 100 mg | F | Untuk kasus transplantasi organ atau penyakit autoimun. | 90 kaps/bulan |
| | | Inj. 50 mg/mL; 100 mg/mL | F | | |
| 5. | Everolimus | Tab. 0,25 mg, 0,5 mg | F | Hanya untuk pasien yang telah menjalani transplantasi ginjal dan mengalami penurunan fungsi ginjal yang dapat menyebabkan *Chronic Allograft Nephropathy* (CAN). | |
| 6. | Hydroxychloroquine | Tab. 200 mg | F | (a) Untuk kasus *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE), (b) Untuk kasus *Rheumatoid Arthritis* (RA). | 60 tab/bulan |
| 7. | Leflunomide | Tab. Salut Selaput 20 mg | F | Untuk penderita *Rheumatoid Arthritis* (RA) yang telah gagal dengan DMARD's. Bukan sebagai *initial treatment.* Hanya boleh diresepkan oleh dokter reumatolog. | |
| 8. | Methotrexate | Tab. 2,5 mg | F | (a) Untuk imunosupresi, (b) Untuk pasien dengan luas psoriasis di atas 10%. | |
| 9. | Mycophenolate Mofetil | Tab. 500 mg | F | (a) Untuk kasus transplantasi organ ginjal, jantung atau hati. (b) Lupus Nefritis | 120 tab/bulan |
| | | | | (OP) Juga dapat diberikan pada kasus : (a) Sindrom Nefrotik Resisten Steroid, (b) *Cutaneous Lupus Discoid,* (c ) Psoriasis. | |
| 10. | Mycophenolate Sodium | Tab. Salut 180 mg | F | | Untuk dewasa, 60 tab/bulan |
| | | Tab. Salut 360 mg | F | | - Untuk dewasa, 60 tab/bulan; - Untuk lupus nefritis : 120 tab/bulan |
| 11. | Secukinumab | Serb. Inj. 150 mg | F | (a) Hanya untuk pasien psoriasis berat, | |
| | | | | (b) Telah terbukti gagal dengan dua (2) terapi sistemik (metotrexat, cyclosporin, atau narrowband ultraviolet B) | |
| 12. | Tacrolimus | Kaps. 0,5 mg, 1 mg; | F | (a) Untuk pasien pasca transplantasi hati atau ginjal yang telah mendapat imunosupresan lainnya, tetapi tidak respon. (b) Untuk pencegahan rejeksi pada transplantasi hati atau ginjal. | |
| | | Kaps. Lepas lambat 0,5 mg, 1 mg | F | | Transplantasi Ginjal : 0,2-0,3 mg/kg/hari; Transplantasi Hati : 0,1-0,2 mg/kg/hari |
| 13. | Tocilizumab | Inf. 20 mg/ml | F | (a) Hanya untuk arthritis rheumatoid (RA) berat yang telah gagal dengan DMARDs konvensional. | - 8 mg/kgBB tiap 4 minggu sekali. - Pemberian paling lama 6 bulan (24 minggu) |
| | | | | (b) Tidak digunakan sebagai lini pertama. | |
| | | | | (c ) Telah mendapat persetujuan komite medik. | |
| | | | | (d) Telah dibuktikan bahwa pasien tidak menderita infeksi sistemik termasuk TBC. | |
| | | | | (e) Hanya dapat diberikan oleh dokter spesialis rheumatologi. | |
| | | | | (OP) Dapat digunakan untuk pasien Covid-19, sesuai Pedoman Tata Laksana Covid-19 | |
| **8. 3.** | **SITOTOKSIK** | | | | |
| 1. | Afatinib | Tab. Salut Selaput 20 mg, Tab. Salut Selaput 30 mg | F | (a) Untuk NSCLC jenis *non squamous* yang *locally advance* atau metastatik dengan EGFR exon 19 delesi atau mutasi subsitusi exon 21 (L858R), pada pasien yang belum pernah mendapatkan *TKI* sebelumnya. | Obat dihentikan jika respon terhadap obat kurang dari 50%, setelah 3 siklus. |
| | | | | (b) Dosis terapi adalah 40 mg, diberikan 1x1 sehari | |
| | | | | (c ) Tidak digunakan sebagai lini kedua. | |
| | | | | (d) Jika terjadi progresi pada salah satu (gefitinib, erlotinib, atau afatinib), maka tidak dapat diganti dengan obat-obat tersebut. | |
| | | | | **Dosis 20 mg dan 30 mg bukan dosis terapeutik tetapi digunakan apabila muncul efek samping. Dosis dikembalikan ke 40 mg untuk mendapat efikasi yang diharapkan.** | |
| | | Tab. Salut Selaput 40 mg | F | (a) Untuk NSCLC jenis *non squamous* yang *locally advance* atau metastatik dengan EGFR exon 19 delesi atau mutasi subsitusi exon 21 (L858R), pada pasien yang belum pernah mendapatkan *TKI* sebelumnya. | 30 tab/bulan. Obat dihentikan jika respon terhadap obat kurang dari 50%, setelah 3 siklus. |
| | | | | (b) Dosis terapi adalah 40 mg, diberikan 1x1 sehari | |
| | | | | (c ) Tidak digunakan sebagai lini kedua. | |
| | | | | (d) Jika terjadi progresi pada salah satu (gefitinib, erlotinib, atau afatinib), maka tidak dapat diganti dengan obat-obat tersebut. | |
| 2. | Asparaginase | Inj. 10.000 IU/vial | F | Untuk leukemia limfoblastik akut | |
| 3. | Bendamustin | Inj. 25 mg | F | Hanya untuk *Chronic Lymphocytic Leukemia* (CLL) (Stadium B atau C). | Untuk CLL = 100 mg/m² pada hari 1 dan 2 pada siklus 28 hari. Pemberian maks. 6 siklus. |
| | | Inj. 100 mg | F | | |
| 4. | Bleomycin | Serbuk Inj. 15 mg | F | (a) Untuk *squamous cell carcinoma* pada daerah kepala dan leher, esofagus, serviks, ovarium, penis, testis, kulit, paru, glioma, limfoma, *germ cell tumor* dibuktikan dengan hasil pemeriksaan PA. | 12 x pemberian |
| | | | | (b) Sebagai terapi lini pertama pada Hodgkin dan Non-Hodgkin Disease dibuktikan dengan hasil pemeriksaan PA. | |

| NO. | NAMA GENERIK | BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN | FORNAS (F)/ NON FORNAS (NF) | FORMULARIUM NASIONAL | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | RESTRIKSI | PERESEPAN MAKSIMAL |
| I | II | III | IV | V | VI |
| | | | | (c ) Pemeriksaan PA dapat dikecualikan untuk nefroblastoma, pleurodesis, dan tumor otak. | |
| | | | | (OP) Juga dapat digunakan sebagai agen *antiscleroting agent* pada kasus Hemangioma atau Limfangioma; dapat digunakan untuk kasus Teratoma. | |
| 5. | Busulfan | Tab. 2 mg | F | | |
| 6. | Capesitabin | Tab. salut 500 mg | F | (a) Untuk kanker kolorektal | 2.500 mg/m$^2$/hari selama 2 minggu diulang tiap 3 minggu. |
| | | | | (b) Untuk kanker payudara metastatik setelah gagal dengan terapi lain. | |
| 7. | Carboplatin | Inj. 10 mg/mL | F | | AUC (*Area Under Curve* ) 5-6 setiap 3 minggu. |
| 8. | Cetuximab | Inj. 5 mg/mL | F | (a) Sebagai terapi lini kedua kanker kepala dan leher jenis *squamous* dan dikombinasi dengan kemoterapi atau radiasi. | Pemberian tiap minggu : dosis pertama 400 mg/m$^2$, dosis selanjutnya 250 mg/m$^2$ tiap minggu. |
| | | | | (b) Tidak digunakan untuk kanker nasofaring | Maksimal 6 siklus atau sampai terjadi progress atau timbul efek samping yang tidak dapat ditoleransi, mana yang terjadi lebih dulu. |
| 9. | Cisplatin | Serbuk Inj. i.v. 10 mg/10 mL, 50 mg/50 mL | F | | 100 mg/m$^2$/hari diulang tiap 3 minggu. |
| 10. | Cyclophosphamid | Inj. 200 mg (i.v.);<br>500 mg (i.v.); 1.000 mg (i.v.) | F | | Dewasa : 750 mg/m² jika diberikan kombinasi dengan obat lain setiap 3-4 minggu. |
| | | | | | Anak : 3-6 mg/kg BB perhari, atau 10-15 mg/kg BB dengan interval 2-5 hari, atau sebagai single terapi 40-50 mg/kg BB setiap 3-4 minggu. |
| 11. | Cytarabin | Inj. 50 mg/mL, 100 mg/mL | F | (a) Untuk leukimia akut, (b) Untuk limfoma malignum, '(c) Tidak digunakan untuk intra tekal. | 3.000 mg/m2/hari selama 3 hari berturut-turut. |
| | | | | (OP) Dapat digunakan pada kasus Retinoblastoma. | |
| 12. | Dacarbazin | Serbuk Inj. 100 mg, 200 mg | F | Untuk melanoma maligna metastatik, sarkoma dan penyakit Hodgkin. | 12 x pemberian |
| 13. | Dactinomycin | Inj. 0,5 mg | F | (a) Untuk tumor Wilms, rabdomiosarkoma pada anak, sarkoma ewings, dan kanker testis non seminoma metastatik. (b) Neoplasia trofoblastik gestasional (c) untuk *soft tissue sarcoma* , kecuali *leiomyosarcoma* dan *angiosarcoma* | 12 x pemberian |
| 14. | Daunorubisin | Serbuk Inj. 20 mg/vial | F | Untuk leukemia akut. | |
| 15. | Docetaxel | Inj. 20 mg, 40 mg, 80 mg | F | Untuk kanker kepala dan leher, paru, payudara, ovarium, prostat dan adenokarsinoma gaster. | Untuk kombinasi : 75 mg/m$^2$ setiap 3 minggu. Untuk kemoterapi tunggal : 100 mg/m$^2$ setiap 3 minggu. |
| 16. | Doxorubisin | Serbuk Inj. 10 mg, 50 mg | F | | Dosis kumulatif maksimum (seumur hidup) : 500 mg/m$^2$ |
| 17. | Epirubicin | Serbuk Inj. 2 mg/mL, 50 mg | F | | Dosis kumulatif maks.(seumur hidup) 750 mg/m$^2$. |
| 18. | Eribulin | Inj. 0,44 mg | NF | | |
| 19 | Erlotinib | Tab. Salut selaput 100 mg, 150 mg | F | (a) Untuk NSCLC jenis *non squamous* yang *locally advance* atau metastatik dengan EGFR exon 19 delesi atau mutasi subsitusi exon 21 (L858R), pada pasien yang belum pernah mendapatkan *TKI* sebelumnya. | 30 tab/bulan. Obat dihentikan jika respon terhadap obat kurang dari 50%, setelah 3 siklus. |
| | | | | (b) Jika terjadi progresi pada salah satu (gefitinib, erlotinib, atau afatinib), maka tidak dapat diganti dengan obat-obat tersebut. | |
| 20. | Etoposid | Kaps. Lunak 100 mg<br><br>Inj. 20 mg/mL, | F | Untuk kanker testis, *small cell lung cancer* , limfoma maligna. | 100 mg/m$^2$/hari selama 3-5 hari. |
| | | | | (OP) Dapat digunakan pada kasus Neuroblastoma, Retinoblastoma, Teratoma atau Penyakit Trofoblastik Gestasional (PTG) | |
| 21. | Fludarabin | Tab. salut 10 mg | F | (a) Hanya untuk BCLL, (b) Sebagai alternatif pengganti klorambusil untuk terapi CLL (*Chronic Lymphocytic Leukemia* ). | 30 mg/m$^2$/hari selama 5 hari. |
| | | Inj. 50 mg/vial | F | | |
| 22. | Fluorourasil | Inj. 25 mg/mL, 50 mg/mL | F | Untuk kanker kepala dan leher, saluran cerna, payudara dan leher rahim. | Untuk nasofaring : 1.000 mg/m$^2$/hari selama seminggu. Untuk kolorektal : 2.800 mg/m$^2$/46 jam diulang tiap 2 minggu. |

| NO. | NAMA GENERIK | BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN | FORNAS (F)/ NON FORNAS (NF) | FORMULARIUM NASIONAL | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | RESTRIKSI | PERESEPAN MAKSIMAL |
| I | II | III | IV | V | VI |
| 23. | Gefitinib | Tab. 250 mg | F | (a) Untuk NSCLC jenis *non squamous* yang *locally advance* atau metastatik dengan EGFR exon 19 delesi atau mutasi subsitusi exon 21 (L858R), pada pasien yang belum pernah mendapatkan *TKI* sebelumnya. | 30 tab/bulan. Obat dihentikan jika respon terhadap obat kurang dari 50%, setelah 3 siklus. |
| | | | | (b) Jika terjadi progresi pada salah satu (gefitinib, erlotinib, atau afatinib), maka tidak dapat diganti dengan obat-obat tersebut. | |
| 24. | Gemcitabin | Serb. Inj. 200 mg, 1000 mg | F | (a) Untuk NSCLC yang *locally advanced* (stadium IIIA, IIIB) atau metastatik (stadium IV) | 1.000 mg/$m^2$/minggu. |
| | | | | (b) Untuk adenokarsinoma pankreas yang *locally advanced* (*non resectable* stadium II atau stadium III) atau metastatik (stadium IV). | |
| | | | | (c) Hanya untuk *muscle invasif bladder cancer* . | |
| | | | | (d) Kombinasi dengan Paclitaxel untuk kanker payudara stadium lanjut yang telah mengalami kekambuhan setalah menjalani pengobatan sekurang-kurangnya dengan golongan antrasiklin sebelumnya. | |
| 25. | Hidroxy urea | Kaps. 500 mg | F | (a) Untuk CML, (b) Untuk polisitemia vera. | 40 mg/kg BB/hari selama 30 hari. |
| | | | | (OP) Untuk kasus trombositosis reaktif | |
| 26. | Idarubisin | Serb. Inj. 20 mg (i.v.) | F | | 12 mg/$m^2$ selama 3 hari dikombinasi dengan Cytarabin. |
| 27. | Ifosfamid | Serbuk Inj. 500 mg, 1.000 mg, 2.000 mg | F | Diberikan bersama mesna. | 5.000 mg/$m^2$/hari setiap 3 minggu bersama mesna. |
| 28. | Imatinib Mesilat | Tab. 100 mg | F | Diindikasikan pada : (a) LGK/CML atau LLA/ALL dengan pemeriksaan kromosom *Philadelphia* positif atau BCR-ABL positif. (b) GIST yang *unresectable* dengan hasil pemeriksaan CD 117 positif. (c ) Pasien dewasa dengan *unresectable, recurrent* dan atau *metastatic.* | 120 tab/bulan |
| | | Tab. 400 mg | F | | Untuk GIST : 60 tab/bulan; Untuk CML : 30 tab/bulan |
| 29. | Irinotecan | Inj. 20 mg/mL; Inf. 20 mg/mL | F | (a) Hanya digunakan untuk kanker kolorektal. Harus diberikan bersama dengan 5-FU dan calcium folinat (Leucovorin Ca). (b) Untuk terapi pasien dengan *Small Cell Lung Cancer* (SCLC) dikombinasikan dengan Cisplatin. | 125 mg/$m^2$ setiap minggu diulang tiap 3 minggu atau 180 mg/$m^2$ tiap 2 minggu. |
| 30. | Klorambusil | Tab. 5 mg | F | | |
| 31. | Lapatinib | Tab. 250 mg | F | (a) Kombinasi dengan Capecitabine untuk kanker payudara metastatik dengan hasil pemeriksaan HER2 (ErbB2) positif 3/ISH yang amplifikasi dan telah mendapat terapi sebelumnya termasuk trastuzumab, (b) Kombinasi dengan Letrozol untuk kanker payudara metastatik pada post menopause dengan reseptor hormon positif (ER/PR positif) dan memerlukan terapi hormon. | (1) Untuk HER2 positif bersama dengan Capecitabine, dosis 1.250 mg/hari (5 tab/hari), (2) Untuk HER2+ positif + hormon ER dan/atau PR positif dan post menopause pemberian bersama Letrozol, dosis 1.500 mg/hari (6 tab/hari). |
| 32. | Melfalan | Tab. 2 mg | F | Untuk multiple myeloma. | |
| 33. | Mercaptopurin | Tab 50 mg | F | | |
| 34. | Metotreksat | Tab. 2,5 mg | F | | Untuk maintenance leukemia : 7,5 mg/hari setiap minggu. Untuk trofoblastik ganas : 30 mg/hari selama 5 hari. |
| | | Inj. 2,5 mg/mL, 10 mg/mL, 25 mg/mL | F | Tidak untuk intra tekal. Jika diperlukan dapat diberikan bersama Calcium Folinat (leukovorin, Ca) sebagai *rescue medication* . | Untuk trofoblastik ganas : 12.000 mg/$m^2$/hari. |
| | | Inj. i.v./ i.m./ i.t. 5 mg/vial | F | | 15 mg/minggu |
| 35. | Mitomisin C | Serb. Inj. 2 mg, 10 mg | F | Hanya digunakan secara kombinasi dengan kemoterapi lain untuk kasus adenokarsinoma gaster atau pankreas yang gagal dengan kemoterapi lini pertama. | |
| | | | | Serb. Inj. 10 mg untuk kemoterapi lokal (instilasi vesika) pada kanker kandung kemih. | |
| 36. | Nilotinib | Kaps. 150 mg | F | Hanya diresepkan oleh konsultan Hematologi dan Onkologi Medik (KHOM). Untuk kasus Leukemia Granulositik Kronik (LGK)/CML dengan hasil *Philadelphia Chromosome* positif atau BCR-ABL positif. | 120 kaps/bulan /kasus |
| | | Kaps. 200 mg | F | Hanya diresepkan oleh konsultan Hematologi dan Onkologi Medik (KHOM). Untuk kasus Leukemia Granulositik Kronik (LGK)/CML dengan hasil *Philadelphia Chromosome* positif atau BCR-ABL positif yang resisten atau intoleran terhadap imatinib. | 120 kaps/bulan /kasus |
| 37. | Octreotide LAR | Serb. Inj. 20 mg, 30 mg | F | Untuk akromegali atau tumor karsinoid. | Untuk pasien akromegali yang baru pertama mendapat 150 mg/hari selama 2 minggu, 20-30 mg/bulan setiap 4 minggu. Untuk tumor karsinoid 20-30 mg/bulan maksimal 6 bulan. |

| NO. | NAMA GENERIK | BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN | FORNAS (F)/ NON FORNAS (NF) | FORMULARIUM NASIONAL | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | RESTRIKSI | PERESEPAN MAKSIMAL |
| I | II | III | IV | V | VI |
| 38. | Oxaliplatin | Serbuk Inj. 50 mg, 100 mg | F | (a) Untuk terapi ajuvan kanker kolorektal stadium III, (b) Dapat digunakan untuk kanker kolorektal metastase. | 12 x pemberian |
| 39. | Paclitaxel | Inj. 6 mg/mL | F | | Untuk kanker ovarium diberikan dalam kombinasi dengan Cisplatin atau Carboplatin setiap 3 minggu. Dosis Paclitaxel: 175 mg/m$^2$/kali. |
| 40. | Pemetreksed | Serbuk Inj. 500 mg/vial | F | (a) Untuk terapi *non squamous* NSCLC *locally advanced* atau metastatik EGFR *wild type* dalam kombinasi dengan Cisplatin; | 500 mg/m$^2$, maksimal 6 siklus |
| | | | | (b) Untuk lini kedua pada *non squamous* NSCLC *locally advanced* atau metastatik EGFR *wild type* yang gagal diatasi dengan kemoterapi lain; | |
| | | | | (c) Jika terjadi progresi setelah terapi lini pertama dengan pemetreksed, maka tidak dapat dilanjutkan dengan pemetreksed sebagai lini kedua. | |
| 41. | Rituksimab | Inj. 10 mg/mL | F | (a) Untuk *Diffuse Large B-Cell Lymphoma* (DLBCL) dengan hasil pemeriksaan CD45/LCA positif, CD20 positif, CD3 negatif. | 375 mg/m$^2$ setiap 3 minggu, maksimal 6 siklus |
| | | | | (b) Untuk terapi *Chronic Lymphocytic Leukemia* (CLL) dengan hasil pemeriksaan CD20 positif. | |
| 42. | Temozolamid | Kaps. 20 mg; 100 mg | F | (a) Hanya untuk glioblastoma. | - 75 mg/m$^2$/hari selama 42 hari bersamaan dengan radioterapi, atau |
| | | | | (b) Untuk *anaplastic astrocytoma* | - 150-200 mg/m2/hari selama 5 hari berturut-turut diulang setiap 4 minggu, maks 6 siklus. |
| 43. | Trastuzumab | Serb. Inj 440 mg | F | Untuk kanker payudara metastatik dengan hasil pemeriksaan HER2 positif 3 (+++). | 8 siklus atau hingga terjadi *progress diseases* , mana yang lebih dahulu dicapai. |
| 44. | Vinblastin | Inj 1 mg/mL | F | | 6 mg/m$^2$ setiap 2 minggu |
| 45. | Vincristin | Inj. 1 mg/mL | F | Hanya diberikan secara intravena. | 1,5 mg/m$^2$ maks *weekly dose* 2 mg. Kecuali untuk ALL maks 3 tahun |
| 46. | Vinorelbin | Inj. 10 mg/mL | F | (a). Untuk *Non Small Cell Lung Cancer* (NSCLC). (b). Untuk kanker payudara metastatik | 25 mg/m$^2$ hari 1 dan 8 diulang setiap 3 minggu |
| **8.4.** | **LAIN-LAIN** | | | | |
| 1. | Asam Ibandronat | Inj. 1 mg/mL | F | (a) Hiperkalsemia akibat keganasan.(b) Metastase tulang. | 1 vial/bulan |
| 2. | Asam Zoledronat | Inj. 4 mg/5 mL, btl. 100 mL | F | (a) Hiperkalsemia akibat keganasan; (b) Metastase tulang | 1 vial/bulan |
| 3. | Calcium Folinat (Leucovorin, Ca) | Tab. 15 mg | F | Untuk pencegahan efek toksik metotreksat dan memperkuat efek 5-fluorourasil. | Sesuai dengan dosis methotrexate atau 400 mg/m$^2$ setiap 2 minggu bersama dengan 5-FU. |
| | | Inj. 10 mg/mL | F | | |
| | | | | (OP) Juga dapat diberikan pada kasus toksoplasma. | |
| 4. | Dinatrium Clodronat | Infus kons. 60 mg/mL | F | (a) Hiperkalsemia akibat keganasan; (b) Metastase tulang | Dosis kumulatif maks. 1.500 mg/hari selama 5 hari. |
| 5. | Mesna | Inj. 100 mg/mL | F | Hanya diberikan untuk terapi yang menggunakan ifosfamid atau cyclophosphamid dosis tinggi. | 1. Untuk pemberian bersama dengan ifosfamid, mesna diberikan dengan dosis maksimal 60% dari dosis ifosfamid/hari, maksimal selama 5 hari tiap 3 minggu. 2. Untuk pemberian bersama siklofosfamid dosis tinggi (>1g/m²), mesna diberikan dengan dosis maksimal 100% dari dosis cyclophosphamid/ hari |
| **9.** | **ANTIPARKINSON** | | | | |
| 1. | Kombinasi KDT/FDC mengandung : Benserazid + Levodopa | Tab./Tab. *Dispersible* 25 mg/100 mg | F | Hanya diresepkan oleh dokter spesialis neurologi | 120 tab./bulan |
| 2. | Kombinasi KDT/FDC mengandung : Levodopa/Karbidopa/ Entekapon | Tab. 100 mg/25 mg/200 mg | F | Hanya diresepkan oleh dokter spesialis neurologi | 90 tab/bulan |
| 3. | Pramipeksol | Tab. 0,125 mg | F | Dosis 0,125 mg dapat juga digunakan untuk *Restless Leg Syndrome (RLS).* | 60 tab/bulan |

| NO. | NAMA GENERIK | BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN | FORNAS (F)/ NON FORNAS (NF) | FORMULARIUM NASIONAL | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | RESTRIKSI | PERESEPAN MAKSIMAL |
| I | II | III | IV | V | VI |
| | | Tab. Lepas lambat 0,375 mg, 0,750 mg | F | | 30 tab/bulan |
| 4. | Ropinirol | Tab. Lepas lambat 2 mg | F | Dosis 2 mg dapat juga digunakan untuk *Restless Leg Syndrome* (RLS). | 30 tab/bulan |
| | | Tab. Lepas lambat 4 mg, 8 mg | F | | 30 tab/bulan |
| 5. | Triheksifenidil | Tab. 2 mg | F | Dapat digunakan pada gangguan ekstrapiramidal karena obat | 90 tab/bulan |
| **10.** | **OBAT yang MEMENGARUHI DARAH** | | | | |
| **10.1.** | **ANTIANEMI** | | | | |
| 1. | Asam Folat | Tab. 0,4 mg, 1 mg, 5 mg | F | | |
| 2. | Garam Fe | | | | |
| | 1. Setara dengan Fe elemental 60 mg | Tab. | F | | |
| | 2. Setara dengan Fe elemental 15 mg/5 mL | Sir. 15 mg/5 mL | F | | |
| 3. | Kombinasi KDT/FDC mengandung : | Tab. Salut | F | | |
| | a. Fe Sulfat / Fe Fumarat / Fe Glukonat | (Setara dengan Fe elemental 60 mg) | | | |
| | b. Asam Folat | 0,4 mg | | | |
| 4. | Cyanokobalamin (Vit. B12 ) | Tab. 50 mcg | F | | |
| | | Inj. 500 mcg/mL | F | | |
| 5. | Fe Fumarat | Kaps. | | | |
| 6. | *Low Molecular Ferri Sucrose* | Inj. 20 mg/mL | F | Hanya untuk kasus HD dengan defisiensi zat besi dan kadar Hb < 10 g/dL. | |
| **10.2.** | **OBAT yang MEMENGARUHI KOAGULASI** | | | | |
| 1. | Asam Tranexamat | Tab. Salut Selaput 500 mg | F | Untuk perdarahan masif atau berpotensi perdarahan > 600 cc. | |
| | | Inj. 50 mg/mL, 100 mg/mL | F | | |
| 2. | Carbazochrom | Tab. 10 mg; 30 mg | NF | | |
| | | Inj. 5 mg/mL | NF | | |
| 3. | Dabigratan Eteksilat | Kaps. 75 mg, 110 mg | F | Untuk pencegahan VTE (*Venous Thrombo Embolism*) pada *hip* dan *knee replacement*. | 30 kaps, pasca operasi |
| 4. | Ebtifibated | Inj. | NF | | |
| 5. | Enoxaparin Sodium | Inj. 20 mg/0.2 mL, 40 mg/0.4 mL, 60 mg/0.6 mL | F | (Bahan dasar terbuat dari babi). Dapat digunakan untuk tromboemboli dan sindrom koroner akut serta pencegahan *clotting* pada hemodialisis, pada *bedridden post operasi*, *medium* dan *high risk.* | 2 vial/hari |
| 6. | Faktor koagulasi II, VII, IX, X | Serbuk Inj. 250 IU/10 mL, 500 IU/10 mL | F | Terapi perdarahan dan pencegahan perdarahan pada pasien yang mengalami defisiensi faktor prothrombin kompleks dapatan atau turunan. | |
| 7. | Fitomenadion (Vit. K1) | Tab. salut gula 10 mg | F | | |
| | | Inj. 2 mg/mL (i.m.) | F | (a) Dosis untuk bayi baru lahir 1 mg. (b) Dosis untuk bayi prematur 0,5 mg. | |
| | | Inj. i.m. 10 mg/mL | F | | |
| 8. | Fondaparinuks | Inj. 2,5 mg/0,5 mL | F | Untuk tromboemboli dan sindrom koroner akut. | 1 vial/hari |
| 9. | Heparin, Na | Inj. i.v. / s.k. 5000 IU/mL | F | | Dosis sesuai dengan target APTT (maks. 20.000 - 40.000 IU/hari. |
| 10. | Nadroparin | Inj. 9.500 Axa/mL syringe 0.3 mL, 0.4 mL, 0.6 mL | F | (Bahan dasar terbuat dari babi). Untuk tromboemboli dan sindrom koroner akut. | |
| 11. | Parnaparin | | NF | | |
| 12. | Protamin Sulfat | Inj. 10 mg/mL | F | | |
| 13. | Rivaroxaban | Tab. salut 10 mg | F | Untuk pencegahan VTE (*Venous Thrombo Embolism*) pada pasien dewasa yang menjalani *hip or knee replacement surgery*. | (a) Untuk *knee replacement* 12 tab/kasus. (b) Untuk *hip replacement* 35 tab/kasus. |
| | | Tab. salut 15 mg | F | Untuk terapi *Deep Vein Thrombosis* (DVT) | 42 tab/kasus |
| | | Tab. salut 20 mg | F | | 30 tab/bulan, maksimal 3 bulan. |
| 14. | Warfarin | Tab. 1 mg, 2 mg | F | (a). Untuk pencegahan dan terapi tromboembolism. (b). Dosis harian disesuaikan dengan target INR (2-3). | Dosis harian disesuaikan dengan target INR (2 - 3) |
| **10.3.** | **OBAT untuk KELEBIHAN BESI** | | | | |
| 1. | Deferasirox | Tab. Disp. 250 mg, 500 mg | F | (a). Untuk terapi kelasi besi. (b). Tidak diberikan untuk anak usia < 2 tahun. (c ). Terapi awal harus ditentukan oleh hematolog anak atau hematolog dewasa. | |
| 2. | Deferipron | Tab. salut selaput 500 mg | F | (a). Untuk terapi kelasi besi. (b). Terapi awal harus ditentukan oleh hematolog anak atau hematolog dewasa. | 50 - 75 mg/kg BB/hari |
| | | Lar. Oral 100 mg/mL | F | (a). Terapi awal harus ditentukan oleh hematolog anak atau hematolog dewasa. | 50 - 75 mg/kg BB/hari, maks. 1 btl/bulan |
| 3. | Deferoxamin Mesilat | Serbuk Inj. 500 mg/vial | F | | Dosis anak usia < 3 tahun : 20 - 30 mg/kgBB/hari, maks. 5 - 7 hari. Dosis usia > 3 tahun : 40 - 60 mg/kg BB/hari, maks. 5 - 7 hari. |
| **10.4.** | **HEMATOPOETIK** | | | | |
| 1. | Eltrombopag | Tab. 25 mg, 50 mg | F | (a). Untuk trombositopenia pada pasien *Idiopathic Thrombocytopenic Purpura* (ITP) kronik yang tidak respons terhadap terapi kortikosteroid, imunoglobulin atau splenektomi. | - Platelet telah mencapai > 30.000/mm3 tanpa disertai perdarahan. - Maksimal pemberian 2 minggu. |
| | | | | (b). Hanya digunakan untuk pasien ITP yang memiliki resiko tinggi untuk terjadinya perdarahan (trombosit < 30.000/$mm^3$). | |
| | | | | (c). Obat diberikan dengan target trombosit > 30.000/$mm^3$. | |

| NO. | NAMA GENERIK | BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN | FORNAS (F)/ NON FORNAS (NF) | FORMULARIUM NASIONAL | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | RESTRIKSI | PERESEPAN MAKSIMAL |
| I | II | III | IV | V | VI |
| 2. | Eritropoetin-alfa | Inj. 2.000 IU, 3.000 IU, 4.000 IU | F | Hanya untuk penderita CKD Stadium 4, 5, dan 5 dengan dialisis (HD, CAPD) dengan kriteria berikut :<br>(a) Kadar Hb < 10 g/dL (terapi awal) dan 10-12 g/dl (terapi rumatan).<br>(b) Kadar besi normal (SI > 60 mcg/dL) dan/atau indeks saturasi besi (SI/TBC x 100%) > 20%. | 50 - 100 IU/kgBB diberikan maks. 2x seminggu. |
| | | Inj. 10.000 IU | F | Hanya untuk pasien kanker yang mengalami anemia pada penggunaan kemoterapi yang myelosupresif. | |
| 3. | Eritropoetin-beta | Inj. 2000 IU/0,3 mL | F | Hanya untuk penderita CKD dengan kriteria berikut :<br>(a) Kadar Hb < 10 g/dL (terapi awal) dan 10-12 g/dl (terapi rumatan).<br>(b) Kadar besi normal (SI > 60 mcg/dL) dan/atau indeks saturasi besi (SI/TBC x 100%) > 20%. | 50 - 100 IU/kgBB diberikan maks. 2 x seminggu. |
| 4. | Filgrastim | Inj. 300 mcg/mL | F | (a) Hanya untuk leukopenia berat pra dan pasca kemoterapi (leukosit < 4.000/$mm^3$ dan neutrofil < 1.500/$mm^3$).<br>(b) Pemakaian protokol FLAG dan RICE. | 1 vial/hari selama 5 hari |
| 5. | Lenograstim | Inj. 263 mcg/vial | F | (a) Hanya untuk leukopenia berat pra dan pasca kemoterapi (leukosit < 4.000/$mm^3$ dan neutrofil < 1.500/$mm^3$).<br>(b) Pemakaian protokol FLAG dan RICE. | 1 vial/hari selama 5 hari |
| **11.** | **PRODUK DARAH dan PENGGANTI PLASMA** | | | | |
| **11. 1.** | **PRODUK DARAH** | | | | |
| 1 | Faktor VIIa (rekombinan) | Serb. Inj 1 mg/vial | F | Hanya diberikan untuk :<br>(a) penderita hemofilia dengan inhibitor terhadap faktor VIII atau faktor IX.<br>(b) penderita dengan hemofilia kongenital yang memiliki respon anamnestik tinggi terhadap pemberian faktor VIII atau faktor IX.<br>(c) Mencegah episode pendarahan pada penderita dengan defisiensi faktor VII kongenital, penderita hemofilia didapat (acquired) dan penderita glanzmann thrombastenia.<br>(d) Hanya boleh diberikan oleh hematolog dewasa atau hematolog anak. | |
| 2. | Faktor VIII (konsentrat) | Serbuk Inj. 250 IU; 500 IU; 230 - 340 IU; 480 - 600 IU; 1.000 IU | F | Untuk terapi kasus Hemofili A dengan perdarahan. Di bawah pengawasan ahli hematologi dan/atau ahli penyakit dalam dan anak. | F VIII (unit) = BB (kg) x % (target plasma - kadar F VIII pasien). |
| 3. | Faktor IX Kompleks | Serbuk Inj. 50 IU; 500 IU; 1000 IU | F | Hanya digunakan untuk penderita dengan defisiensi faktor IX. | |
| **11. 2.** | **PENGGANTI PLASMA dan PLASMA EXPANDER** | | | | |
| 1. | Human Albumin 5% | Btl 50 mL; 250 mL | F | (a) Untuk luka bakar tingkat 2 (luas permukaan terbakar lebih dari 30%) dan kadar albumin < 2,5 g/dL. (b) Untuk plasmafaresis. | Diberikan selama 24 jam. Perhitungkan kebutuhan albumin berdasarkan BB. |
| 2. | Human Albumin 20% | Btl. 50 mL, 100 mL | F | (a) Kadar albumin < 2,5 g/dL, dan/atau untuk kasus perioperatif, dan/atau untuk sindrom nefrotik.<br>(b) Hanya diberikan apabila terdapat kondisi pre syok atau syok, dan/atau untuk kasus ascites yang masif/intens dengan penekanan organ pernafasan atau perut. | 100 mL/hari, 300 mL/minggu |
| 3. | Human Albumin 25% | Btl. 20 mL | F | (a) Untuk bayi dan anak dengan kadar albumin < 2,5 g/dL, dan/atau untuk kasus perioperatif, dan/atau untuk sindrom nefrotik.<br>(b) Hanya diberikan apabila terdapat kondisi pre syok atau syok, dan/atau untuk kasus ascites yang masif/intens dengan penekanan organ pernafasan atau perut. | Menyesuaikan dengan kebutuhan albumin. |
| | | 50 mL, 100 mL | F | | Hanya untuk pasien umum atau VVIP |
| 4. | Fraksi Protein Plasma | Larutan infus kadar protein 5%, btl. 250 mL | F | Hanya untuk plasmaparesis terapetik. | Maks. 2 L/tindakan |
| 5. | Pengganti plasma golongan gelatine | Lar. Infus. | F | Untuk penatalaksanaan syok hipovolemik. | 6 btl/hari, maks. 2 hari |
| **12.** | **DIAGNOSTIK** | | | | |
| **12.1.** | **BAHAN KONTRAS RADIOLOGI** | | | | |
| **12.1.1.** | **GASTROINTESTINAL** | | | | |
| 1. | Barium Sulfat | Serbuk 92 g/100 g | F | | |
| | | Susp. 95% | F | | |
| 2. | Iopamidol | Inj. 300 - 370 mg/mL | F | | |
| 3. | Iopromide | Inj. 300 - 370 mg Iodium/mL | F | | |
| **12.1.2.** | **INTRAVASKULAR** | | | | |
| 1. | Iodixanol | Inj. 320 mg Iodium/mL | F | | |
| 2. | Iohexol | Inj. 140 - 350 mg Iodium/mL; 240 - 350 mg Iodium/mL | F | | |
| 3. | Iopamidol | Inj. 300 - 370 mg Iodium/mL | F | | |
| 4. | Iopromide | Inj. 300 - 370 mg Iodium/mL | F | | |
| **12.1.3.** | **INTRATEKAL** | | | | |
| 1. | Iohexol | Inj. 180 - 300 mg Iodium/mL | F | | |
| 2. | Iopamidol | Inj. 300 mg/mL | F | | |
| **12.1.4.** | ***BODY CAVITY*** | | | | |
| 1. | Kombinasi KDT/FDC mengandung :<br>a. Meglumin amidotrizoat<br>b. Sodium amidotrizoat | Inj. 76% | F | | |
| **12.2.** | ***MAGNETIC RESONANCE CONTRAST MEDIA*** | | | | |
| 1. | Gadobutrol | Inj. 1 mmol/mL | F | | |
| 2. | Gadoxetat disodium | Inj. 0,25 mmol/mL | F | | |
| **12.3.** | **ULTRASOUND** | | | | |
| 1. | Galactose microparticle | 200 - 400 mg micropart/mL | F | | |
| **12.4.** | **TES FUNGSI** | | | | |

| NO. | NAMA GENERIK | BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN | FORNAS (F)/ NON FORNAS (NF) | FORMULARIUM NASIONAL | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | RESTRIKSI | PERESEPAN MAKSIMAL |
| I | II | III | IV | V | VI |
| **12.4.1.** | **GINJAL** | | | | |
| 1. | Natrium Aminohipurat | Inj. 200 mg/mL (i.v.) | F | | |
| **12.4.2.** | **MATA** | | | | |
| 1. | Natrium Fluoresein | Tetes mata 2% | F | | |
| | | Inj. 100 mg/mL | F | | |
| 2. | Tropicamid | Tetes mata 0,5% | F | | |
| **12.4.3.** | **KULIT** | | | | |
| 1. | *Tuberkulin protein purified derivatif* | Serb. Inj 2 TU/0,1 mL | F | | |
| **12.5.** | **LAIN-LAIN** | | | | |
| 1. | Ky Jelly | Gel | F | | |
| **13.** | **ANTISEPTIK dan DESINFEKTAN** | | | | |
| **13.1.** | **ANTISEPTIK** | | | | |
| 1. | Alkohol 96% | Larutan | F | | |
| 2. | Chlorhexidin | Larutan 15% | F | Untuk diencerkan bila akan digunakan. | |
| 3. | Creolin | | NF | | |
| 4. | Hydrogen peroxyde | Cairan konsentrat 3% | F | | |
| 5. | Kalium permanganat | Serbuk 5 g/btl. | NF | | |
| 6. | Lactid Acid/ Lactoserum | Larutan 100 mL | NF | | |
| 7. | Povidon Iodine | Larutan 100 mg/mL | F | | |
| **13.2.** | **DESINFEKTAN** | | | | |
| 1. | Calcium hipoklorit | Serbuk | F | | |
| 2. | Etanol 70% | Cairan 70% | F | | |
| **13.3.** | **LAIN-LAIN** | | | | |
| 1. | Paraformaldehid | Tab. 1 g | F | | |
| | | Larutan buffer 10% | F | | |
| **14.** | **OBAT dan BAHAN untuk GIGI** | | | | |
| **14.1.** | **ANTISEPTIK dan BAHAN untuk PERAWATAN SALURAN AKAR GIGI** | | | | |
| 1. | Calcium hydroxyde | Bubuk, Pasta | F | | |
| 2. | Chlorofenol Kamfer Menthol (CHKM) | Cairan | F | | |
| 3. | Chlorhexidin | Lar. 0,2% | F | | |
| 4. | Eugenol | Cairan, Botol 100 mL | F | | |
| 5. | Formokresol | Cairan | F | | |
| 6. | Gutta percha dan paper points | Batang 15 - 40 mm; 45 - 80 mm | F | | |
| 7. | Kombinasi : Dexamethason asetat 0,1% + Thymol 5% + Parachlorphenol 30% + Camphor 64% | Cairan | F | | |
| 8. | Kombinasi : Lidocain + Medisinal Creosot Phenol + Eugenol + Benzil Alcohol | Cairan | F | | |
| 9 | Natrium Hipochloride | Cairan konsentrat 5% | F | Untuk diencerkan. | |
| 10 | Pasta pengisi saluran akar | Pasta | F | | |
| **14.2.** | **ANTIFUNGI OROFARINGEAL** | | | | |
| 1. | Nystatin | Susp. 100.000 IU/mL | F | | |
| **14.3.** | **OBAT untuk PENCEGAHAN KARIES** | | | | |
| 1. | Fluor | Kapl. 1 mg | F | | |
| | | Sediaan topikal | F | | |
| **14.4.** | **BAHAN TUMPAT** | | | | |
| 1. | Bahan tumpatan sementara | Lar., serbuk | F | | |
| 2. | Glass ionomer ART (*Atraumatic Restorative Treatment*) | Serb. | F | | |
| | | Lar. | F | | |
| | | Cocoa butter 5 g | F | | |
| 3. | Komposit resin | Set | F | | |
| **14.5.** | **PREPARAT LAINNYA** | | | | |
| 1. | Anestetik lokal gigi DOEN : Lidocain 2% + Epinefrin 1:80.000 | Inj. 2 mL | F | | |
| 2. | Aqua, maltodextrin, propylene glycol, polyvinylpyrrolidone (PVP), aloe vera extr, K sorbate, Na benzoate, hydroxyethylcellulose, PEG 40, hydrogenated castor oil, disodium edetate, benzalkonium Cl, saccharin Na, Na hyaluronate, glycyrrhetic acid | Dental Gel, Oral Rinse | NF | (OP) Hanya untuk pasien pediatric pada kasus rawat inap. | |
| 3. | Aquades | Cairan 500 mL | F | | |
| 4. | *Articulating paper* | Kertas warna penanda oklusi | F | | |
| 5. | Benzocain | | NF | Hanya untuk pasien umum. Ekstraksi Gigi | |
| 6. | Ethyl chloride | Spray 100 mL | F | | |
| 7. | Ferracrylum | Cairan 1% | F | | |
| 8. | Kombinasi : Triamcinolon asetonide + Dementilchlortetracycline | Pasta | F | | |
| 9. | Lidocain | Inj 2% | F | | |
| | | Salep 5% | F | | |
| | | Spray Topikal 10% | F | | |
| 10. | Mepivacain HCl | Carpul 1,8 mm | NF | *Local Dental Anesthesia* | |
| 11. | Pasta devitalisasi (non arsen) | Pasta | F | | |
| 12. | *Surgical ginggival pack* | Pasta | F | | |
| **15.** | **DIURETIK dan OBAT untuk HIPERTROFI PROSTAT** | | | | |
| **15.1.** | **DIURETIK** | | | | |

| NO. | NAMA GENERIK | BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN | FORNAS (F)/ NON FORNAS (NF) | FORMULARIUM NASIONAL | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | RESTRIKSI | PERESEPAN MAKSIMAL |
| I | II | III | IV | V | VI |
| 1. | Furosemid | Tab. 40 mg | F | | 30 tab/bulan |
| | | Inj. i.v. / i.m. 10 mg/mL | F | | |
| 2. | Hidrochlorotiazid (HCT) | Tab. 12,5 mg, 25 mg | F | | 30 tab/bulan |
| 3. | Manitol | Lar. Infus 20% | F | | 2 btl/hari |
| 4. | Spironolakton | Tab. 25 mg | F | | 30 tab/bulan |
| | | Tab. 100 mg | F | | Untuk penyakit sirosis hepatik 30 tab/bulan |
| **15.2.** | **OBAT untuk HIPERTROFI PROSTAT** | | | | |
| 1. | Doxazosin | Tab. 1 mg, 2 mg | F | | 30 tab/bulan |
| 2. | Dutasteride | Kaps. lunak 0,5 mg | F | | 30 kaps/bulan |
| 3. | Finasterid | Tab. 5 mg | F | Hanya diberikan pada pasien yang sebelumnya telah mendapat terazosin. | 30 tab/bulan |
| 4. | Silodosin | Tab. 4 mg | F | Hanya diberikan pada pasien yang sebelumnya telah mendapat terazosin. | 60 tab/bulan |
| 5. | Solifenacin | Tab. 5 mg, 10 mg | NF | Hanya untuk kasus *Over Active Bladder* | |
| 6. | Tamsulosin | Tab. 0,2 mg, SR. 0,4 mg | F | | 30 tab/bulan |
| 7. | Terazosin | Tab. 1 mg, 2 mg | F | | 30 tab/bulan |
| **16.** | **HORMON, OBAT ENDOKRIN LAIN dan KONTRASEPSI** | | | | |
| **16.1.** | **HORMON ANTIDIURETIK** | | | | |
| 1. | Desmopresin | Tab. 0,1 mg; 0,2 mg | F | | |
| | | Nasal Spray 10 mcg/puff | F | | 3 btl spray/bulan |
| 2. | Vasopresin | Inj. i.m. / s.k. 20 IU/mL | F | | |
| **16.2.** | **ANTIDIABETES** | | | | |
| **16.2.1** | **ANTIDIABETES ORAL** | | | | |
| 1. | Acarbose | Tab. 50 mg, 100 mg | F | | 90 tab/bulan |
| 2. | Glibenclamid | Tab. 2,5 mg, 5 mg | F | | Dosis maks. 15 mg per hari. Maks. 90 tab/bulan. |
| 3. | Gliclazide | Tab. 80 mg | F | | 60 tab/bulan |
| | | Tab. SR 60 mg; MR 30 mg | F | | 30 tab/bulan |
| 4. | Gliquidone | Tab. 30 mg | F | | 90 tab/bulan |
| 5. | Glimepirid | Tab. 1 mg, 2 mg, 3 mg | F | | 60 tab/bulan |
| | | Tab. 4 mg | F | | 30 tab/bulan |
| 6. | Glipizid | Tab. 5 mg, 10 mg | F | | 90 tab/bulan |
| 7. | Metformin | Tab. 500 mg | F | | 90 tab/bulan. Dosis efektif : 1.500 - 2.500 mg/hari |
| | | Tab. 850 mg | F | | 60 tab/bulan |
| 8. | Plioglitazone | Tab. 15 mg, 30 mg | F | Tidak diberikan pada pasien dengan gagal jantung dan/atau riwayat keluarga *bladder cancer.* | 30 tab/bulan |
| 9. | Vildagliptin | Tab. 50 mg | F | (a) Tidak digunakan sebagai lini pertama/terapi inisial. (b) Sebagai terapi tambahan pada metformin dan/atau sulfonilurea dengan dosis optimal yang masih dapat ditoleransi oleh pasien. (c) Tidak digunakan sebagai obat tunggal. | 60 tab/bulan |
| **16.2.2.** | **ANTIDIABETES PARENTERAL** | | | | |
| **16.2.2.1.** | **Human Insulin** | | | | |
| | F : (a) Untuk diabetes melitus tipe 1 harus dimulai dengan human insulin. (b) Wanita hamil yang memerlukan insulin maka diutamakan menggunakan human insulin. (c ) | | | | |
| 1. | Short Acting | Inj. 100 IU/mL (kemasan vial, *cartridge dispossible, penfill* | F | Pada kondisi khusus (misal : perioperatif) maka diabetes melitus tipe 2 dapat langsung diberikan insulin. | Dalam kondisi tertentu, Dokter di Faskes Tk. 1 dapat melakukan penyesuaian dosis insulin hingga IU/hari. |
| 2. | Intermediate Acting | Inj. 100 IU/mL (kemasan vial, *cartridge dispossible, penfill cartridge)* | F | (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 > 9% atau gula darah puasa > 250 mg/dL. Puasa minimal 8 jam. atau (b) Pasien diabetes melitus tipe 2 dengan kadar HbA1C nya > 9% disertai dengan gejala-gejala dekompensasi metabolik. (c) Pemberian insulin pada (a) dan (b) dapat dilanjutkan untuk pasien diabetes melitus tipe 2, jika insulin dibutuhkan untuk mempertahankan pengendalian glukosa darah. | |
| 3. | Mix insulin | Inj. 100 IU/mL (kemasan vial, *cartridge dispossible, penfill cartridge)* | F | (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 > 9% atau gula darah puasa > 250 mg/dL. Puasa minimal 8 jam. atau (b) Pasien diabetes melitus tipe 2 dengan kadar HbA1C nya > 9% disertai dengan gejala-gejala dekompensasi metabolik. (c) Pemberian insulin pada (a) dan (b) dapat dilanjutkan untuk pasien diabetes melitus tipe 2, jika insulin dibutuhkan untuk mempertahankan pengendalian glukosa darah. | |
| **16.2.2.2.** | **Analog Insulin** | | | | |
| 1. | Rapid Acting | Inj. 100 IU/mL (kemasan vial, *cartridge dispossible, penfill* | F | Pada kondisi khusus (misal : perioperatif) maka diabetes melitus tipe 2 dapat langsung diberikan insulin. | Dalam kondisi tertentu, Dokter di Faskes Tk. 1 dapat melakukan penyesuaian dosis insulin hingga IU/hari. |
| 2. | Mix insulin | Inj. 100 IU/mL (kemasan vial, *cartridge dispossible, penfill cartridge)* | F | (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 > 9% atau gula darah puasa > 250 mg/dL. Puasa minimal 8 jam. atau (b) Pasien diabetes melitus tipe 2 dengan kadar HbA1C nya > 9% disertai dengan gejala-gejala dekompensasi metabolik. (c) Pemberian insulin pada (a) dan (b) dapat dilanjutkan untuk pasien diabetes melitus tipe 2, jika insulin dibutuhkan untuk mempertahankan pengendalian glukosa darah. | |

| NO. | NAMA GENERIK | BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN | FORNAS (F)/ NON FORNAS (NF) | FORMULARIUM NASIONAL | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | RESTRIKSI | PERESEPAN MAKSIMAL |
| I | II | III | IV | V | VI |
| 3. | Long Acting | Inj. 100 IU/mL (kemasan vial, *cartridge dispossible, penfill cartridge)* | F | (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 > 9% atau gula darah puasa > 250 mg/dL. Puasa minimal 8 jam. atau (b) Pasien diabetes melitus tipe 2 dengan kadar HbA1C nya > 9% disertai dengan gejala-gejala dekompensasi metabolik. (c) Pemberian insulin pada (a) dan (b) dapat dilanjutkan untuk pasien diabetes melitus tipe 2, jika insulin dibutuhkan untuk mempertahankan pengendalian glukosa darah. | |
| **16.3.** | **HORMON KELAMIN dan OBAT yang MEMPENGARUHI FERTILITAS** | | | | |
| **16.3.1.** | **ANDROGEN** | | | | |
| 1. | Testosteron | Inj. 250 mg/mL | F | Hanya untuk defisiensi hormon (dengan kadar testosteron 250 - 300). | |
| **16.3.2.** | **ESTROGEN** | | | | |
| 1. | Estrogen terkonjugasi | Tab. Salut gula 0,625 mg | F | | |
| **16.3.3.** | **PROGESTOGEN** | | | | |
| 1. | Lynestrenol | Tab. 5 mg | F | | |
| 2. | Medroksi Progesteron Asetat | Tab. 5 mg, 10 mg | F | Hanya untuk amenorea sekunder, pendarahan uterus abnormal dan endometriosis. | 30 tab/bulan |
| | | Inj. 150 mg/mL | F | | |
| 3. | Nomegestrol Asetat | Cap./Tab. 5 mg | F | | |
| 4. | Noretisteron | Tab. 5 mg | F | Hanya untuk amenorea sekunder, pendarahan uterus abnormal dan endometriosis. | 30 tab/bulan |
| 5. | Progesteron | Tab. Vagina 400 mg | NF | | |
| **16.3.4.** | **KONTRASEPSI** | | | | |
| **16.3.4.1.** | **KONTRASEPSI, ORAL** | | | | |
| 1. | Desogestrel | Tab. 75 mcg | F | | |
| 2. | Desogestrel/Etinilestradiol | Tab. 150 mcg/30 mcg | F | | |
| 3. | Pil oral : Levonorgestrel + Etinilestradiol | Tab. 150 mcg/30 mcg | F | (Catatan : Disediakan oleh program BKKBN) | |
| 4. | Lynestrenol | Tab. 5 mg | F | | |
| **16.3.4.2.** | **KONTRASEPSI, PARENTERAL** | | | | |
| 1. | Medroksi Progesteron asetat | Inj. Depo 150 mg/3 mL | F | (Catatan : Disediakan oleh program BKKBN) | |
| 2. | Medroksi Progesteron Asetat + Estradiol Espionate | Inj. Depot (25 mg/5 mg) | F | | |
| **16.3.4.3.** | **KONTRASEPSI, AKDR (IUD)** | | | | |
| | (Catatan : Disediakan oleh program BKKBN) | | | | |
| 1. | *Copper T* | set/buah | F | | |
| 2. | IUD Cu T 380 A | set | F | | |
| 3. | IUD Levonorgestrel | set | F | | |
| **16.3.4.4.** | **KONTRASEPSI, IMPLAN** | | | | |
| 1. | Etonogestrel | Implan 68 mg | F | | |
| 2. | Levonorgestrel | Implan 2 rods, 75 mg (3 - 4 tahun) | F | (Catatan : Disediakan oleh program BKKBN) | |
| **16.3.5.** | **REGULASI HAID** | | | | |
| 1. | Cyproterone Asetat + Etinil Estradiol | Cyproterone Asetat 2 mg + Etinil Estradiol 0,035 mg | NF | (OP) Pubertas Prekoks | |
| 2. | Estradiol Valerate + Norgestrel | Estradiol Valerate 2 mg, Estradiol Valerate 2 mg + Norgestrel 0,5 mg | NF | | |
| **16.3.6.** | **LAIN-LAIN** | | | | |
| 1. | Bromocriptin | Tab. 2,5 mg | F | Untuk hiperprolaktinemia dan hipogonadisme pada pria. | |
| **16.4.** | **HORMON TIROID dan ANTITIROID** | | | | |
| 1. | Carbimazol | Tab. 5 mg | F | | Untuk bulan pertama maks. 180 tab/bulan. |
| 2. | Levotiroksin | Tab. 50 mcg | F | | Untuk substitusi 150 - 200 mcg/hari. 90 tab/bulan. |
| | | Tab. 100 mcg | F | | 60 tab/bulan |
| 3. | Lugol | Btl. 30 mL | F | | |
| 4. | Propiltiourasil | Tab. 100 mg | F | | Untuk bulan pertama maksimal 180 tab/bulan. |
| 5. | Thiamazole | Tab. 5 mg | F | | 120 tab/bulan. |
| | | Tab. 10 mg | F | | Untuk bulan pertama maks. 90 tab/bulan. |
| **16.5.** | **KORTIKOSTEROID** | | | | |
| 1. | Dexametason | Tab. 0,5 mg | F | | |
| | | Inj. 5 mg/mL | F | | |
| 2. | Hydrocortison | Tab. 20 mg | F | | |
| | | Serbuk Inj. 100 mg/vial | F | | |
| 3. | Methyl prednisolon | Tab. 4 mg, 8 mg, 16 mg | F | | |
| | | Inj. 125 mg/2 mL, 500 mg/vial 8 ml | F | Hanya digunakan untuk kasus spesialistik, digunakan dalam waktu relatif singkat. | |
| | | Inj. 40 mg/mL | | | |
| 4. | Prednison | Tab. 5 mg | F | | |
| 5. | Triamsinolon acetonide | Inj. 10 mg/mL | F | | |
| **17.** | **OBAT untuk KARDIOVASKULER,** | | | | |
| **17.1.** | **ANTIANGINA** | | | | |
| 1. | Amlodipin | Tab. 5 mg | F | Untuk angina dengan bradiaritmia. | 30 tab/bulan |
| 2. | Atenolol | Tab. 50 mg | F | | 30 tab/bulan |
| 3. | Diltiazem HCl | Tab. 30 mg | F | | 90 tab/bulan |
| 4. | Gliseril Tri Nitrat (Nitrogliserin) | Tab. Sublingual 0,5 mg | F | | |
| | | Kaps. SR 2,5 mg, 5 mg | F | | 90 cap/bulan |
| | | Inj. 5 mg/mL, 10 mg/mL | F | | |
| | Isosorbid Mononitrate | Tab. 20mg | NF | Untuk Angina Pektoris Stabil | |

| NO. | NAMA GENERIK | BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN | FORNAS (F)/ NON FORNAS (NF) | FORMULARIUM NASIONAL | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | RESTRIKSI | PERESEPAN MAKSIMAL |
| I | II | III | IV | V | VI |
| | | Tab. SR 60 mg | NF | Untuk Angina Pektoris Stabil | |
| 5. | Isosorbid dinitrat | Tab. Sublingual 5 mg, 10 mg, 20 mg | F | | |
| | | Tab. 5 mg, 10 mg | F | | 90 tab/bulan |
| | | Inj. 1 mg/mL | F | Untuk kasus rawat inap dan IGD. | |
| 6. | Ivabradine | Tab. 5 mg | F | Digunakan untuk pengobatan simptomatik angina pektoris yang kronik stabil pada pasien dengan ritme sinus normal yang telah gagal dengan beta bloker. | 60 tab/bulan, maks. 3 bulan |
| 7. | Trimetazidin HCl | Tab. 35 mg | NF | | |
| **17.2.** | **ANTIARITMIA** | | | | |
| 1. | Adenosin | Inj. 3 mg/mL | F | (a) Digunakan untuk mengatasi SVT (dibuktikan dengan EKG).<br>(b) Digunakan untuk uji pembebanan jantung. | maks 5 ampul |
| | | | | (Jalur SAS) | |
| 2. | Amiodaron | Tab. 200 mg | F | | 30 tab/bulan |
| | | Inj. 150 mg/3 mL | F | Untuk kasus rawat inap. | |
| 3. | Digoksin | Tab. 0,25 mg | F | | 30 tab/bulan |
| | | Inj. 0,25 mg/mL | F | | |
| 4. | Diltiazem | Serb. Inj. 50 mg | F | | |
| 5. | Lidocain | Inj. i.v. 100 mg/mL | F | | |
| 6. | Propranolol | Tab 10 mg | F | (a) Untuk kasus-kasus dengan gangguan tiroid. (b) Untuk tremor essensial, tremor distonia, dan tremor holmes. | 90 tab/bulan |
| | | Tab 40 mg | F | | |
| | | Inj. 1 mg/mL | F | Hanya untuk krisis tiroid atau aritmia dengan palpitasi berlebihan. | |
| | | | | **(Jalur SAS)** | |
| 7. | Verapamil | Tab. 80 mg (HCl) | F | Untuk aritmia supraventrikuler. | 90 tab/bulan |
| | | Inj. 2,5 mg/mL, amp. 2 mL | F | | |
| **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 dengan *outcome* tekanan** | | | | |
| 1. | Amlodipin | Tab. 5 mg, 10 mg | F | | 30 tab/bulan. Dosis maks. 10 mg/hari |
| 2. | Atenolol | Tab. 50 mg, 100 mg | F | | 30 tab/bulan |
| 3. | Bisoprolol | Tab. 2,5 mg, 5 mg, 10 mg | F | Hanya untuk kasus hipertensi | 30 tab/bulan. |
| 4. | Candesartan | Tab. 8 mg, 16 mg | F | Untuk pasien yang telah mendapat ACE inhibitor sebelumnya sekurang-kurangnya 1 bulan dan mengalami intoleransi terhadap ACE inhibitor yang dibuktikan dengan melampirkan resep sebelumnya. | 30 tab/bulan |
| 5. | Captopril | Tab. 12,5 mg, tab 25 mg, 50 mg | F | | 90 tab/bulan |
| 6. | Clonidin | Tab. 0,15 mg | F | | 90 tab/bulan |
| | | Inj. 150 mcg/mL | F | | |
| 7. | Diltiazem | Tab. 30 mg | F | | 90 tab/bulan |
| | | Kaps. SR 100 mg, 200 mg | F | | 30 cap/bulan |
| | | Serbuk Inj. 10 mg/10 mL | F | Untuk hipertensi berat | |
| | | Serbuk Inj. 25 mg/vial, 50 mg/vial | F | Untuk hipertensi berat atau angina pektoris pada kasus rawat inap | |
| | | | | (OP) Hipertensi emergensi pada stroke haemorrhagic. | |
| 8. | Doksazosin | Tab. 1 mg, 2 mg | F | | 30 tab/bulan |
| 9. | Hidroklorotiazid | Tab. 25 mg | F | | 30 tab/bulan |
| 10. | Imidapril | Tab. 5 mg, 10 mg | F | | 30 tab/bulan |
| 11. | Irbesartan | Tab. 150 mg, 300 mg | F | Untuk pasien yang telah mendapat ACE inhibitor sebelumnya sekurang-kurangnya 1 bulan dan mengalami intoleransi terhadap ACE inhibitor yang dibuktikan dengan melampirkan resep sebelumnya. | 30 tab/bulan |
| 12. | Klortalidon | Tab. 50 mg | F | | 30 tab/bulan |
| 13. | Lisinopril | Tab. 5 mg, 10 mg, 20 mg | F | | 30 tab/bulan |
| 14. | Metildopa | Tab. 250 mg | F | Untuk hipertensi pada wanita hamil | 90 tab/bulan |
| 15. | Metoprolol tartrat | Inj. 1 mg/mL | F | Emergency anestesi, krisis hipertiroid | |
| | | Tab. | NF | (Jalur SAS) | |
| 16. | Nicardipin HCl | Inj. 10 mg/10 mL | F | Hanya untuk pasien dengan hipertensi berat dan memerlukan perawatan. | |
| 17. | Nifedipine | Tab. 10 mg | F | | 90 tab/bulan |
| | | Tab. SR 20 mg, 30 mg | F | | 30 tab/bulan |
| 18. | Nimodipin | Tab. Salut selaput 30 mg | F | (a) Untuk pencegahan kasus vasospasme pada pengobatan. | 8 tab/hari, maks. 18 hari. |
| | | Inf. 0,2 mg/mL | | (b) Hanya diberikan di ruang perawatan. | Maks. 3 hari |
| 19. | Perindoprilarginin | Tab. 5 mg | F | | 60 tab/bulan |
| 20. | Prostaglandin (PGE 1) | Inj. 500 mcg/mL | F | Untuk bayi dengan kelainan jantung bawaan sianosis yang *ductus dependent* . | |
| | | | | (Jalur SAS) | |
| 21. | Ramipril | Tab. 2,5 mg; 5 mg; 10 mg | F | | 30 tab/bulan |
| 22. | Telmisartan | Tab 40 mg, 80 mg | F | Digunakan untuk hipertensi dengan nilai eGFR < 30 mL/menit/1,73 m² | 30 tab/bulan |
| 23. | Valsartan | Tab salut selaput 80 mg, Tab. 160 mg | F | Untuk pasien yang telah mendapat ACE inhibitor sebelumnya sekurang-kurangnya 1 bulan dan mengalami intoleransi terhadap ACE inhibitor yang dibuktikan dengan melampirkan resep sebelumnya. | 30 tab/bulan |
| 24. | Verapamil | Tab. Salut selaput 80 mg | F | | 90 tab/bulan |
| | | Tab. Lepas lambat 240 mg | F | | 30 tab/bulan |
| **17.3.2.** | **ANTIHIPERTENSI PULMONAL** | | | | |
| 1. | Beraprost Sodium | Tab. 20 mcg | F | | 90 tab/bulan |
| 2. | Iloprost | ih 10 mcg/mL | F | (a) Hanya digunakan di ICU.<br>(b) Diagnosis ditegakkan melalui kateter arteri pulmonalis.<br>(c ) Tidak diberikan untuk pasien anak. | |
| 3. | Sildenafil Sitrat | Tab. 20 mg | F | (a) Digunakan untuk hipertensi Arteri Pulmonal (HAP) pada pasien dewasa. Diagnosis ditegakkan dengan echocardiography. (b) Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Jantung dan Bedah Jantung. | 90 tab/bulan |

| NO. | NAMA GENERIK | BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN | FORNAS (F)/ NON FORNAS (NF) | FORMULARIUM NASIONAL | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | RESTRIKSI | PERESEPAN MAKSIMAL |
| I | II | III | IV | V | VI |
| | | Tab. 50 mg | F | (OP) Untuk pasien anak (racikan) | |
| **17.4.** | **ANTI AGREGASI PLATELET** | | | | |
| 1. | Asam Asetil Salisilat (Asetosal) | Tab. 80 mg | F | | 30 tab/bulan |
| | | Tab. Salut enterik 100 mg | | | 30 tab/bulan |
| 2. | Cilostazol | Tab. 100 mg | F | Hanya untuk kasus *Peripheral Arterial Disease* (PAD) dan pasien yang terbukti telah resisten terhadap asam asetil salisilat yang ditunjukkan dengan hasil pemeriksaan resistensi asam asetilsalisilat. | 60 tab/bulan |
| | | Kaps. SR 100 mg | F | *Secondary prevention* pada pasien stroke dengan *Cerebral Small Vessel Disease (CSVD).* | 60 tab/bulan |
| 3. | Clopidogrel | | | | |
| | (a) Hanya digunakan untuk pemasangan stent jantung.<br>(b) Saat akan dilakukan tindakan PTCA diberikan 600 mg. Rumatan 75 mg/hari selama 1 tahun.<br>(c) Pasien yang menderita *recent myocardial infarction, ischaemic stroke* atau *established Peripheral Arterial Disease (PAD)* .<br>(d) Pasien yang menderita sindrom koroner akut : NON STEMI (unstable angina) dan STEMI.<br>(e) Hati-hati interaksi obat pada pasien yang menggunakan obat-obat golongan Proton Pump Inhibitor (PPI). | | | | |
| | | Tab. Salut selaput 75 mg | F | | Saat akan dilakukan tindakan PTCA diberikan 4-8 tab. Maintenance 1 tab/hari selama 1 tahun. |
| | | Tab. Salut selaput 300 mg | F | Hanya untuk *loading dose* pada pasien yang menjalani *Percutaneous Coronary Intervention* (PCI). | |
| 4. | Ticagrelor | Tab. 90 mg | F | Untuk pasien kasus PCI dengan *Acute Coronary Syndrome* (ACS) | 60 tab/bulan. Maks. 1 tahun |
| **17.5.** | **TROMBOLITIK** | | | | |
| 1. | Alteplase | Serbuk Inj. 50 mg | F | (a) Kontraindikasi : tidak digunakan untuk stroke iskemik dengan riwayat perdarahan intrakranial dan cedera kepala berat dalam waktu 3 bulan terakhir, operasi mayor dalam waktu 3 bulan terakhir, riwayat gangguan koagulasi, hipertensi yang tidak terkendali, (b) Hanya untuk *Infark Myocard Acute* dengan onset < 12 jam. (c ) Hanya untuk stroke non haemorrhagic dengan onset < 4,5 jam. | |
| 2. | Streptokinase | Serbuk Inj. 1,5 juta IU/vial | F | Kontraindikasi : tidak boleh diberikan jika ditemukan kontraindikasi fibrinolitik antara lain : riwayat stroke hemoragik atau riwayat stroke iskemik dalam 6 bulan terakhir, AVM, tumor otak, trauma kepala, perdarahan aktif gastrointestinal, pasca operasi besar dalam 3 bulan, dan diseksi aorta. (b) Hanya untuk Infark Myocard Acute dengan onset < 12 jam. | |
| **17.6.** | **GAGAL JANTUNG, OBAT** | | | | |
| 1. | Bisoprolol | Tab. 1,25 mg, 2,5 mg, Salut selaput 5 mg | F | Hanya untuk gagal jantung kronis dengan penurunan fungsi ventrikuler sistolik yang sudah terkompensasi. | 30 tab/bulan |
| 2. | Candesartan | Tab. 8 mg, 16 mg | F | Untuk pasien yang telah mendapat ACE inhibitor sebelumnya sekurang-kurangnya 1 bulan dan mengalami intoleransi terhadap ACE inhibitor yang dibuktikan dengan melampirkan resep sebelumnya. | 30 tab/bulan |
| 3. | Captopril | Tab. 12,5 mg, 25 mg, 50 mg | F | | 90 tab/bulan |
| 4. | Carvedilol | Kaps. 6,25 mg, Tab. 25 mg | F | Hanya untuk gagal jantung kronik dengan penurunan fungsi ventrikular sistolik yang sudah terkompensasi. | 60 cap/bulan, 60 tab/bulan |
| 5. | Digoksin | Tab. 0,25 mg | F | Hanya untuk gagal jantung dengan atrial fibrilasi atau sinus takikardia. | 30 tab/bulan |
| | | Inj. 0,25 mg/mL | F | | |
| 6. | Furosemid | Tab. 40 mg | F | | 120 tab/bulan |
| | | Inj. Amp. 20 mg/2 mL | F | | |
| 7. | Isosorbid dinitrat | Inj. 10 mg/10 mL | F | Untuk gagal jantung akut. | |
| 8. | Ivabradine | Tab. 5 mg | F | Hanya dapat digunakan untuk pasien dengan ejection fraction < 35% | 60 tab/bulan |
| 9. | Milrinone | Inj. 1 mg/ml | F | Hanya diberikan di ruang intensif. | Maks. 2 hari. |
| 10. | Ramipril | Tab. 2,5 mg | F | | |
| | | Tab. 5 mg, 10 mg | F | | 30 tab/bulan |
| 11. | Spironolakton | Tab. 25 mg | F | | 30 tab/bulan |
| | | Tab. 100 mg | F | | Untuk penyakit sirosis hepatik 30 tab/bulan |
| **17.7.** | **OBAT untuk SYOK KARDIOGENIK dan SEPSIS,** | | | | |
| 1. | Dobutamin | Inj. 12,5 mg/mL | F | Hanya untuk infark miokard akut dan syok cardiogenic. | |
| | | Inj. 25 mg/mL, 50 mg/mL | F | | |
| 2. | Dopamin | Inj. 40 mg/mL | F | (a) Hanya untuk syok cardiogenic, dekompensasi cordis akut dan syok septik. (b) Tidak untuk syok hipovolemik. | |
| 3. | Epinefrin (Adrenalin) | Inj. 0,1% | F | | |
| 4. | Norepinefrin | Inj. 1 mg/mL | F | | |
| **17.8.** | **ANTIHIPERLIPIDEMIA** | | | | |
| | **Sebagai terapi tambahan terhadap terapi diet pada pasien hiperlipidemia** | | | | |
| 1. | Atorvastatin | Tab 10 mg, 20 mg | F | (a) Jika setelah pemberian simvastatin selama 3 bulan berturut-turut pasien tidak mencapai target penurunan LDL < 100 mg/dL, disamping diet ketat lemak; dan | 30 tab/bulan |
| | | | | (b) Maksimal pemberian adalah selama 3 bulan. Apabila selama 3 bulan pemberian tidak mencapai target, dikembalikan ke pemberian simvastatin, disertai dengan edukasi untuk diet rendah lemak; atau | |
| | | | | (c ) Pasien ASCVD (post PCI, CABG, stroke iskemi dan/atau PAD, pasca infark) yang dibuktikan dengan EKG atau MSCT atau riwayat angiografi. Target LDL adalah ≤ 70 mg/dL, yang harus diperiksa setiap 6 bulan. | |
| 2. | Fenofibrate | Kaps. 100 mg, 300 mg | F | (a) Hanya untuk hipertrigliseridemia dengan kadar trigliserida > 250 mg/dL. (b) Pemeriksaan trigliserida dilakukan pada pasien yang telah menjalani puasa. | 30 kaps/bulan |

| NO. | NAMA GENERIK | BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN | FORNAS (F)/ NON FORNAS (NF) | FORMULARIUM NASIONAL | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | RESTRIKSI | PERESEPAN MAKSIMAL |
| I | II | III | IV | V | VI |
| 3. | Gemfibrozil | Kapl. 300 mg, 600 mg | F | (a) Hanya untuk hipertrigliseridemia. (b) Tidak dianjurkan diberikan bersama statin. | 30 kapl./bulan |
| 4. | Cholestiramin | Serbuk 4 g | F | | 4 sachet |
| 5. | Pravastatin | Tab. 10 mg, 20 mg | F | (a) Hanya untuk hiperlipidemia dengan kadar LDL > 160 mg, pada penyakit jantung koroner dan diabetes mellitus disertai makroalbuminuria. (b) Pemberian selama 6 bulan, selanjutnya harus dievaluasi kembali. | 30 tab/bulan |
| 6. | Rosuvastatin | Tab. 10 mg | F | (a) Jika setelah pemberian simvastatin selama 3 bulan berturut-turut pasien tidak mencapai target penurunan LDL < 100 mg/dL, disamping diet ketat lemak; dan | 30 tab/bulan |
| | | | | (b) Maksimal pemberian adalah selama 3 bulan. Apabila selama 3 bulan pemberian tidak mencapai target, dikembalikan ke pemberian simvastatin, disertai dengan edukasi untuk diet rendah lemak; atau | |
| | | | | (c ) Pasien ASCVD (post PCI, CABG, stroke iskemi dan/atau PAD, pasca infark) yang dibuktikan dengan EKG atau MSCT atau riwayat angiografi. Target LDL adalah ≤ 70 mg/dL, yang harus diperiksa setiap 6 bulan. | |
| | | Tab. 20 mg | | (OP) | |
| 7. | Simvastatin | Tab. 10 mg, 20 mg, 40 mg | F | Sebagai terapi tambahan terhadap terapi diet pada pasien hiperlipidemia dengan : | 30 tab/bulan |
| | | | | (a) kadar LDL > 160 mg/dL untuk pasien tanpa komplikasi diabetes melitus/PJK. | |
| | | | | (b) Pasien ASCVD (post PCI, CABG, stroke iskemi dan/atau PAD, pasca infark) yang dibuktikan dengan EKG atau MSCT atau riwayat angiografi. Target LDL adalah ≤ 70 mg/dL, yang harus diperiksa setiap 6 bulan. | |
| | | | | (c ) Kadar LDL > 130 mg/dL untuk pasien diabetes melitus. Setelah 6 bulan dilakukan evaluasi ketaatan pasien terhadap kontrol diet dan pemeriksaan laboratorium LDL dilampirkan setiap 6 bulan. | |
| **17.9.** | **LAIN-LAIN** | | | | |
| 1. | Micronized Purified Flavonoid Fraction | Tab 500 mg | NF | (OP) Varises Hemorrhoid, sesuai plafon klaim | |
| **18.** | **KULIT, OBAT TOPIKAL untuk** | | | | |
| **18.1.** | **ANTIAKNE** | | | | |
| 1. | Adapalene 0,1% | | NF | Hanya untuk pasien umum | |
| 2. | Alkohol, Propilen glikol, ZnO, Sulfur PP, Resersinol, Camphor | Lotion | NF | Hanya untuk pasien umum | |
| 3. | Asam Retinoat | Krim 0,025% | NF | Hanya untuk pasien umum | |
| | | Krim 0,1% | F | (a) Tidak digunakan di wajah.<br>(b) Tidak untuk | |
| | | Krim 0,05% | F | | |
| 4. | Azelaic Acid 20% | Gel 30 g | NF | Hanya untuk pasien umum | |
| | | Krim 10 g | NF | | |
| 5. | Benzoil Peroksida | Jeli 2.5%, 5%, tube 30 g | NF | Hanya untuk pasien umum | |
| 6. | Benzoil peroksida 5% + Clindamisin 1,2% | Krim 10 g | NF | Hanya untuk pasien umum | |
| 7. | Glycolic acid | 8%, Krim 10 g | NF | Hanya untuk pasien umum | |
| | | 10%, Krim 10 g | NF | | |
| 8. | Glycolic acid 8% + SPF 18 | Krim 10 g | NF | Hanya untuk pasien umum | |
| 9. | Lotio Kummerfeldi | Cairan, kemasan sesuai kebutuhan | NF | Hanya untuk pasien umum | |
| 10. | Nicotinamide 4% | Gel 15 g | NF | Hanya untuk pasien umum | |
| 11. | Tretinoin + Oat B Glucan | 0.01%, Krim 20 g | NF | Hanya untuk pasien umum | |
| | | 0.02%, Krim 15 g | NF | | |
| 12. | Tretinoin 0,025% + Clindamisin 1,2% | Gel 10 g | NF | Hanya untuk pasien umum | |
| **18.2.** | **ANTIMIKROBA** | | | | |
| 1. | Antibakteri DOEN : Bacitracin + Polimiksin B | Salep 500 IU/g + 10.000 IU/g, tube 5 g | F | | |
| 2. | Acyclovir | Krim 5%, Tube 5 g | NF | (OP) | |
| 3. | Bacitracin/Neomycin | 5 mg/250 IU, tube 10 g | NF | | |
| 4. | Chloramfenicol | Salep 2% | F | | |
| 5. | Clindamisin Phosphate 1,2% | Krim 10 g, Ointment 10 g, Gel | NF | Hanya untuk pasien umum | |
| 6. | Clindamisin Phosphate 1,2%/Tretinoid 0,025% | Gel | NF | | |
| 7. | Eritromycin | Gel, Krim, Solution 2% | NF | Hanya untuk pasien umum | |
| 8. | Framycetin Sulfat | Tulle 1% | F | | |
| 9. | Gentian violet | Larutan 1%, btl. 10 mL | NF | | |
| 10. | Gentamisin | Ointment 10 g | NF | | |
| 11. | Mupirosin 2% | Krim 5 g, 10 g | NF | (OP) (a) Lini kedua setelah Na Fusidat, (b) Terapi eradikasi MRSA, (c ) Exit site infection CAPD | |
| | | Krim 2%, salep 2% | F | Diagnosis MRSA harus ditegakkan sebelum pemberian obat. | maks. 10 hari |
| 12. | Natrium fusidat | Salep 2%, Krim 2% | F | | |
| 13. | Perak sulfadiazin | Krim 1% | F | Hanya untuk luka bakar. | |
| **18.3** | **ANTIBIOTIK + KORTIKOSTEROID** | | | | |
| 1. | Desoxymethasone/Neomycin | Krim 0,05%/0,5%, tube 10 g | NF | | |
| 2. | Gentamisin Sulfat 1,67 mg + Fluocinolone acetonide 0,25 mg | Krim, tube 10 g | NF | Hanya untuk pasien umum | |

| NO. | NAMA GENERIK | BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN | FORNAS (F)/ NON FORNAS (NF) | FORMULARIUM NASIONAL | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | RESTRIKSI | PERESEPAN MAKSIMAL |
| I | II | III | IV | V | VI |
| 3. | Hydroquinone 40 mg, tretinoin 0.5 mg, fluocinolone acetonide 0.1 mg | Krim 15 g | NF | | |
| **18.4.** | **ANTIFUNGI** | | | | |
| 1. | Antifungi DOEN : Asam benzoat 6% + as. salisilat 3% | Salep, pot 30 g | F | | |
| 2. | Ciclopiroxilamin | Btl. 80 mg/mL, sol 1,5 mL | NF | Hanya untuk pasien umum dengan kasus jamur kuku | |
| 3. | Gentian violet | Larutan 1%, btl. 10 mL; 2%, btl. 10 mL | NF | | |
| 4. | Ketoconazole | Krim 2%, 5 g, 10 g, 15 g | F | | |
| | | Scalp sol 2%, btl. 30 mL, 60 mL, 80 mL | F | Pada pitiriasis yang luas. | |
| 5. | Klotrimazol | Tab. Vaginal 100 mg | F | | |
| 6. | Miconazol | Serbuk 2% (nitrat), 20 g/ kantong | F | | |
| | | Krim, salep 2% (nitrat), tube 10 g | F | | |
| | | Oral Gel | NF | | |
| 7. | Natrium tiosulfat | Cairan 25% btl. 30 mL | NF | | |
| 8. | Nystatin | Tab. Vaginal 100.000 IU | F | | |
| **18.5.** | **ANTIINFLAMASI dan ANTIPRURITIK** | | | | |
| 1. | Benzoyl Peroxide/ Clindamycin | Tube 10 g | NF | | |
| 2. | Betametason | Krim 0,05%, 0,1% (valerat), tube 5 g | F | | |
| | | Salep 0,1% (valerat), tube 5 g | F | | |
| 3. | Calamin | Lotio | F | | |
| 4. | Clobetasol propionat 0,05% | Gel, Krim, Lotion, Ointment 10 g | NF | (OP) Sebagai lini terapi untuk lesi yang tebal | |
| 5. | Desoxymethasone | Krim 0,25% | F | | |
| | | Salep 0,25% | F | | |
| | | Gel 0,05% | F | | |
| 7. | Diflucortolon Valerat | Salep 0,1% | F | | |
| 8. | Desonide | Krim, Ointment 0,05%, tube 10 g | NF | (OP) Kortikosteroid grade 6 : untuk penggunaan area wajah atau bayi (lesi tebal bukan di wajah) | |
| | | Sol. 0,05, btl. 30 g | NF | | |
| 9. | Flucinolone acetonide 0,025% | Krim 0,025%, tube 5 g | F | | |
| | | Salep 0,025%, tube 10 g | F | | |
| 10. | Hydrocortisone | Krim 1%, tube 5 g; 2,5%, tube 5 g | F | | |
| 11. | Klobetasol propionat | Krim 0,05%, Salep 0,05% | F | Untuk dermatitis kronik berat yang hiperkeratotik, yang tidak respons terhadap steroid topikal lainnya | maks. 10 hari |
| 12. | Mometasone Furoat 0,1% | Krim 0,1%, tube 5 g; 10 g | F | | |
| | | Ointment 5 g; 10 g | NF | | |
| 13. | Neomycin/Placental Extract | Gel, tube 15 g | NF | | |
| 14. | Nystatin/$ZnO_2$ | 100.000 IU / 200 mg, salep 10 g | NF | (OP) Untuk dermatitis karena popok bayi | |
| 15. | Pimecrolimus | Krim 1%, tube 10 g | NF | Lini kedua setelah penggunaan steroid, Hanya untuk pasien umum | |
| 16. | Triamcinolon acetonide | Krim, Ointment 0,1%, tube 5 g | NF | (OP) Untuk stomatitis dengan penyebab non fungal | |
| **18.6.** | **ANTISKABIES dan ANTIPEDIKULOSIS** | | | | |
| 1. | Gameksan | Krim 1%, btl. 30 mL | NF | | |
| 2. | Permetrin | Krim 5%, tube 10 gr | F | | |
| | | Lotion 1% | NF | (OP) | |
| 3. | Salep 2 - 4 : Asam Salisilat 2% + Belerang Endap 4% | Ointment, pot 30 g | F | | |
| **18.7.** | **KAUSTIK** | | | | |
| 1. | Fenol cair | Btl. 10 mL | NF | | |
| 2. | Perak nitrat | Lar. 20%, btl 10 mL | F | | |
| 3. | Polikresulen (kondensasi metakresol sulfonat dan metanal) | Cairan, btl. 50 mL | F | Untuk servisitis. | |
| 4. | Podofilin | Tingtur 25% | F | (a) Tidak boleh diberikan kepada wanita hamil, (b) Hanya diberikan oleh dokter dan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. | |
| **18.8.** | **KERATOLITIK dan KERATOPLASTIK** | | | | |
| 1. | Asam salisilat | Salep 2%, 5%, 10% Pot 30 g | F | | |
| 2. | Liquor carbonis detergens | Lar. 5% | F | | |
| **18.9.** | **ANTIHIPERPIGMENTASI** | | | | |
| 1. | Hidroquinon 4% + Tretinoin 0,05% | Krim 15 g | NF | | |
| 2. | Rhumex occidentalis extract + Kojic acid + Lactic acid + Vit E | Krim 15 g | NF | | |
| 3. | Hidroquinon 4% + Glycolic acid 8% | Krim 15 g | NF | | |
| 4. | Hidroquinon 5% | Krim 15 g | NF | | |
| 5. | Thioctic acid + Arbutin + AHA 4% | Krim 10 g | NF | | |
| **18.10.** | **TERAPI HORMONAL** | | | | |
| 1. | Cyproterone Acetate 2 mg + Ethynilestradiol 35 mcg | Tablet | NF | | |
| **18.11.** | **IMUNOMODULATOR & ANTIOKSIDAN SISTEMIK** | | | | |
| 1. | Zinc picolinate 50 mg, Zinc gluconate 50 mg, Cuprum gluconate 8mg, Ca ascorbate 100 mg | Kapsul 100 mg | NF | | |
| 2. | Methisoprinol | Tablet 500 mg | NF | Hanya untuk pasien umum | |
| 3. | β-Carotene + Vit C + Vit E +Zn + Se | Kaplet | NF | | |
| 4. | β-Carotene + Vit C + Vit E +Zn + Se + Alpha Lipoic Acid | Kaplet | NF | | |
| 5. | Astaxanthin 4 mg (AstaREAL L10 40 mg), extramel mikrogranules 10 mg | Soft Kapsul | NF | | |

| NO. | NAMA GENERIK | BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN | FORNAS (F)/ NON FORNAS (NF) | FORMULARIUM NASIONAL | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | RESTRIKSI | PERESEPAN MAKSIMAL |
| I | II | III | IV | V | VI |
| 6. | Natural Astaxanthin 4 mg (AstaREAL 200 mg), | Kapsul | NF | | |
| 7. | Natural Astaxanthin 6 mg (AstaREAL 300 mg), | Kapsul | NF | | |
| 8. | C-lipid metabolik | Kaplet | NF | | |
| 9. | Ascorbic Acid 1000 mg | Ampul 5 ml | NF | | |
| **18.12.** | **PELEMBAB & VITAMIN TOPIKAL** | | | | |
| 1. | AstaTROL 0,02%, Collagen 0,5% | Gel Tube 30 g | NF | | |
| 2. | Hypoallergenic Ambiphilic Cream Based | Krim Tube 20 g | NF | | |
| 3. | Pseudoceramide | Krim 80 ml, Lotion 200 ml | NF | | |
| 4. | Pseudoceramide, Zinc oxide | Krim 60 ml | NF | | |
| 5. | SK-influx, Allantoin, Bisopolol, Vit. E, camphora | Krim 30 g | NF | | |
| 6. | Ascorbyl glucoside + Aloe barbadensis leaf extract | Botol 50 ml | NF | | |
| 7. | Sodium L-Ascorbyl Phosphate | Botol 10 ml | NF | | |
| **18.13.** | **ANTISKAR TOPIKAL** | | | | |
| 1. | Aliumcepa, Allantoin, Aloevera, Centella asiatica, Paper Mulberry Extract | Krim 19 g | NF | | |
| 2. | Aliumcepa, Allantoin, Aloevera, Centella asiatica, Paper Mulberry Extract, Zinc | Krim 19 g | NF | Ethylhexyl-methoxycinnamate, titanium dioxide, oxybenzone | |
| 3. | Centela asiatica | Krim 10 g | NF | | |
| **18.14.** | **SUNSCREEN** | | | | |
| 1. | Ethylhexyl-methoxycinnamate, titanium dioxide, oxybenzone | Krim, Lotion | NF | | |
| **18.15.** | **LAIN-LAIN** | | | | |
| 1. | Asam Salisilat | Lar. 0,1% | F | | |
| 2. | Bedak Salisil | Serbuk 2%, 50 g/dus | F | | |
| 3. | Facial Wash | Sol. | NF | | |
| 4. | Heparin | Gel 4.000 IU, tube 20 g | NF | | |
| 5. | Kombinasi : Difenhidramin/Calamin/Zinc/Gliserin | 2% / 5% / 10% / 5% | NF | | |
| 6. | Levertran | Salep kulit 5% | NF | | |
| 7. | Liquor Faberi | Liquor, ditambah mentol 0.5%; 0.1% | NF | | |
| 8. | Menthol 55 mg, eugenol 14 mg, methyl salicylate 102 mg | Krim, tube 15 g, 20 g, 30 g | NF | | |
| 9. | Piroxicam | Gel 0,5%, tube 25 g | NF | | |
| 10. | Radix scutellariae, Phellodendri chinensis cortex, rhizoma coptidis | Ointment 20 g | NF | (OP) Untuk luka bakar | |
| 11. | Triamcinolon Asetonid | Inj. 10 mg/mL, 40 mg/mL | F | Hanya untuk keloid. | |
| 12. | Urea | Krim 10%, 20%, tube 40 g | F | | |
| **19.** | **LARUTAN DIALISIS PERITONEAL** | | | | |
| 1. | Dialisa Peritoneal | Larutan intraperitoneal dengan dextrose 1,5%; Larutan intraperitoneal dengan dextrose 2,5% | F | | |
| 2. | Hemodialisa | Larutan konsentrat basis natrium bikarbonat; larutan konsentrat basis asetat. | F | | |
| **20.** | **LARUTAN ELEKTROLIT NUTRISI dan LAIN-LAIN** | | | | |
| **20.1.** | **ORAL** | | | | |
| 1. | Calcium Polistirena Sulfonat | Serbuk 5 g | F | Khusus pasien dengan gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa. Maksimal selama 5 hari sampai dengan dialisa dilakukan. | 15 - 30 gram/hari dibagi dalam 2 - 3 kali pemberian. Maks. selama 5 hari sampai dengan dialisis dilakukan. |
| 2. | Garam Oralit : NaCl 0,52 g, KCl 0,30 g, trinatrium sitrat dihidrat 0,58 g, glukosa anhidrat 2,70 g | Serbuk untuk 200 mL air | F | | |
| 3. | Kalium Aspartat | Tab. Salut selaput 300 mg | F | | 90 tab/bulan |
| 4. | Kalium Klorida | Tab. Lepas lambat 600 mg | F | | 90 tab/bulan |
| 5. | Natrium Bicarbonat | Tab. 500 mg | F | | 90 tab/bulan |
| 6. | Zinc | Tab. Dispersible 20 mg | F | Harus diberikan bersama oralit selama 10 hari. | |
| | | Syr. 20 mg/5 mL, btl 60 mL | F | | |
| | | Serbuk 10 mg | F | | |
| | | Tetes 10 mg/mL, btl. 15 mL | F | Untuk anak usia < 2 tahun. | 2 btl/kasus |
| **20.2.** | **PARENTERAL** | | | | |
| **20.2.1.** | **Larutan Mengandung Asam Amino** | | | | |
| 1. | **Sediaan untuk pediatri** | | F | Btl. 100 mL | |
| | | | | Btl. 500 mL | |
| 2. | **Sediaan untuk dewasa** | | F | Btl. 200 mL, 250 mL | |
| | | | | Btl. 500 mL | |
| **20.2.2.** | **Larutan Mengandung Elektrolit** | | | | |
| 1. | Kalium Chlorida | Inj. i.v. 7,46%, amp. 25 mL | F | | |
| 2. | Calcium Gluconas | Inj. i.v. 10%, amp. 10 mL | F | | |
| 3. | Natrium Chlorida | Larutan infus 0,9%, btl. 100 mL, 500 mL, btl 1.000 mL | F | | |
| | | Larutan infus 3%, btl. 500 mL | F | | |
| 4. | Ringer Lactat | Larutan infus, btl. 500 mL | F | | |

| NO. | NAMA GENERIK | BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN | FORNAS (F)/ NON FORNAS (NF) | FORMULARIUM NASIONAL | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | RESTRIKSI | PERESEPAN MAKSIMAL |
| I | II | III | IV | V | VI |
| 5. | Larutan Mengandung Elektrolit (Na 130 mEq, Cl 109 mEq, Ca 3 mEq, Asetat 28mEq) | Larutan infus, btl. 500 mL | F | | |
| 6. | Larutan Mengandung Elektrolit (Na lactate sol ((50%) 113 g/L, KCl 0,3 g/L, CaCl 0,2 g/L, elektrolit) | Larutan infus, btl. 250 mL | F | | |
| 7. | Larutan Mengandung Elektrolit (Tiap 1.000 mL mengandung : Na 145 mmol/L, K 4,0 mmol/L, Ca 2,5 mmol/L, Mg 1,0 mmol/L, Cl 118 mmol/L,, Asetat 24 mmol/L, Malate 5,0 mmol/L) | Larutan infus, btl. 500 mL | F | | |
| **20.2.3.** | **Larutan Mengandung Karbohidrat** | | | | |
| 1. | Darrow Glukosa Ana (DG Ana) | Larutan infus, btl. 500 mL | F | | |
| 2. | Darrow Glukosa Half Strength | Larutan infus, btl. | F | | |
| 3. | Glukosa | Larutan infus 5% btl. 500 mL; 10% btl. 500 mL; 40% btl 25 mL | F | | |
| 4. | Larutan Kombinasi : Fruktosa 60 g, Glukosa 33 g, Xylitol 30 g | Larutan infus, btl. 500 mL | F | | |
| 5. | Larutan Kombinasi : Fruktosa 120 g, Glukosa 66 g, Xylitol 60 g | Larutan infus, btl. 1.000 mL | F | | |
| 6. | Maltose 100 g | Larutan infus, btl. 500 ml | F | | |
| **20.2.4.** | **Larutan Mengandung Lipid** | | | | |
| 1. | Larutan mengandung Lipid (emulsi lemak 20%) | Larutan infus 20%, btl. 100 mL | F | | |
| 2. | Larutan Nutrisi Lipid MCT/LCT | Larutan infus 1%, btl. 100 ml; 250 mL | F | | |
| 3. | Larutan mengandung Lipid (Soybean Oil 200 g/L, Egg Lecithins 12 gr/L, Glycerol Ph 25 gr/L, Sodium Oleate 0.3 gr/L) | Larutan infus btl. 100 ml | F | | |
| **20.2.5.** | **Larutan Mengandung Karbohidrat dan Elektrolit** | | | | |
| 1. | Larutan Nutrisi : Glukosa 5% + NaCl 0,225% | Larutan infus, btl. 500 mL | F | | |
| 2. | Larutan Nutrisi : Glukosa 5% + NaCl 0,45% | Larutan infus, btl. 500 mL | F | | |
| 3. | Larutan Nutrisi : Glukosa 5% + NaCl 0,9% | Larutan infus, btl. 500 mL | F | | |
| 4. | Larutan Nutrisi : Glukosa 10% + NaCl 0,18% | Larutan infus, btl. 500 mL | F | | |
| 5. | Larutan Nutrisi : Glukosa 10% + NaCl 0,18% | Larutan infus, btl. 500 mL | F | | |
| 6. | Larutan Nutrisi : Glukosa 25 g + NaCl 4,5 g | Larutan infus, btl. 500 mL | F | | |
| 7. | Larutan Kombinasi : NaCl 1,125 g, Dekstrosa 18,75 g | Larutan infus, btl. 500 mL | F | | |
| 8. | Larutan Kombinasi : NaCl 2,34 g, KCl 0,75 g, Na Laktat 2,24 g, Dekstrosa anhidrat 27 g | Larutan infus, btl. 500 mL | F | | |
| 9. | Larutan Kombinasi : NaCl 1,75 g, KCl 1,5 g, Na Laktat 2,24 g, Dekstrosa anhidrat 27 g | Larutan infus, btl. 500 mL | F | | |
| 10. | Larutan Kombinasi : NaCl 1,75 g, KCl 1,5 g, Glukosa 100 g. | Larutan infus, btl. 500 mL | F | | |
| **20.2.6.** | **Larutan Mengandung Asam Amino, Karbohidrat, Elektrolit dan Vitamin** | | | | |
| 1. | Larutan Kombinasi : As. Amino, Xylitol, Vitamin, Mineral | Larutan infus, btl. 500 mL | F | | |
| 2. | Larutan Kombinasi : As. Amino 50 g/l, D.sorbitol 100 g/l, As. Askorbat 0,4 g/l, Inositol 0,5 g/l, Nikotinamid 0,06 g/l, Piridoksin HCl 0,04 g/l, Riboflavin Na Fostat 2,5 mg/ml, Rutosid 0,4 g/l, Mineral | Larutan infus, btl. 500 mL | F | | |
| 3. | Larutan Kombinasi : As. Amino Rantai Cabang Kadar Tinggi, As. Amino Aromatik Kadar Rendah, NaCl | Larutan infus, btl. 500 mL | F | | |
| 4. | Larutan Nutrisi Kombinasi : As. Amino 40 g, Glukosa dan elektrolit 80 g | Larutan infus, btl. 500 mL | F | | |
| 5. | Larutan Kombinasi mengandung Asam Amino (Asam Amino 100 g, Total N 15,7 g, Na+ 2 mEq, Asetat 120 mEq) | Larutan infus, btl. 500 mL | F | | |
| 6. | Larutan Kombinasi mengandung Asam Amino (Asam Amino 27 g, Sorbitol 50 g, Cl- 52 mEq) | Larutan infus, btl. 500 mL | F | | |

| NO. | NAMA GENERIK | BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN | FORNAS (F)/ NON FORNAS (NF) | FORMULARIUM NASIONAL | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | RESTRIKSI | PERESEPAN MAKSIMAL |
| I | II | III | IV | V | VI |
| 7. | Larutan Kombinasi mengandung Asam Amino (Asam Amino 30 g, Glukosa 7,3 % dan elektrolit) | Larutan infus, btl. 500 mL; 1.000 mL | F | | |
| 8. | Larutan Kombinasi mengandung Asam Amino (Asam Amino 5% dengan BCAA 45%, L-Ornithine L Aspartate 8.03 gr/L, Sorbitol 50 gr/L, Xylitol 50 gr/L) | Larutan infus, btl. 500 mL | F | | |
| 9. | Larutan mengandung Asam Amino (Kombinasi Asam aminno 50 g/L, Sorbitol 50 g/L, Xylitol 50 g/L, Asam Askorbat (Vit C) 0.4 g/L, Inositol 0.5 g/L, Nikotinamida (Niasinamida) 0.06 g/L, Piridoksin HCl (Vit B6) 0.04 g/L, Riboflavin Natrium Fosfat 2.5 mg/L, elektrolit) | Inf. 500 ml | F | | |
| 10. | Larutan mengandung Asam Amino (Kombinasi Asam amino 50 g/L, vitamin dan elektrolit) | Inf. 250 mL | F | | |
| 11. | Larutan mengandung Asam Amino (Asam Amino 79.9 g, Total N 12.2 g, Na+ 14 mEq, Cl 94 mEq) | Inf. 500 mL | F | | |
| 12. | Larutan mengandung Asam Amino (BCAA 25 gr/L, L-Ornithine L Aspartate 10 gr/L, Xylitol 50 gr/L, Malic Acid 7 gr/L, Piridoxin 0.12 gr/L) | Inf. 500 mL | F | | |
| 13. | Larutan mengandung Asam Amino (Asam Amino esensial 7%+Xylitol 10 g/L) | Inf. 250 mL | F | | |
| 18. | Larutan mengandung Karbohidrat + Elektrolit (Asam amino 28 gr/L, Glukosa 100 gr/L, elektrolit) | | F | | |
| 19. | Larutan mengandung Karbohidrat + Elektrolit (Asam amino 28 gr/L, Glukosa 75 gr/L, elektrolit) | | F | | |
| 23. | Larutan Kombinasi : Na, K, Cl, Ca, Mg, Asetat, Sorbitol 50 g/L | Larutan infus, btl. 500 mL | F | | |
| **20.2.7.** | **LAIN-LAIN** | | | | |
| 1. | Larutan mengandung Asam Amino (Kombinasi Asam Amino: 34gr, Glukosa: 97gr, Lipid: 51gr dan Elektrolit (Kalori = 1000 kkal, Akses peripheral)) | Inf. 1440 mL | F | | |
| 2. | Larutan mengandung Asam Amino (Kombinasi Asam Amino: 45gr, Glukosa: 130gr, Lipid: 68gr dan Elektrolit (Kalori = 1400 kkal, Akses peripheral)) | Inf. 1920 mL | F | | |
| 3. | Sodium Glycerophosphate | Amp. 20 mL | NF | | |
| **20.3.** | **LAIN-LAIN** | | | | |
| 1. | Air untuk injeksi | Amp. 25 mL | F | | |
| 2. | Air untuk Irigasi | Lar. Infus 250 mL, 1000 mL | F | | |
| 3. | Manitol | Lar. Infus 20%, btl. 500 ml | F | | |
| **21.** | **OBAT untuk MATA,** | | | | |
| 1. | Manitol | Larutan infus 20%, btl. 500 ml | F | Untuk glaukoma. | |
| **21.1.** | **ANESTETIK LOKAL/TOPIKAL** | | | | |
| 1. | Tetracain | Tetes mata 0,5%, 2% (HCl), btl. 5 mL | F | | 1 btl/kasus |
| **21.2.** | **ANTIMIKROBA** | | | | |
| 1 | Amfoterisin B | Salep mata 1%; 3% | F | | |
| 2 | Asam Fusidat | Tetes mata 1% | F | | |
| 3 | Acyclovir | Salep mata 3% | F | Hanya untuk kasus keratitis herpetiformis. | |
| 4 | Chloramfenicol | Tetes mata 0,5%; 1% | F | | |
| | | Salep mata 1% | F | | |
| 5 | Dibekacin | Tetes mata 5 ml | NF | | |
| 6 | Gentamisin | Salep mata 0,3% | F | | |
| | | Tetes mata 0,3%; 1% | F | | |
| 7 | Levofloxacin | Tetes mata 0,5% | F | Hanya digunakan untuk operasi intraokular, keratitis, operasi katarak dan infeksi berat. | |
| 8 | Moxifloxacin | Tetes mata 0,5 % | F | | |
| 9 | Natamycin | Tetes mata 50 mg/mL | F | Hanya untuk kasus keratomikosis. | |
| | | Tetes mata 5% | F | (a) Lini pertama terapi keratomikosis yang pada pemeriksaan KOH ditemukan filamen, (b) Disertai hasil KOH dari *scraping* kornea. | |
| 10 | Neomycin sulfat 3,5 mg | tetes mata, salep mata | NF | | |
| 11 | Oxytetracyclin | Salep mata 1% (HCl), tube 3,5 g | F | | |
| 12 | Sulfasetamida | Tetes mata 15% (Natrium), btl. 5 mL | NF | | |
| 13 | Tetracyclin | Salep mata 1% (HCl) | F | Hanya untuk Program Bayi Baru Lahir. | |

| NO. | NAMA GENERIK | BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN | FORNAS (F)/ NON FORNAS (NF) | FORMULARIUM NASIONAL | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | RESTRIKSI | PERESEPAN MAKSIMAL |
| I | II | III | IV | V | VI |
| 14 | Tobramycin | Tetes mata 0,3% | F | Pada pasien yang resisten terhadap quinolon dengan kasus ulkus kornea post operasi mata. | |
| **21.3.** | **ANTIINFLAMASI** | | | | |
| 1. | Betametason | Tetes mata 1 mg/mL | F | | |
| 2. | Fluorometholon | Tetes mata 0,1% | F | | |
| 3. | Hydrocortisone asetat | Tetes mata 1%, btl. 5 mL | NF | | |
| 4. | Natrium Diclofenac | Tetes mata 1 mg/mL | F | | |
| 5. | Olopatadin | Tetes mata 0,1% | F | Tidak untuk profilaksis alergi. | |
| 6. | Prednisolon Asetat | Tetes mata 10 mg/mL | F | | |
| 7. | Triamcinolon | Inj. 40 mg/mL | F | Untuk mata, dapat digunakan pada : (a) Macular edema; (b) Pasien wet AMD (*Age Related Macular Degeneration* ) yang takifilaksis pada penggunaan anti VEGF (*Vascular Endothelial Growth Factor* ), (c ) Uveitis unilateral yang penyebabnya non infeksi | |
| **21.4.** | **MIDRIATIK** | | | | |
| 1. | Atropin Sulfat | Tetes mata 0,5%, 1% | F | | |
| 2. | Homatropin | Tetes mata 2% (HBr) | F | | 1 btl/kasus |
| 3. | Tropikamid | Tetes mata 0,5%, btl. 5 mL | F | | |
| 4. | Phenilefrin HCl | Drops 10% | F | Tidak diberikan pada pasien hipertensi | |
| 5. | Siklopentolat | Tetes mata 1% | F | Hanya digunakan sebagai midriatikum untuk diagnostik dan operasi yang memerlukan dilatasi pupil. | |
| **21.5.** | **MIOTIK dan ANTIGLAUKOMA** | | | | |
| 1. | Acetazolamid | Tab. 250 mg | F | (a) Tidak diberikan dalam jangka panjang<br>(b) Hati-hati pemberian pada pasien dengan gangguan fungsi ginjal<br>(c ) Sebagai penanganan awal dan sementara di Puskemas pada pasien glaukoma atau sebelum dirujuk. | 50 tab/bulan untuk glaukoma akut : 1 minggu |
| 2. | Betaxolol | Tetes mata 0,5% | F | | 1 btl/kasus |
| 3. | Brinzolamid | Tetes mata 1% | F | | 1 btl/kasus |
| 4. | Gliserin | Lar. 50% | F | | |
| 5. | Latanoprost | Tetes mata 0,005% | F | Hanya untuk pasien glaukoma yang tidak memberikan respon pada timolol. | 1 btl/bulan |
| 6. | Pilokarpin HCl | Tetes mata 2% | F | | 2 btl/bulan |
| 7. | Ranibizumab | Inj. 10 mg/mL | F | Untuk wet AMD (*Age-Related Macular Degeneration* ), harus dilakukan oleh subspesialis retina. | 6 vial/kasus |
| 8. | Timolol Maleat | Tetes mata 0,25%, 0,5% | F | | 2 btl/bulan |
| 9. | Travoprost | Tetes mata 0,004% | F | Hanya untuk pasien glaukoma yang tidak memberikan respon dengan timolol. | 1 btl/bulan |
| 10. | Kombinasi, setiap mL mengandung : Brinzolamid 1% dan Timolol 0,5% | Tetes mata | F | | 1 btl/bulan |
| 11 | Kombinasi KDT/FDC, setiap mL mengandung : Latanoprost 0,05 mg dan Timolol 5 mg | Tetes mata | F | Hanya untuk pasien glaukoma | 1 btl/bulan |
| 12 | Kombinasi, setiap mL mengandung : Travoprost 0,004% dan Timolol 0,5% | Tetes mata | F | Hanya untuk pasien glaukoma. | 1 btl/bulan |
| **21.6.** | **LAIN-LAIN** | | | | |
| 1. | Dinatrium Edetat | Tetes mata 3,5 mg/mL | F | | |
| 2. | Carboxy Methyl Cellulose | Tetes mata | F | | 1 btl/bulan |
| 3. | NaCl 4,40 mg/KCl 0,80 mg | Tetes mata 2,5 mg/mL, btl. 15 mL | F | | 1 btl/bulan |
| 4. | NaCl, KCl, CaCl, MgCl, Na Asetat, Na Citrat | 0,25 mg/ml | NF | | |
| 5. | Natrium Klorida | Tetes mata 50 mg/mL | F | Untuk mengatasi edema kornea pada pasien post operasi katarak | |
| 6. | Natrium Fluoresein | Tetes mata 2% | F | Diagnostik trauma kimia. | |
| 7. | Lubricen | Tetes mata | NF | | |
| 8. | Natrium Hyaluronat | Tetes mata | F | | |
| 9. | Pemirolast | Tetes mata 0,1% | NF | | |
| 10 | Ranibizumab | Inj.10 mg/ml | F | Untuk wet AMD (Age-related Macular Degeneration), harus dilakukan oleh sub spesialis retina. | 6 vial/kasus |
| **21.6.1** | **MAST CELL STABILIZENS** | | | | |
| 1. | Sodium Kromoglikat | 20 mg/ml | NF | | |
| **21.6.2** | **DEKONGESTAN DAN/ATAU ASTRINGENT** | | | | |
| 1. | Tetrahidrozolin | 0,5 mg/ml | NF | | |
| 2. | Nafazolin | 1 mg/ml | NF | | |
| **21.6.3** | **DEKONGESTAN DAN/ATAU ASTRINGENT + ANTIHISTAMIN** | | | | |
| 1 | Nafazolin<br>Antazolin fosfat | 1 mg/ml<br>5 mg/ml | NF | | |
| **21.6.4** | **ARTIFICIAL TEARS** | | | | |
| 1. | HPMC<br>Dekstran | 3 mg/ml<br>1 mg/ml | NF | (OP) | |
| 2. | Hidroksipropil metillselulose<br>Retinol Palmitate | 20 mg/ml<br>10 mg/ml | NF | | |
| 3. | Natrium Hyaluronat<br>Polivinil pirolidone<br>Vit A | | NF | | |
| 4. | HPMC 2 mg, Na hyaluronat, polyhexametilen biguanid | | NF | | |
| **21.6.5** | **ASTHENOFIA/EYE TONIC** | | | | |
| 1 | Vit A<br>Oksimetazoline<br>HPMC | 1000 iu/ml<br>0.25 ml/ml | NF | | |
| 2 | Boric Acid<br>Zinc Sulfat<br>Vit A | 10 mg/ml<br>0.2 mg/ml<br>1000 iu/ml | NF | | |

| NO. | NAMA GENERIK | BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN | FORNAS (F)/ NON FORNAS (NF) | FORMULARIUM NASIONAL | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | RESTRIKSI | PERESEPAN MAKSIMAL |
| I | II | III | IV | V | VI |
| | Fenilefrine | 1 mg/ml | | | |
| **21.6.6** | **ANTIEDEMA** | | | | |
| 1. | Glycerin andhydrous | | NF | | |
| 2. | Mono tetra methyl phenoxy p glycol<br>Polyethylen glycol<br>Dimethyl poli siloxan | 2.5 mg/ml<br>5 mg/ml<br>1 mg/ml | NF | | |
| **21.6.7** | **REMOVAL OF CALCIUM DEPOSIT** | | | | |
| 1. | Ethylen Diamine Tetra Acetate | 4 mg/ml | NF | | |
| **21.6.8** | **ANTIKATARAK** | | | | |
| 2. | Sodium Iodide<br>Kalium Iodide | 10 mg/ml<br>15 mg/ml | NF | | |
| **21.6.9** | **DEGENERATION EPITHEL** | | | | |
| 1. | Aneurine HCl<br>Calcium Panthothenate<br>Vit A | | NF | | |
| **22.** | **OKSITOSIN dan RELAKSAN UTERUS, OBAT yang bekerja di** | | | | |
| **22.1.** | **OKSITOSIN** | | | | |
| 1. | Metilergometrin Maleate | Tab. salut 0.125 mg | F | | |
| | | Inj. 0,2 mg/mL, amp. @1 mL | F | | |
| 2. | Oksitosin | Inj. 10 IU/mL, amp. 1 mL | F | | |
| **22.2** | **RELAKSAN UTERUS** | | | | |
| 1. | Magnesium sulfat | Inj. 20%, 40%, vial 25 mL | F | | |
| **23.** | **PSIKOFARMAKA** | | | | |
| **23.1.** | **ANTIANSIETAS dan ANTIINSOMNIA** | | | | |
| 1. | Alprazolam | Tab. 0,25 mg, 0,5 mg, 1 mg | F | (a) Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa dan Internist Psikosomatik.<br>(b) Hanya untuk kasus Panic Attack dan Panic Disorder.<br>(c ) Peresepan oleh dokter spesialis penyakit dalam maksimal 5 hari/bulan. | Maks. 2 minggu/kasus, 30 tab/bulan |
| 2. | Clobazam | Tab. 10 mg | F | | 60 tab/bulan |
| 3. | Diazepam | Tab. 2 mg; 5 mg | F | | 30 tab/kasus |
| | | Inj. 5 mg/mL, amp. 2 mL | F | | |
| 4. | Lorazepam | Tab. 0,5 mg; 1 mg; 2 mg | F | | 30 tab/bulan |
| 5. | Chlordiazepoxide/Clinidium | Tab. 5 mg/2,5 mg | NF | (OP) Dyspepsia Fungsional, sesuai plafon | |
| **23.2.** | **ANTIDEPRESI dan ANTIMANIA** | | | | |
| 1. | Escitalopram | Tab. 5 mg, 10 mg | NF | Hanya untuk pasien umum | |
| 2. | Amitriptilin HCl | Tab. Salut 25 mg (HCl) | F | | 60 tab/bulan |
| 3. | Duloxetine | Tab. 60 mg | NF | Hanya untuk pasien umum | |
| 4. | Fluoxetine | Tab/kaps. 10 mg | F | | 60 tab/ kaps per bulan |
| | | Tab/kaps. 20 mg | | | 30 tab/ kaps per bulan |
| 5. | Maprotilin HCl | Tab. salut 25 mg; 50 mg | F | | 30 tab/bulan |
| 6. | Sertralin | Tab. salut 50 mg | F | Digunakan untuk depresi yang disertai ansietas | 30 tab/bulan |
| **23.3.** | **ANTIOBSESI KOMPULSI** | | | | |
| 1. | Clomipramin | Tab.25 mg | F | Dapat digunakan untuk *cataplexy* yang berhubungan dengan *narcolepsy* . | 30 tab/bulan |
| 2. | Fluoxetine HCl | Kaps. 10 mg, 20 mg | F | | 30 kaps./bulan |
| **23.4.** | **ANTIPSIKOSIS** | | | | |
| 1. | Aripiprazole | Tab. 5 mg, Tab dispersible 10 mg; tab dispersible 15 mg | F | Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa | 30 tab/bulan |
| | | Oral solution 1 mg/mL | F | | 5 btl/bulan |
| 2. | Chlorpromazine | Tab. Salut 25 mg | F | | |
| | | Tab. Salut 100 mg | F | | 90 tab/bulan |
| | | Inj. i.m. 5 mg/mL amp. 2 mL | F | | |
| | | Inj. i.m. 25 mg/mL amp. 2 mL | F | | |
| 3. | Clozapine | Tab. 25 mg | F | Hanya untuk pengobatan psikosis yang sudah resisten terhadap antipsikotik lain. | 60 tab/bulan |
| | | Tab. 100 mg | F | Hanya untuk pengobatan psikosis yang sudah resisten terhadap antipsikotik lain. Hanya untuk schizophrenia yang resisten/intoleran. Lakukan cek leukosit secara berkala (hati-hati agranulositosis). | 90 tab/bulan |
| 4. | Flufenazin | Inj. i.m. 25 mg/mL (dekanoat), vial 1 mL | F | Hanya untuk rumatan pada pasien schizophrenia. | 1 amp/2 minggu |
| 5. | Haloperidol | Tab. 0,5 mg | F | Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa | 90 tab/bulan |
| | | Tab. 1,5 mg; 2 mg; 5 mg | F | | 90 tab/bulan |
| | | Tts. 2 mg/mL, btl. 15 mL | F | | 2 btl/bulan |
| | | Inj. i.m. 5 mg/mL , amp. 1 mL | F | Untuk agitasi akut. Untuk kasus kedaruratan psikiatrik (tidak untuk pemakaian jangka panjang) | 4 amp/hari, maksimal 3 hari |
| | | Inj. 50 mg/mL | F | Hanya untuk monoterapi rumatan pada pasien schizophrenia yang tidak dapat menggunakan terapi oral. | 1 amp/2 minggu |
| 6. | Olanzapine | Tab. 5 mg; 10 mg | F | Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa (a) Untuk skizofrenia. (b) *Adjunctive treatment* pada kasus bipolar yang tidak memberikan respons dengan pemberian litium atau valproat. | 60 tab/bulan |
| | | Inj. 10 mg | F | (a) Diperlukan hanya untuk serangan skizofrenia akut yang tidak memberikan respons dengan terapi lini pertama.<br>(b) Tidak boleh digunakan untuk pemakaian jangka panjang.<br>(c ) Hanya untuk agitasi akut pada penderita skizofrenia. | 3 amp/hari, maksimal 3 hari |
| 7. | Paliperidon Palmitat | Inj.50 mg/0,5 mL; 75 mg/0,75 mL; 100 mg/mL; 150 mg/1,5 mL | F | Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa | |
| 8. | Quetiapin | Tab 100 mg | F | (a) Untuk skizofrenia. | 120 tab/bulan |
| | | Tab pelepasan lambat 200 mg | | (b) Untuk pasien bipolar yang yang tidak memberikan | 60 tab/bulan |

| NO. | NAMA GENERIK | BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN | FORNAS (F)/ NON FORNAS (NF) | FORMULARIUM NASIONAL | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | RESTRIKSI | PERESEPAN MAKSIMAL |
| I | II | III | IV | V | VI |
| | | Tab pelepasan lambat 300 mg; 400 mg | F | respons terhadap pemberian litium atau valproat.<br>(c ) Hanya dapat diresepkan oleh Doker Spesialis | 30 tab/bulan |
| 9. | Risperidon | Tab. 1 mg | F | (a) Untuk skizofrenia.<br>(b) Adjunctive treatment pada pasien bipolar yang tidak memberikan respons dengan pemberian litium atau valproat. | 60 tab/bulan |
| | | Tab. 2 mg | F | (a) Untuk skizofrenia.<br>(b) Adjunctive treatment pada pasien bipolar yang tidak memberikan respons dengan pemberian litium atau valproat. | 90 tab/bulan |
| | | Tab. 3 mg | F | Hanya dapat diresepkan oleh Dokter spesialis Kedokteran Jiwa. | 60 tab/bulan |
| | | Oral solution 1 mg/mL | F | | 5 blt/bulan |
| 10. | Trifluoperazine | Tab. Salut selaput 5 mg | F | Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa. | 90 tab/bulan |
| **23.5.** | **OBAT untuk ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*)** | | | | |
| 1. | Metilphenydat | Tab. 10 mg | F | | 90 tab/bulan |
| | | Tab. 18 mg | | | 30 tab/bulan |
| | | Tab. 36 mg | | | 30 tab/bulan |
| **23.6.** | **OBAT untuk GANGGUAN BIPOLAR** | | | | |
| 1. | Litium Karbonat | Tab. 200 mg | F | Harus dilakukan pemeriksaan fungsi ginjal dan memonitor kadar lithium. | 180 tab/bulan |
| | | Tab. 400 mg | F | | 90 tab/bulan |
| 2. | Valproat | Tab. Salut enterik 250 mg | F | | 60 tab/bulan |
| | | Tab. Lepas lambat 250 mg, 500 mg | F | | 60 tab/bulan |
| **23.7.** | **OBAT untuk PROGRAM KETERGANTUNGAN,** | | | | |
| 1. | Metadon | Sir. 50 mg/5 mL, btl. 1.000 mL | F | Catatan : *Disediakan oleh program Kemenkes* | |
| **24.** | **RELAKSAN OTOT PERIFER dan PENGHAMBAT KOLINESTERASE** | | | | |
| **24.1.** | **PENGHAMBAT dan PEMACU NEUROMUSKULER** | | | | |
| 1. | Atracurium | Inj. 25 mg/ 2,5 mL | F | Hanya untuk tindakan anestesi dan pasien ICU yang memerlukan karena menggunakan ventilator. | |
| 2. | Neostigmin | Inj. 0,5 mg/mL | F | | |
| 3. | Pancuronium | Inj. i.v. 2 mg/mL (bromida), amp. 2 mL | F | | |
| 4. | Rocuronium | Inj. i.v. 10 mg/mL | F | | |
| 5. | Sugammadex | Inj. 100 mg/mL | F | Hanya untuk pasien yang telah mengalami desaturasi oksigen pada kesulitan penguasaan jalan nafas saat anestesi umum. | |
| 6. | Succinil cholin | Inj. 20 mg/mL, 50 mg/mL, 100 mg/mL | F | | |
| 7. | Vecuronium | Serbuk Inj. 10 mg/mL (bromida) | NF | (OP) | |
| **24.2.** | **OBAT untuk MYASTHENIA GRAVIS** | | | | |
| 1. | Neostigmin | Inj. 0,5 mg/mL, amp.1 mL | F | | |
| 2. | Piridostigmin | Tab. 60 mg (bromida) | F | | 120 tab/bulan |
| **24.3.** | **OBAT untuk RELAKSAN OTOT** | | | | |
| 1. | Baclofen | Tab. 10 mg | NF | (OP) *Cerebral Palsy,* Trauma Medulla Spinalis, Multiple Sclerosis | 30 - 75 mg/hari |
| 2. | Donepezil | Tab. Salut selaput 5 mg, Tab. Dispersible 10 mg | F | (a) Hanya untuk demensia alzheimer ringan sampai sedang.<br>(b) Hanya diresepkan oleh dokter spesialis neurologi berdasarkan pemeriksaan neurobehaviour. | 30 tab/bulan |
| 3. | Eperison | Tab. 50 mg | NF | | |
| **25.** | **OBAT untuk SALURAN CERNA,** | | | | |
| **25.1.** | **ANTASIDA dan ANTIULKUS** | | | | |
| 1. | Antasida DOEN I, kombinasi : Al(OH)3 200 mg + Mg(OH)2 | Tab. Kunyah | F | | |
| | | Susp. | F | | |
| 2. | Al(OH)3/Mg(OH)2/Dimethylpos iloxan | Btl. 100 mL | NF | | |
| 3. | Cisaprid | Tab. 5 mg | NF | Hyperpyloric stenosis | |
| 4. | Dimethylpolysiloxane | Tab. Kunyah 40 mg | NF | | |
| 5. | Esomeprazole (iv) | Inj. 40 mg/vial | F | | 1 ampul/hari, maks. 3 hari |
| 6. | Lanzoprazole (iv) | Kaps. 30 mg | F | (a) Untuk terapi jangka pendek pada kasus tukak lambung, tukak duodenum, dan refluks esofagitis. (b) Diberikan 1 jam sebelum makan. | 30 tab/bulan |
| | | Inj. 30 mg/mL | F | Untuk pasien IGD atau rawat inap dengan riwayat perdarahan saluran cerna. | 1-3 amp/hari, maks. 3 hari |
| 7. | Misoprostol | Tab. 200 mcg | NF | (OP) Untuk pematangan cervix dan Haemorrhagic Post Partum (HPP) | |
| 8. | Omeprazole | Kaps. 20 mg | F | (a) Untuk terapi jangka pendek pada kasus tukak lambung, tukak duodenum, dan refluks esofagitis. (b) Diberikan 1 jam sebelum makan. | 30 kaps./bulan |
| | | Inj. 40 mg | F | Untuk pasien IGD atau rawat inap dengan riwayat perdarahan saluran cerna. | 1-3 amp/hari, maks. 3 hari |
| 9. | Pantoprazole | Tab. Salut Enterik 20 mg, Tab. Salut Selaput 40 mg | NF | | |
| | | Inj. 40 mg/10 ml | NF | | |
| 10. | Polymigel | Tab. 400 mg | NF | | |
| 11. | Ranitidin | Tab. 150 mg | F | | 30 tab/bulan |
| | | Inj. i.v. amp. 25 mg/ mL | F | | 2 amp/hari |
| 12. | Sucralfat | Tab. 500 mg | F | | 60 tab/bulan |
| | | Susp. 500 mg/5 mL | F | | |
| **25.2.** | **ANTIEMETIK** | | | | |
| 1. | Chlorpromazine | Tab. Salut 25 mg | F | | |
| | | Inj. i.m. 5 mg/mL, 25 mg/mL | F | | |
| 2. | Dexamethasone | Inj. 5 mg/mL | F | Hanya untuk menyertai terapi antineoplastik. | |
| 3. | Dimenhidrinat | Tab. 50 mg | F | | |
| 4. | Domperidon | Tab. 10 mg | F | | |
| | | Sir. 5 mg/mL | F | | |
| | | Drops. 5 mg/mL | F | | |
| 5. | Granicetron | Inj. 1 mg/ml, 3 mg/ml | NF | | |

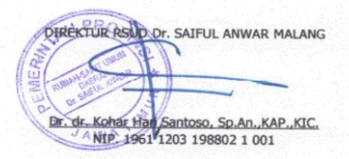
| NO. | NAMA GENERIK | BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN | FORNAS (F)/ NON FORNAS (NF) | FORMULARIUM NASIONAL | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | RESTRIKSI | PERESEPAN MAKSIMAL |
| I | II | III | IV | V | VI |
| 6. | Metoclopramide | Tab 5 mg; 10 mg | F | | |
| | | Drops 2 mg/mL, btl. 10 mL | F | | |
| | | Syr. 5 mg/5 mL, btl 60 mL | F | | |
| | | Inj. 5 mg/mL | F | | |
| 7. | Ondansentron | Tab. 4 mg; 8 mg | F | Pencegahan mual dan muntah pada kemoterapi dan radioterapi. | Maks. 3 tab pasca kemoterapi/post radioterapi. |
| | | Sir. | NF | | |
| | | Inj. 2 mg/mL | F | Untuk mencegah muntah pada pemberian kemoterapi yang *highly emetogenic.* | Inj. diberikan 1 amp. sebelum kemoterapi. |
| **25.3.** | **ANTIHEMOROID** | | | | |
| 1. | Antihemorhoid : Bismut Subgalat 150 mg + Heksaklorofen 2,5 mg + Lidocain 10 mg + Seng Oksida 120 mg: supp ad 2 g | Supp. | F | | 5 supp/kasus |
| **25.4.** | **ANTISPASMODIK** | | | | |
| 1. | Atropin | Tab. 0,5 mg | F | | |
| | | Inj. i.m./i.v. /s.k. 0,25 mg/mL | F | | |
| 2. | Hioscin Butilbromid | Tab. 10 mg | F | | |
| | | Inj. 20 mg/mL, amp. 1 mL | F | | |
| **25.5.** | **OBAT untuk DIARE,** | | | | |
| 1. | Attapulgit | Tablet | F | | |
| 2. | Garam Oralit : NaCl 0,52 g, KCl 0,30 g, trinatrium sitrat dihidrat 0,58 g, glukosa anhidrat 2,70 g | Serbuk untuk 200 mL air | F | | |
| 3. | Kombinasi : Kaolin 550 mg + Pektin 20 mg | Tablet | F | | |
| | | Syr. | NF | | |
| 4. | Loperamid | Tab. 2 mg | F | Tidak digunakan untuk anak. | 10 tab/kasus |
| 5. | Probiotic | Sacchet | NF | | |
| 6. | Zinc | Tab. Dispersible 20 mg | F | Harus diberikan bersama oralit selama 10 hari. | |
| | | Syr. 20 mg/5 mL, btl 60 mL | F | | |
| | | Serbuk 10 mg | F | | |
| **25.6.** | **KATARTIKA** | | | | |
| 1. | Bisakodil | Tab. Salut 5 mg | F | | 15 tab/kasus |
| | | Supp. 5 mg; 10 mg | F | | 3 sup/kasus |
| 2. | Gliserin | Cairan obat luar 100 mg/mL | F | | |
| 3. | Kombinasi : Parafin/gliserin/fenolftalein | Suspensi, btl. 60 mL | F | | |
| 4. | Lactulosa | Syr. 3,335 g/5 mL | F | | |
| 5. | Na Lauril Sulfoasetat ,PEG 400, Sorbitol, Na sitrat, Asam sorbat | | NF | | |
| 6. | Natrium Fosfat | Lar. Oral 45 mL | F | Hanya digunakan pada tindakan colonoscopy. | |
| | | Btl. 133 mL | NF | (OP) Hanya digunakan pada tindakan colonoscopy. | |
| 7. | Polietilenglikol | Serb. | F | | |
| **25.7.** | **OBAT untuk STERILISASI USUS,** | | | | |
| 1. | Neomisin | Tab. 500 mg | NF | | |
| **25.8.** | **OBAT untuk ANTIINFLAMASI,** | | | | |
| 1. | Mesalazin | Tab. salut enterik 250 mg | F | Untuk episode akut colitis ulcerativa dan colitis ulcerativa yang hipersensitif terhadap sulfonamida. | |
| 2. | Sulfasalazin | Kapl. salut enterik 500 mg | F | | |
| **25.9.** | **LAIN-LAIN** | | | | |
| 1. | Asam Ursodeoksikolat | Kaps. 250 mg | F | | |
| 2. | Glycyrrhizin/Aminoacetic Acid/L-Cystein HCl | Inj. | NF | | |
| 3 | L-Ornithin + L-Aspartat | Serb. Kering (p.o.) 3 g | NF | | |
| | | Lar. Infus 5 g/10 ml | NF | | |
| 4 | Megestrol | Btl. 200 mL | NF | | |
| 5 | Octreotide | Inj. 0,1 mg/mL | NF | Hanya untuk variceal bleeding. | Penggunaan maksimal 2x24 jam kemudian pasien dirujuk. |
| 6 | Somatostatin | Inj. 3 mg/mL | F | (a) Untuk kasus perdarahan variseal akut, (b) Diberikan intravenous drip 250 mcg/jam | Maksimal 5 hari |
| 7 | Terlipressin | Inj. | NF | Pendarahan Esofagus Varises di IGD yang tidak teratasi dengan Somatostatin dan Oktreotid. | 1-2 mg / 4 jam, selama 3 hari |
| **26.** | **OBAT untuk SALURAN NAFAS,** | | | | |
| **26.1.** | **ANTIASMA** | | | | |
| 1. | Aminofilin | Tab. 150 mg; 200 mg | F | | |
| | | Inj. 24 mg/mL | F | | |
| 2. | Budesonid | Serbuk Inhalasi 100 mcg/dosis | F | Tidak untuk serangan asma akut. | Asma Persisten ringan-sedang : 1 tbg/bulan. Asma Persisten berat : 2 tbg/bulan |
| | | Serbuk Inhalasi 200 mcg/dosis | F | | Asma Persisten berat : 2 tbg/bulan. |
| | | Cairan ih. 0,25 mg/mL, 0,5 mg/mL | F | Hanya untuk serangan asma akut. | Hari pertama maks. 5 vial/hari, selanjutnya 2 vial/hari paling lama 5 hari. |
| 3. | Dexamethasone | Tab. 0,5 mg | F | | Maks. 10 tab/kasus |
| | | Inj. i.v. amp. 5 mg/mL | F | | |
| 4. | Epinefrin (adrenalin) | Inj. 1 mg/mL | F | | |
| 5. | Fenoterol HBr | Aerosol 100 mcg/puff | F | Hanya untuk serangan asma akut. | 1 tbg/bulan |
| | | Cairan ih 0,1% | F | | 1 tbg/bulan |

| NO. | NAMA GENERIK | BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN | FORNAS (F)/ NON FORNAS (NF) | FORMULARIUM NASIONAL | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | RESTRIKSI | PERESEPAN MAKSIMAL |
| I | II | III | IV | V | VI |
| 6. | Fluticasone Propionat | Cairan ih 0.5 mg/dosis | F | Tidak untuk rumatan terapi asma. | Hari pertama maks. 5 vial/hari, selanjutnya 2 vial/hari paling lama 5 hari. |
| | | MDI / Aerosol 50 mcg/dosis | F | | 1 canister/bulan |
| 7. | Ipratropium Bromida | Aerosol 20 mcg/semprot | F | Untuk pasien PPOK dengan eksaserbasi akut. Tidak untuk jangka panjang. | 1 canister/bulan |
| 8. | Kombinasi KDT/FDC: Budesonid-formoterol | Inhalasi 80/4,5 mcg | F | (a) Untuk terapi rumatan pada asma. (b) Untuk terapi pelega pada asma persistein ringan-berat. (c ) Tidak diindikasikan untuk bronkospasme akut. | Asma Persisten ringan-sedang : 3 tbg/bulan. Asma Persisten berat : 4 tbg/bulan |
| | | Inhalasi 160/4,5 mcg | F | (a) Untuk terapi rumatan pada asma. (b) Untuk terapi pelega pada asma persistein sedang-berat. (c ) Untuk terapi rumatan pada pasien PPOK. (d) Tidak diindikasikan untuk bronkospasme akut. | Asma Persisten sedang : 2 tbg/bulan. Asma Persisten berat : 3-4 tbg/bulan PPOK : 2 tbg/bulan |
| 9. | Kombinasi : Ipratoprium Br 0,02 mg/Fenoterol Hidrobromida 0,05 mg | Cairan inhalasi 0,025% | F | Sesudah rujuk balik, dapat diberikan maksimal hingga 3 bulan di Faskes Tk. 1. | |
| 10. | Kombinasi : Ipratoprium Br 0,5 mg/Salbutamol 2,5 mg | Aerosol | F | Hanya untuk (a) Serangan asma akut. (b) Bronkospasme yang menyertai PPOK. (c ) SOPT (Sindrom Obstruksi Pasca Tuberkulosis). (d) Sebagai nebulizer di IGD dan ruang perawatan. | Hari pertama maks. 8 vial/hari, selanjutnya maks. 4 vial/hari paling lama 5 hari. Kasus ICU maks. 10 vial/hari. |
| 11. | Kombinasi : Fluticasone 50 mcg + Salmeterol 25 mcg | Inhalasi 50 mcg/puff | F | Tidak diberikan pada kasus asma akut. | 1 tbg/bulan |
| 12. | Kombinasi : Fluticasone 100 mcg + Salmeterol 50 mcg | Inhalasi 100 mcg/puff | F | Tidak diberikan pada kasus asma akut. | 1 tbg/bulan |
| 13. | Kombinasi : Fluticasone 250 mcg + Salmeterol 50 mcg | Inhalasi 250 mcg/puff | F | Tidak diberikan pada kasus asma akut. | 1 tbg/bulan |
| 14. | Methyl prednisolon | Tab. 4 mg | F | | Maks. 10 tab/kasus |
| | | Tab. 8 mg, 16 mg | F | | |
| | | Inj. 125 mg | F | | |
| 13. | Procaterol | Serb. ih 10 mcg; cairan ih 30 mcg; cairan ih 50 mcg | F | Hanya untuk nocturnal asma yang tidak respon dengan pemberian salbutamol. | |
| 14. | Salbutamol | Tab. 2 mg; 4 mg | F | | |
| | | Sir. 2 mg/5 mL | F | | |
| | | Serb. Inhalasi 200 mcg/Kaps + rotahaler | F | | |
| | | Cairan Inhalasi 1 mg/mL | F | Hanya untuk serangan asma akut dan/atau bronkospasme yang menyertai PPOK atau SOPT (Sindrom Obstruksi Pasca Tuberkulosis). | Hari pertama maks. 8 vial/hari, selanjutnya maks. 4 vial/hari. Kasus ICU maks. 10 vial/hari. |
| | | MDI / Aerosol 100 mcg/dosis, btl. 200 dosis | F | Hanya untuk serangan asma akut dan atau bronkospasme yang menyertai PPOK, SOPT (Sindrom Obstruksi Pasca Tuberkulosis). | Asma Persisten ringan-sedang, SOPT : 1 tbg/bulan. Asma Persisten berat, PPOK : 2 tbg/bulan |
| 15. | Teofilin | Tab. 150 mg | F | | |
| | | Tab. Lepas lambat 300 mg | F | | |
| 16. | Terbutaline | Tab. 2,5 mg | F | | |
| | | Sir. 1,5 mg/5 mL | F | | 1 btl/kasus |
| | | Inj. 0,5 mg/mL | F | Hanya untuk serangan asma akut dan/atau PPOK. | 4 amp/hari |
| | | Cairan Inhalasi 2,5 mg/mL | F | Hanya untuk serangan asma akut dan/atau PPOK. | Hari pertama maks. 8 vial/hari, selanjutnya maks. 4 vial/hari. Kasus ICU maks. 10 vial/hari. |
| | | Serbuk Inhalasi 0,5 mg/dosis, 200 dosis | F | Hanya untuk serangan asma akut dan/atau PPOK. | 1 tbg/bulan |
| 17. | Tiotropium | Respimat ih 5 mcg/semprot | F | Hanya digunakan untuk *severe asthma* | 1 tbg/bulan |
| **26.2.** | **ANTITUSIF** | | | | |
| 1. | Codein | Tab. 10 mg; 15 mg; 20 mg | F | | |
| 2. | Codein/Phenyltoloxamine | Tab. (30 mg/10 mg) | NF | | |
| | | Syr. (11,11 mg/3,67 mg) | NF | | |
| 3. | Levodropropine | Sir. 120 mL | NF | | |
| **26.3.** | **EKSPEKTORAN** | | | | |
| 1. | N-asetil sistein | Kapsul 200 mg | F | (OP) | Maks. 10 kaps/kasus |
| | | Granul 200 mg | F | | 3x sehari (600 mg/hari) |
| | | Ih. 100 mg/mL | F | | 3 ampul/hari, maksimal 10 hari |
| | | Infus 5 g/25 mL | NF | (OP) Dapat digunakan untuk kasus Covid-19 | |
| **26.4.** | **OBAT untuk PENYAKIT PARU OBSTRUKSI KRONIS,** | | | | |
| 1. | Glikopironium | Serb. ih 50 mcg | F | | 30 kaps inhalasi/bulan |
| 2. | Indakaterol | Serb. ih 150 mcg; 300 mcg | F | | |
| 3. | Ipratropium Br | Aerosol 20 mcg/semprot | F | Untuk pasien PPOK dengan eksaserbasi akut. Tidak untuk jangka panjang. | 1 canister/bulan |
| | | Cairan inh 0,025% | F | | |
| 4. | Kombinasi : Indacaterol/Glycopyrronium | Serb. Ih dan alat breezhaler | F | Obat lini kedua untuk PPOK berat yang tidak respon lagi dengan LABA/LAMA atau LABACs | 30 kaps/bulan |
| 5. | Kombinasi : Ipratropium Br 0,5 mg/Salbutamol 2,5 mg | Cairan ih | F | Hanya untuk (a) Serangan asma akut. (b) Bronkospasme yang menyertai PPOK. (c ) SOPT (Sindrom Obstruksi Pasca Tuberkulosis). | |
| 6. | Kombinasi : Fluticasone 500 mcg + Salmeterol 50 mcg | Inhalasi 500 mcg/puff | F | | 1 tbg/bulan |
| 7. | Olodaterol | Cairan ih 2,5 mcg/semprot | F | Tidak untuk mengatasi eksaserbasi akut | 1 tbg/bulan |

| NO. | NAMA GENERIK | BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN | FORNAS (F)/ NON FORNAS (NF) | FORMULARIUM NASIONAL | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | RESTRIKSI | PERESEPAN MAKSIMAL |
| I | II | III | IV | V | VI |
| 8. | Tiotropium | Respimat ih 5 mcg/semprot | F | | 1 tbg/bulan |
| **26.6.** | **LAIN-LAIN** | | | | |
| 1. | Beractant (Surfaktan) | Susp. 25 mg/mL (intratekal) | F | Hanya untuk *Idiopathic Respiratory Distress Syndrome* (IRDS) pada neonatus. | |
| **27.** | **OBAT UNTUK SALURAN KEMIH** | | | | |
| 1. | Solifenasin | Tab 5 mg; 10 mg. | F | Didasarkan pada hasil pemeriksaan urodinamik. | maks. 3 bulan |
| **28.** | **OBAT untuk MEMPENGARUHI SISTEM IMUN,** | | | | |
| **28.1.** | **SERUM dan IMUNOGLOBULIN** | | | | |
| 1. | Hepatitis B Imunoglobulin (Human) | Inj. 150 IU/1,5 mL; Inj. 220 IU/mL | F | Untuk bayi baru lahir dengan ibu HBsAg positif. | 1 syringe/ kasus |
| 2. | Human Tetanus Immunoglobulin | Inj. i.m. 250 IU; 500 IU | F | Untuk (a) luka baru terkontaminassi pada pasien dengan riwayat vaksinasi tetanus yang tidak diketahui/tidak lengkap. (b) Manifestasi tetanus secara klinis. | |
| 3. | Immunoglobulin Intravena | Inj. vial. 50 mg/mL | F | (a) Hanya digunakan apabila syarat untuk plasmafaresis tidak terpenuhi pada terapi : *Guillain-Barre syndrome* (GBS). (b) Untuk krisis miastenia, dapat diberikan di faskes tk. 2 dan 3 yang memiliki fasilitas ICU. Catatan : Disediakan oleh Program Kemenkes | 40 ampul/kasus |
| 4. | Serum Anti Bisa Ular I (A.B.U. I (khusus ular dari Luar Papua) | Inj. i.m. / i.v. 5 ml/vial | F | Khusus untuk daerah tertentu. Disimpan pada suhu 2-8$^0$C. | |
| 5. | Serum Anti Difteri (A.D.S.) | Inj. i.m. 10.000 IU | F | Disimpan pada suhu 2-8$^0$C. | |
| 6. | Serum Anti Rabies | Inj. i.m. 100 IU/ml, amp. @20 mL; 200 - 400 IU/mL | F | Digunakan untuk pengobatan *post exposure* di daerah rabies. Disimpan pada suhu 2-8$^0$C. | |
| 7. | Serum Anti Tetanus (A.T.S.) | Untuk pencegahan: Inj. i.m. 1.500 IU/mL, 5.000 IU/mL. | F | Disimpan pada suhu 2-8$^0$C. | |
| | | Pengobatan: Inj. i.m./i.v. 10.000 IU/vial, 20.000 IU/vial | F | | |
| 8. | Tetanus Toxoid | Inj. | F | | |
| **29.** | **OBAT untuk TELINGA, HIDUNG dan TENGGOROKAN,** | | | | |
| 1. | Asam asetat | Tetes telinga 2% | F | Catatan : Dibuat baru, recenter paratus (r.p.) | |
| 2. | Benzydamine (obat kumur) | Lar. Dental 7,5 mg/5 ml, 60 ml, 120 ml | NF | | |
| 3. | Carbogliserin | Tetes telinga 10% | F | | |
| 4. | Chloralhydrate | Lar. | F | | |
| 5. | Chloramphenicol | Tetes telinga 3% | F | Untuk infeksi telinga dengan membran timpani yang utuh. | |
| 6. | Fluticason Furoat | Susp. 27,5 mcg/spray | F | Pemberian hanya pada pagi hari dengan dosis 1x sehari. | 1 btl/bulan |
| 7. | Fludrocortison acetate, Polymixin B Sulfat, Neomycin sulfat, Lidocaine HCl | | NF | (OP) Otitis Eksterna | |
| 8. | Hidrogen Peroksida | Cairan 3% | F | (a) Disimpan dalam botol kedap udara, terlindung dari cahaya. (b) Untuk diencerkan sampai 3%. | |
| 9. | Lidocain | Spray oral 10% | F | | |
| 10. | Natamycin | Tetes mata 50 mg/mL; 5% | F | (OP) Dapat digunakan untuk kasus Infeksi Jamur pada telinga luar | |
| | | | | | |
| 11. | Natrium Chloride | Btl. 30 mL | NF | | |
| 12. | Natrium Docusate | Tetes telinga | NF | | |
| 13. | Ofloxacin | Tetes telinga 3 mg/mL | F | | |
| 14. | Oksimetazolin | Tetes Hidung 0,025%; 0,050% | F | | |
| 15. | Triamcinolon Asetonid | Nasal Spray 55 mcg/puff | F | | |
| **30.** | **VITAMIN dan MINERAL** | | | | |
| 1. | Calcitriol / Kolekalsiferol (Vit. D3) | Kaps. Lunak 0,25 mcg, 0,5 mcg | F | Hanya untuk penyakit ginjal kronis grade 5 ke atas dan pasien hipoparatiroid pemeriksaan kadar kalsium ion 1, 1-2,5 mmol. | |
| 2. | Calcium Carbonat | Tab. 500 mg | F | | 90 tab/bulan |
| 3. | Calcium Gluconat | Inj. 100 mg/mL | F | | |
| 4. | Calcium Lactat (Kalk) | Tab. 500 mg | F | Untuk hipoparatiroidisme. | |
| 5. | Citicoline | Inj. 250 mg/2 mL; 500 mg/4 mL | NF | (OP) CVA, Post Operasi Trepanasi, Cedera Otak Berat (COB), Cedera Kepala Sedang rencana operasi | |
| | | Tab. 500 mg | NF | (OP) CVA | |
| 6. | Ergokalsiferol (Vit. D2) | Kaps. 50.000 IU | F | Hanya untuk penyakit ginjal kronis grade 5 ke atas dan pasien hipoparatiroid pemeriksaan kadar kalsium ion 1, 1-2,5 mmol. | |
| | | Susp. 10.000 IU/mL | F | | |
| | Extract Curcumin | Tab. 20 mg | NF | | |
| 7. | Ferro Fumarat | Kaps. lunak 300 mg | F | | |
| 8. | Ferro Sulfat | Tab. salut 300 mg | F | | |
| 9. | Kombinasi KDT/FDC mengandung : Fe Sulfat/Fe Fumarat/Fe glukonat (setara dengan 60 mg Fe elemental) + Asam Folat 0,4 mg | Tab. Sal. | F | Catatan : Disediakan oleh Program Kemenkes. | |
| 10. | Mecobalamin | Kaps. 500 mcg | NF | | |
| | | Inj. | NF | | |
| 11. | MLC 601 | Tab. | NF | | |
| 12. | Multivitamin | Tab. | NF | | |
| | | Drop | NF | (OP) Hanya untuk Bayi Berat Badan Rendah (BBLR) | |
| | | Sir. | NF | | |
| | | Inj. | NF | | |
| 13. | Ophiocephalus striatus extr. | Sacc./Kaps. 500 mg | NF | | |
| 14. | Piracetam | Inj. 1 gr; 3 gr | NF | (OP) CVA, Post Operasi Trepanasi, Cedera Otak Berat (COB), Cedera Kepala Sedang rencana operasi | |
| | | Tab. 800 mg, 1200 mg | NF | | |
| | | Syr. | NF | | |
| 15. | Vit. A (Retinol) | Tab. 6.000 IU | NF | (OP) untuk pasien dengan kasus gizi buruk | |
| | | Kaps. Lunak 100.000 IU; 200.000 IU | F | | |

| NO. | NAMA GENERIK | BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN | FORNAS (F)/ NON FORNAS (NF) | FORMULARIUM NASIONAL | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | RESTRIKSI | PERESEPAN MAKSIMAL |
| I | II | III | IV | V | VI |
| 16. | Vit. B1 (Thiamin) | Tab. 50 mg | F | | 30 tab/bulan |
| 17. | Vit. B6 (Piridoksin) | Tab. 10 mg; 25 mg | F | | 30 tab/bulan |
| | | Inj. 50 mg/mL, amp. 1 mL | F | | |
| 18. | Vit. B12 (Sianokobalamin) | Tab. 50 mcg | F | | 30 tab/bulan |
| 19. | Vit. B complex | Tab. | F | | |
| 20. | Kombinasi B1/B6/B12 | Tab. | NF | | |
| | | Inj. 100 mg/100 mg/5000 mg | NF | (OP) Untuk pencegahan dan terapi *Chemotherapy Induced Peripheral Neuropathy.* | 1 amp/hari |
| 21. | Vit. C (Asam Askorbat ) | Tab. 50 mg; 250 mg | F | | |
| | | Inj. 200 mg; 500 mg | NF | | |
| 22. | Vit. D | Tab. 1000 IU; 5000 IU | NF | (OP) untuk pasien dengan kasus Covid-19 | |
| 23. | Vit. E | Tab. 100 IU | NF | (OP) untuk pasien dengan kasus gizi buruk; Thalasemia | |
| | | Tab. 400 IU | NF | (OP) untuk pasien dengan kasus Covid-19 | |
| 24. | Vitamin Larut Air (Vit B dan Vit C) | Inj. | NF | | |
| 25. | Vitamin Larut Lemak (Vit. A, Vit. D, Vit. E, dan Vit. K) | Inj. | NF | | |
| 26. | Zinc Sulfat | Tab. Dispersible 20 mg/tab | F | | |
| 27. | Fursultiamin | Tab. | NF | | |
| | | Inj. 25 mg/10 ml | NF | | |
| 28. | Glucosamin | Tab. 500 mg | NF | | |
| 29. | Glucosamin/Mineral/ Vitamin | Tab. 500 mg | NF | | |
| 30. | Histidin/Arginin/Cystein/Glutamic Acid/L-Carnitine/Vit. B1/Vit. B6/Vit. B12/Vit. E/Selenium | Sacch. | NF | | |
| 31. | Lesithin/ Ginkobiloba | | NF | | |
| 32. | Paricalcitol | | NF | | |
| 33. | Vit. B1/Vit. B6/Vit. B12/Vit. E/As. Folat | Tab.; | NF | | |
| **31.** | **OBAT YANG MEMENGARUHI STRUKTUR dan MINERALISASI TULANG** | | | | |
| 1. | Alendronat | Tab. 70 mg | F | Pasien dengan osteoporosis, hasil pemeriksaan BMD DXA, T Score < - 2,5 (bukan BMD ultrasound) dengan riwayat fraktur dalam 6 bulan terakhir. | 4 tab/bulan |
| 2. | Asam Risedronat | Tablet salut selaput 35 mg | F | Pasien dengan osteoporosis, hasil pemeriksaan BMD DXA, T Score < - 2,5 (bukan BMD ultrasound) dengan riwayat fraktur dalam 6 bulan terakhir. | 4 tab/bulan |
| 3. | Asam Zoledronat | Inf. 5 mg/100 mL | F | Pasien dengan osteoporosis, hasil pemeriksaan BMD DXA, T Score < - 2,5 (bukan BMD ultrasound) dengan riwayat fraktur dalam 6 bulan terakhir. | |
| | | | | (OP) Dapat diberikan untuk kasus osteogenesis imperfecta. | |
| **32.** | **LAIN-LAIN** | | | | |
| 1. | Agaropyron Repens (Couch Grass) | Tab. | NF | | |
| 2. | Cardioplegia | Inj. | F | | |
| 3. | Custodial | Inj. | NF | (OP) Induksi kidney transplant | |
| 4. | Ekstrak Schizandrae Fructus | Kap. | NF | | |
| 5. | Isoxuprine | Tab. 20 mg | NF | (OP) Tokolitik | |
| 6. | Phenazopiridin HCl | Tab. 100 mg | NF | | |
| 7. | Sevelamer carbonat | Tab. 800 mg | F | Hanya untuk pasien CKD stage 5 dialysis dengan kadar fosfat > 5,5 mg/dL dan kadar calcium > 9 mg/dL yang tidak dapat diberikan calcium carbonat. | |

DIREKTUR RSUD Dr. SAIFUL ANWAR MALANG




Dr. dr. Kohar Hari Santoso, Sp.An.,KAP.,KIC.
NIP. 19611203 198802 1 001

## A. NAMA GENERIK BARU DALAM FORMULARIUM OBAT RSSA TAHUN 2021

| NO | KELAS TERAPI | KELAS TERAPI / SUB KELAS TERAPI | NAMA GENERIK BARU | BENTUK DAN KEKUATAN SEDIAAN | FORNAS / NON FORNAS (NF) |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 6.1.1 | ANTELMINTIK INTESTINAL | Ivermectin | Tab. 12 mg | NF |
| 2 | 6.6.5 | LAIN - LAIN | Favipiravir | Tab. 200 mg | NF |
| | | | Oseltamivir | Capsul 75 mg | NF |
| | | | Remdesivir | Inj. | NF |
| 3 | 17.1 | ANTIANGINA | Isosorbid Mononitrate | Tab. 20mg | NF |
| | | | | Tab. SR 60 mg | NF |
| 4 | 20.2 | PARENTERAL | Sodium Glycerophosphate | Amp. 20 mL | NF |
| 5 | 20.2.7 | LAIN - LAIN | | | |
| 6 | 30 | VITAMIN DAN MINERAL | Vitamin D | Tab. 1000 IU; 5000 IU | NF |

## B. BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN SEDIAAN BARU

| NO | KELAS TERAPI | KELAS TERAPI / SUB KELAS TERAPI | NAMA GENERIK | BENTUK DAN KEKUATAN SEDIAAN BARU | FORNAS / NON FORNAS (NF) |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 30 | VITAMIN DAN MINERAL | Vitamin E | Tab. 400 IU | NF |

**FORMULIR PELAPORAN EFEK SAMPING OBAT** | **Kode Sumber Data :**

**PENDERITA**

| **Nama (Singkatan) :** | **Umur :** | **Suku :** | **Berat Badan :** | **Pekerjaan :** |
|---|---|---|---|---|
| ..... | ..... | ..... | ..... | ..... |

**Kelamin (beri tanda X) :**

Pria..... ☐

Wanita : ☐

Hamil..... ☐

Tidak hamil..... ☐

Tidak tahu..... ☐

**Penyakit Utama :**

**Kesudahan Penyakit Utama (Beri Tanda X) :**

☐ Sembuh
☐ Meninggal
☐ Sembuh dengan gejala sisa
☐ Belum sembuh
☐ Tidak Tahu

**Penyakit / Kondisi lain yang menyertai (beri tanda X) :**

☐ Gangguan Ginjal
☐ Gangguan Hati
☐ Alergi
☐ Kondisi medis lainnya
☐ Faktor Industri, pertanian, kimia.
☐ Lain-lain :

**EFEK SAMPING OBAT (ESO)**

**Bentuk / Manifestasi ESO yang Terjadi / Keluhan Lain Termasuk Mutu :**

**Saat/Tanggal Mula Terjadi :**

**Kesudahan ESO (beri tanda X) :**
**Tanggal:.....**

☐ Sembuh
☐ Meninggal
☐ Sembuh dengan gejala sisa
☐ Belum sembuh
☐ Tidak tahu

**Riwayat ESO yang Pernah Dialami :**

**OBAT**

| **Nama (Nama Dagang/Nama Generik/Pabrik/IF)** | **Bentuk Sediaan** | **No. Bets** | **Beri tanda X untuk obat yang dicurigai** | **Pemberiaan** | | | | **Indikasi penggunaan** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | **Cara** | **Dosis/Waktu** | **Tgl. Mula** | **Tgl. akhir** | |
| 1. ..... | ..... | ..... | ..... | | | | | |
| 2. ..... | ..... | ..... | ..... | | | | | |
| 3. ..... | ..... | ..... | ..... | | | | | |
| 4. ..... | ..... | ..... | ..... | | | | | |
| 5. ..... | ..... | ..... | ..... | | | | | |
| 6. ..... | ..... | ..... | ..... | | | | | |
| 7. ..... | ..... | ..... | ..... | | | | | |
| 8. ..... | ..... | ..... | ..... | | | | | |
| 9. ..... | ..... | ..... | ..... | | | | | |
| 10. ..... | ..... | ..... | ..... | | | | | |

**Keterangan Tambahan** (misalnya : kecepatan timbulnya Efek Samping Obat, reaksi setelah obat dihentikan, pengobatan yang diberikan untuk mengatasi ESO)

**Data Laboratorium** (bila ada).

**Tgl. Pemeriksaan :**

....., tgl.....20....

Tanda Tangan Pelapor

(.....)

| RAHASIA | MONITORING EFEK SAMPING OBAT NASIONAL |
|---|---|

**KIRIMAN BALASAN**
IZIN No.04/PRKB/JAT/REGIONAL-IV/2017
No.Izin Berlaku s/d 31 Desember 2017

**KIRIM TANPA PERANGKO**

KEPADA
PT.POS INDONESIA (PERSERO)
KEPALA KANTOR POS
JAKARTA 13000

Untuk diserahkan kepada:
**PUSAT FARMAKOVIGILANS/MESO NASIONAL**
Direktorat Pengawasan Distribusi Produk Terapetik & PKRT
Badan Pengawas Obat dan Makanan RI
Jl. Percetakan Negara No. 23, Kotak Pos No. 143 Jakarta 10560
Telp. : (021) 4244755 ext. 111, 4244691 ext 1072
Fax. : (021) 42883485
E-mail : pv-center@pom.go.id
Indonesia-MESO-BadanPOM@hotmail.com
Subsite : http://e-meso.pom.go.id

**PENGIRIM**

Nama :

Keahlian :

Alamat :

Nomor Telepon :

**PENJELASAN :**

1. Monitoring Efek Samping Obat (MESO) yang dilakukan di Indonesia bekerja sama dengan WHO-Uppsala Monitoring Center (*Collaborating Center for International Drug Monitoring*) yang dimaksudkan untuk memonitor semua efek samping obat yang dijumpai pada penggunaan obat.
2. Hasil evaluasi dari semua informasi yang terkumpul akan digunakan sebagai bahan untuk melakukan penilaian kembali obat yang beredar serta untuk melakukan tindakan pengamanan atau penyesuaian yang diperlukan.
3. Umpan balik akan dikirim kepada pelapor.

| No. | Pertanyaan/ Questions | Scale | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Ya/Yes | Tidak/No | Tidak Diketahui/ Unknown |
| 1 | Apakah ada laporan efek samping obat yang serupa? *(Are there previous conclusive reports on this reaction? )* | 1 | 0 | 0 |
| 2 | Apakah efek samping obat terjadi setelah pemberian obat yang dicurigai? *(Did the ADR appear after the suspected drug was administered?* | 2 | -1 | 0 |
| 3 | Apakah efek samping obat membaik setelah obat dihentikan atau obat antagonis khusus diberikan? *(Did the ADR improve when the drug was discontinued or a specific antagonist was administered?)* | 1 | 0 | 0 |
| 4 | Apakah Efek Samping Obat terjadi berulang setelah obat diberikan kembali? *(Did the ADR recure when the drug was readministered?)* | 2 | -1 | 0 |
| 5 | Apakah ada alternative penyebab yang dapat menjelaskan kemungkinan terjadinya efek samping obat? *(Are there alternative causes that could on their own have caused the reaction?)* | -1 | 2 | 0 |
| 6 | Apakah efek samping obat muncul kembali ketika plasebo diberikan? *(Did the ADR reappear when a placebo was given?)* | -1 | 1 | 0 |
| 7 | Apakah obat yang dicurigai terdeteksi di dalam darah atau cairan tubuh lainnya dengan konsentrasi yang toksik? *(Was the drug detected in the blood (or other fluids) in concentrations known to be toxic?)* | 1 | 0 | 0 |
| 8 | Apakah efek samping obat bertambah parah ketika dosis obat ditingkatkan atau bertambah ringan ketika obat diturunkan dosisnya? *(Was the ADR more severe when the dose was increased or less severe when the dose was decreased?)* | 1 | 0 | 0 |
| 9 | Apakah pasien pernah mengalami efek samping obat yang sama atau dengan obat yang mirip sebelumnya? *(Did the patient have a similar ADR to the same or similar drugs in any previous exposure?)* | 1 | 0 | 0 |
| 10 | Apakah efek samping obat dapat dikonfirmasi dengan bukti yang obyektif? *(Was the ADR confirmed by objective evidence? )* | 1 | 0 | 0 |
| | Total Score | | | |

**NARANJO PROBABILITY SCALE:**

| Score | Category |
|---|---|
| 9+ | Highly probable |
| 5 - 8 | Probable |
| 1 - 4 | Possible |
| 0- | Doubtful |

F.03

# FORM PENGAJUAN OBAT BARU
# RSUD Dr. SAIFUL ANWAR MALANG

1. Nama generik : .....
2. Nama dagang : .....
3. Bentuk & kekuatan sediaan : .....
4. Indikasi : .....
5. Fornas : a. Ya b. Tidak
6. E-katalog : a. Ya b. Tidak
7. Kriteria Usulan (Dipilih sesuai kebutuhan) : a. Menambah nama generik baru di FORS, karena .....

   (Harap dilampirkan *evidence base/international-national guideline)*

   b. Menambah nama dagang baru di FORS, karena .....

   c. Menambah bentuk/kekuatan sediaan baru, karena .....

   d. Efikasi (dibandingkan dg obat yg sudah tersedia) .....

   e. Safety (dibandingkan dg obat yg sudah tersedia) .....

   f. Harga (dibandingkan dg obat yg sudah tersedia) .....

   g. Lainnya, sebutkan .....
9. Perkiraan kebutuhan/bulan : a. Jumlah pasien : .....

   b. Dosis dan lama terapi : .....
10. Tercantum di PPK a. Ya b. Tidak

    Judul PPK .....

Mengetahui,
Kepala Instalasi / Ketua SMF

Malang,
DPJP yang mengusulkan