



2024

FORMULARIUM

PROVINSI KEPULAUAN RIAU



UPTD Instalasi Farmasi
Dinas Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau

 Komplek Perkantoran Pemprov Kepri Istana Kota Piring
Gedung Sultan Mahmud Riayat Syah Tanjungpinang

 uptdinstalasifarmasiprovkepri@gmail.com



dinkes.kepriprov.go.id
uptdinstalasifarmasi.kepriprov.go.id

KATA PENGANTAR

Puji Syukur Kami Ucapkan kehadiran Allah SWT karena atas rahmat dan hidayah-Nya sehingga tersusunlah buku pedoman penyusunan Formularium Provinsi Kepulauan Riau.

Saat ini kebutuhan akan standar obat-obatan merupakan suatu hal yang sangat penting khususnya di UPTD Instalasi Farmasi Dinas Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau. Buku ini akan menjadi acuan bagi UPTD Instalasi Farmasi Dinas Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau, FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat pertama) seperti Puskesmas, Apotek dan Klinik Yang bekerjasama dengan BPJS dalam hal pengadaan obat, disamping itu juga dapat berfungsi sebagai perangkat managerial guna meningkatkan penggunaan obat secara rasional, efektif dan efisien. Prinsip-prinsip yang diterapkan dalam penyusunan Formularium ini antara lain Menjamin aksesibilitas obat yang aman, berkhasiat, bermutu dan terjangkau dalam jenis dan jumlah yang cukup serta mendukung pelaksanaan jaminan kesehatan nasional / JKN.

Ucapan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kami sampaikan kepada semua pihak yang telah terlibat dalam penyusunan Formularium Provinsi Kepulauan Riau ini.

Tim Penyusun Formularium
Provinsi Kepulauan Riau

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR i

DAFTAR ISI..... ii

KEPUTUSAN GUBERNUR TENTANG TIM PENYUSUNAN FORMULARIUM PROVINSI KEPULAUAN RIAU 1

KEPUTUSAN GUBERNUR TENTANG FORMULARIUM PROVINSI KEPULAUAN RIAU 8

DAFTAR OBAT FORMULARIUM PROVINSI KEPULAUAN RIAU 13

1. ANALGESIK, ANTIPIRETIK, ANTIINFLAMASI NON STEROID, ANTIPIRAI 13

 1.1 ANALGESIK NARKOTIK..... 13

 1.2 ANALGESIK NON NARKOTIK..... 13

 1.3 ANTIPIRAI 13

 1.4 NYERI NEUROPATIK 14

2. ANESTETIK 14

 2.1 ANESTETIK LOKAL 14

 2.2 ANESTETIK UMUM dan OKSIGEN 14

 2.3 OBAT untuk PROSEDUR PRE OPERATIF 14

3. ANTIALERGI dan OBAT untuk ANAFILAKSIS..... 14

4. ANTIDOT dan OBAT LAIN untuk KERACUNAN..... 15

 4.1 KHUSUS..... 15

 4.2 UMUM..... 15

5. ANTIEPILEPSI - ANTIKONVULSI..... 16

6. ANTIINFEKSI..... 17

 6.1 ANTELMINTIK 17

 6.1.1 Antelmintik Intestinal 17

 6.1.2 Antifilaria 17

 6.2 ANTIBAKTERI 17

 6.2.1. Beta laktam..... 17

 6.2.2 Antibakteri Lain 18

 6.2.2.1 Tetrasiklin 18

 6.2.2.2 Kloramfenikol 19

 6.2.2.3 Sulfametoksazol-Trimetoprim 19

 6.2.2.4 Makrolid 19

 6.2.2.5 Aminoglikosida 19

 6.2.2.6 Kuinolon 19

 6.2.2.7 Linkosamid 20

 6.2.2.8 Lain-Lain..... 20

 6.3 ANTIINFEKSI KHUSUS 20

 6.3.1 Antilepra 20

 6.3.2 Antiframbusia 22

6.3.3 Antituberkulosis.....	22
6.3.4 Antiseptik Saluran Kemih.....	25
6.4 ANTIFUNGI.....	25
6.4.1 Antifungi Sistemik.....	25
6.4.2 ANTIFUNGI OROFARINGEAL.....	26
6.5 ANTIPROTOZOA.....	26
6.5.1 Antiamubiasis dan Antigiardiasis.....	26
6.5.2 Antimalaria.....	26
6.6 ANTIVIRUS.....	27
6.6.1 Antiherpes.....	27
6.6.2 Antiretroviral.....	27
6.6.2.1 Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NRTI).....	27
6.6.2.2 Non Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NNRTI).....	29
6.6.2.3 Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NRTI)+Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NNRTI).....	30
6.6.2.4 Protease Inhibitor.....	30
6.6.2.5 Integrase Inhibitor.....	31
6.6.2.6 Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor (NRTI)+Integrase Inhibitor.....	31
6.6.3 Antihepatitis.....	32
6.6.4 Anti Covid-19.....	35
7. ANTIMIGREN dan ANTIVERTIGO.....	35
7.1 ANTIMIGREN.....	35
7.1.1 Profilaksis.....	35
7.1.2 Serangan Akut.....	35
7.2 ANTIVERTIGO.....	36
8. ANTINEOPLASTIK DAN IMUNOMODULATOR.....	36
8.1 IMUNOSUPRESAN.....	36
8.2 LAIN-LAIN.....	36
9. ANTIPARKINSON.....	36
10. OBAT yang MEMENGARUHI DARAH.....	37
10.1 ANTIANEMI.....	37
10.2 OBAT yang MEMENGARUHI KOAGULASI.....	37
11. DIAGNOSTIK.....	38
11.1 TES FUNGSI.....	38
11.1.1 Mata.....	38
11.1.2 Tes Kulit.....	38
12. ANTISEPTIK dan DISINFEKTAN.....	38
12.1 ANTISEPTIK.....	38
12.2 DISINFEKTAN.....	38
13. OBAT dan BAHAN untuk GIGI.....	39
13.1 ANTISEPTIK dan BAHAN untuk PERAWATAN SALURAN AKAR GIGI.....	39

13.2 OBAT untuk PENCEGAHAN KARIES	39
13.3 BAHAN TUMPAT	40
13.4 PREPARAT LAINNYA	40
14. DIURETIK dan OBAT untuk HIPERTROFI PROSTAT	40
14.1 DIURETIK.....	40
15. HORMON, OBAT ENDOKRIN LAIN dan KONTRASEPSI.....	41
15.1 ANTIDIABETES.....	41
15.1.1 Antidiabetes Oral	41
15.1.2 Antidiabetes Parenteral	42
15.1.3 anti diabetik lainnya.....	46
15.2 HORMON KELAMIN dan OBAT yang MEMENGARUHI FERTILITAS.....	46
15.2.1 Kontrasepsi	46
15.2.1.1 Kontrasepsi, Oral	46
15.2.1.2 Kontrasepsi, Parenteral	46
15.2.1.3 Kontrasepsi, Implan.....	47
15.3 KORTIKOSTEROID	47
16. OBAT KARDIOVASKULAR	47
16.1 ANTIANGINA.....	47
16.2 ANTIARITMIA	48
16.3 ANTIHIPERTENSI	48
16.3.1 Antihipertensi Sistemik.....	48
16.4 ANTIAGREGASI PLATELET	50
16.5 OBAT untuk GAGAL JANTUNG	51
16.6 OBAT untuk SYOK KARDIOGENIK dan SEPSIS	52
16.7 ANTIHIPERLIPIDEMIA.....	53
17. OBAT TOPIKAL untuk KULIT	54
17.1 ANTIKNE	54
17.2 ANTIBAKTERI	54
17.3 ANTIFUNGI	54
17.4 ANTIINFLAMASI dan ANTIPRURITIK	55
17.5 ANTISKABIES dan ANTIPEDIKULOSIS	55
17.6 KERATOLITIK dan KERATOPLASTIK.....	55
17.7 LAIN-LAIN	55
18. LARUTAN ELEKTROLIT, NUTRISI, dan LAIN-LAIN	56
18.1 ORAL	56
18.2 PARENTERAL	56
18.3 LAIN-LAIN	56
19. OBAT untuk MATA	56
19.1 ANESTETIK LOKAL	56
19.2 ANTIMIKROBA	56
19.3 ANTIINFLAMASI	57
19.4 MIOTIK dan ANTIGLAUKOMA	57

19.5 LAIN-LAIN 57

20. OKSITOSIK 58

21. PSIKOFARMAKA 58

21.1 ANTIANSIETAS 58

21.2 ANTIDEPRESI 58

21.3 ANTIOBSESI KOMPULSI 59

21.4 ANTIPSIKOTIK 59

21.5 OBAT untuk GANGGUAN BIPOLAR 61

21.6 OBAT untuk PROGRAM KETERGANTUNGAN 62

22. OBAT untuk SALURAN CERNA 62

22.1 ANTASIDA dan ANTIULKUS 62

22.2 ANTIEMETIK 62

22.3 ANTIHEMOROID 63

22.4 ANTISPASMODIK 63

22.5 OBAT untuk DIARE 63

22.6 KATARTIK 64

23. OBAT untuk SALURAN NAPAS 64

23.1 ANTIASMA 64

23.2 ANTITUSIF 68

23.3 EKSPEKTORAN 68

23.4 OBAT untuk PENYAKIT PARU OBSTRUKSI KRONIS 68

24. OBAT yang MEMENGARUHI SISTEM IMUN 69

24.1 SERUM dan IMUNOGLOBULIN 69

24.2 VAKSIN 71

25. OBAT untuk TELINGA, HIDUNG, dan TENGGOROKAN 72

26. VITAMIN dan MINERAL 73



GUBERNUR KEPULAUAN RIAU

KEPUTUSAN GUBERNUR KEPULAUAN RIAU NOMOR 1410 TAHUN 2024

TENTANG

TIM PENYUSUNAN FORMULARIUM PROVINSI KEPULAUAN RIAU

GUBERNUR KEPULAUAN RIAU,

- Menimbang** : a. bahwa dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan perlu menjamin aksesibilitas sediaan farmasi, vaksin dan perbekalan kesehatan yang aman, berkhasiat, bermutu, dan terjangkau dalam jenis dan jumlah yang cukup;
- b. bahwa dalam rangka pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional perlu disusun daftar sediaan farmasi, vaksin dan perbekalan kesehatan dalam bentuk Formularium Provinsi;
- c. bahwa untuk menyusun Formularium Provinsi sebagaimana dimaksud dalam huruf b, maka perlu menetapkan Tim Penyusunan Formularium Provinsi Kepulauan Riau;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c perlu menetapkan Keputusan Gubernur Kepulauan Riau;
- Mengingat** : 1. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 1997 tentang Psikotropika (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1997 Nomor 10, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3671);
2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2002 tentang Pembentukan Provinsi Kepulauan Riau (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2002 Nomor 111, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4237);
3. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);

4. Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5062);
5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
6. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
7. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 135, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6952);
9. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 165) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 130) ;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1400) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 7 Tahun 2021 tentang Perubahan Keempat Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang

Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional
(Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 3);

- 11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2023 tentang Narkotika, Psikotropika dan Prekursor Farmasi (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 74);
- 12. Peraturan Daerah Provinsi Kepulauan Riau Nomor 4 Tahun 2021 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2021 Nomor 4, Tambahan Lembaran Daerah Provinsi Kepulauan Riau Nomor 55);
- 13. Peraturan Gubernur Kepulauan Riau Nomor 12 Tahun 2023 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas Dan Fungsi, Serta Tata Kerja Perangkat Daerah (Berita Daerah Provinsi Kepulauan Riau Tahun 2023 Nomor 909);
- 14. Peraturan Gubernur Kepulauan Riau Nomor 30 Tahun 2023 tentang Pembentukan dan Susunan Organisasi Unit Pelaksana Teknis Daerah Instalasi Farmasi Dinas Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau (Berita Negara Republik indonesia Tahun 2023 Nomor 927);

Memperhatikan : 1. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 189/MENKES/SK/III/2006 tentang Kebijakan Obat Nasional;

2. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/2197/2023 tentang Formularium Nasional;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

KESATU : Tim Penyusunan Formularium Provinsi Kepulauan Riau.

KEDUA : Tim sebagaimana dimaksud pada diktum KESATU disebutkan dalam Lampiran Keputusan ini.

KETIGA : Tim sebagaimana dimaksud pada diktum KESATU terdiri dari Tim Ahli, Tim Evaluasi, Tim Pelaksana, dan Tim *Review* yang masing-masing mempunyai tugas sebagai berikut :

- 1. Tim Ahli bertugas :
 - a. memberikan masukan teknis ilmiah dalam penyusunan Formularium Provinsi; dan

- b. melakukan penilaian terhadap usulan sediaan farmasi, vaksin dan perbekalan kesehatan yang akan dimasukkan dalam Formularium Provinsi.
2. Tim Evaluasi bertugas :
 - a. melakukan evaluasi daftar sediaan farmasi, vaksin dan perbekalan kesehatan dalam Formularium Provinsi; dan
 - b. memberikan dukungan teknis dalam penerapan kebijakan Formularium Provinsi yang telah ditetapkan.
3. Tim Pelaksana bertugas :
 - a. menyusun daftar sediaan farmasi, vaksin dan perbekalan kesehatan yang akan dimasukkan dalam Formularium Provinsi;
 - b. menginventarisasi dan mengompilasi usulan masukan daftar sediaan farmasi, vaksin dan perbekalan kesehatan yang akan dimasukkan dalam Formularium Provinsi;
 - c. menyiapkan rancangan Formularium Provinsi; dan
 - d. melaksanakan pendokumentasian, finalisasi dan pelaporan kegiatan penyusunan Formularium Provinsi.
4. Tim *Review* bertugas :
 - a. menyusun kajian evaluasi efikasi dan keamanan sediaan farmasi, vaksin dan perbekalan kesehatan dengan meminta pertimbangan tim ahli farmakologi dan epidemiologi klinik; dan
 - b. memberikan masukan teknis/ilmiah yang diperlukan Tim Evaluasi.

- KEEMPAT** : Tim sebagaimana dimaksud pada diktum KESATU, mulai melaksanakan tugasnya dari bulan September 2024 sampai dengan Desember Tahun 2024, kecuali Tim Evaluasi sampai dengan Desember Tahun 2025.
- KELIMA** : Tim sebagaimana dimaksud pada diktum KESATU menyampaikan laporan paling lambat 1 (satu) bulan setelah berakhir masa tugas kepada Kepala Dinas Kesehatan melalui Kepala UPTD Instalasi Farmasi Dinas Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau.
- KEENAM** : Dalam melaksanakan tugasnya Tim sebagaimana dimaksud pada diktum KESATU bertanggung jawab kepada Gubernur Kepulauan Riau.
- KETUJUH** : Segala biaya yang timbul dengan ditetapkannya Keputusan ini dibebankan pada DIPA UPTD Instalasi Farmasi Dinas Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau.

KEDELAPAN : Keputusan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Tanjungpinang
pada tanggal 18 September 2024



- Salinan** : Keputusan ini disampaikan kepada Yth :
- 1. Menteri Kesehatan Republik Indonesia di Jakarta;
 - 2. Wakil Gubernur Kepulauan Riau di Tanjungpinang;
 - 3. Sekretaris Daerah Provinsi Kepulauan Riau di Tanjungpinang;
 - 4. Inspektur Daerah Provinsi Kepulauan Riau di Tanjungpinang;
 - 5. Kepala Badan Perencanaan, Penelitian dan Pengembangan Provinsi Kepulauan Riau di Tanjungpinang;
 - 6. Kepala Biro Hukum Sekretariat Daerah Provinsi Kepulauan Riau di Tanjungpinang.
- Petikan** : Keputusan ini disampaikan kepada yang bersangkutan untuk diketahui dan dipergunakan sebagaimana mestinya

Lampiran : Keputusan Gubernur Kepulauan Riau
Nomor : 1410 Tahun 2024
Tanggal : 18 September 2024

TIM PENYUSUNAN FORMULARIUM PROVINSI KEPULAUAN RIAU

- I. PEMBINA** : Gubernur Kepulauan Riau
- II. PENASEHAT** : Dr. Moh. Bisri, SKM, M. Kes
(Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau)
- III. PENGARAH** : dr. Yosei Susanti, M.A.P
(SekretariS Dinas Kesehatan Provinsi Kepulauan Riau)
- IV. TIM PENYUSUNAN**
- A. Tim Ahli** : - dr. Fersia Iranita Liza, SpP, FISR
- dr. Guftaja Kusuma Negara, Sp. PD
- dr. Dwinita Vivianti, Sp. PD
- dr. Irham Taslim, M. Si., Sp. MK
- dr. Sudarsono, M. Ked (KK), Sp. KK
- dr. Purba Deo, Sp. KJ
- dr. Erwin Wibowo, M. Biomed, Sp. B
- dr. Muhammad Rizqa, M. Kes, Sp. A
- dr. Defri, Sp. OG
- dr. Andrew Parlautan, Sp. JP
- dr. Bambang Utoyo, M.A.P
- drg. Toni Masruri, Sp. PM
- Apt. Fifin Oktaviani. M.Sc
- Heldi Candra, M.Farm, Apt
- B. Tim Evaluasi** : 1. Indri Ayu Ningsih, S. Farm, M. Farm, Apt
2. Lili Sartika S.Farm, M.Farm, Apt
3. Ikha Rahardiantini, S.Farm, M.Farm, Apt
4. Hj. Akhtika, S. Si, Apt, M.A.P
5. Warni, S. Farm, Apt
6. Wina Aumeilia, S. Farm, Apt
- C. Tim Pelaksana** : 1. Nurgaya Aristantya, S.Farm, Apt
2. Wiwin Trioktoriana, AMF, S. KL
3. Ratna Sari Harahap, S. Farm, Apt
4. Theofinus, S.Si, Apt
5. Yeti Hastuti, S.Farm, Apt
6. Nofriandi, S. Farm, Apt
7. Vincha RG Anda, S.Farm
8. Tria Handayani.S. Farm, Apt
9. Fitria Syarini
10. Marhamah, S. Farm
11. Lizawati, S.Farm, Apt
12. Eko Prema Sungkono, S.Farm, Apt
13. Nila Nurmalasari., S.Farm, Apt
14. dr. Sterilla Vidiana

D. Tim Review

- :
1. Susilo Budi Hartanto, S. Si, Apt, M.M
 2. Arsenila Dewi Pramanti S.Farm, M.Farm.Klin, Apt
 3. Sumiyati, S. Si, Apt
 4. Aida Agusniman, S. KL
 5. Vita Dianawati, Amd. Kep
 6. Uun Yulis Ramdani, S.E
 7. Iffah Lathifah, S. Kom





GUBERNUR KEPULAUAN RIAU

KEPUTUSAN GUBERNUR KEPULAUAN RIAU NOMOR 1411 TAHUN 2024

TENTANG

FORMULARIUM PROVINSI KEPULAUAN RIAU

GUBERNUR KEPULAUAN RIAU,

- Menimbang** :
- a. bahwa dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan perlu menjamin aksesibilitas sediaan farmasi, vaksin dan perbekalan kesehatan yang aman, berkhasiat, bermutu, dan terjangkau dalam jenis dan jumlah yang cukup;
 - b. bahwa dalam rangka pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional perlu disusun daftar sediaan farmasi, vaksin dan perbekalan kesehatan dalam bentuk Formularium Provinsi;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf b, maka perlu menetapkan Formularium Provinsi Kepulauan Riau;
 - d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c perlu menetapkan Keputusan Gubernur Kepulauan Riau;
- Mengingat** :
- 1. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 1997 tentang Psikotropika (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1997 Nomor 10, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3671);
 - 2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2002 tentang Pembentukan Provinsi Kepulauan Riau (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2002 Nomor 111, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4237);
 - 3. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
 - 4. Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5062);
 - 5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik

Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);

6. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
7. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 135, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6952);
9. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 165) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 64 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 130) ;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1400) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 7 Tahun 2021 tentang Perubahan Keempat Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 3);
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2023 tentang Narkotika, Psikotropika dan Prekursor Farmasi (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 74);

- Memperhatikan :**
1. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 189/MENKES/SK/III/2006 tentang Kebijakan Obat Nasional;
 2. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/2197/2023 tentang Formularium Nasional;

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan :**
- KESATU :** Formularium Provinsi Kepulauan Riau.
- KEDUA :** Ketentuan Formularium Provinsi sebagaimana dimaksud pada diktum KESATU disebutkan dalam Lampiran I Keputusan ini.
- KETIGA :** Formularium Provinsi sebagaimana dimaksud pada diktum KESATU merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan digunakan sebagai acuan pada pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.
- KEEMPAT :** Daftar obat sebagaimana dimaksud pada diktum KETIGA disebutkan dalam Lampiran II Keputusan ini.
- KELIMA :** Daftar obat esensial nasional sebagaimana dimaksud pada diktum KETIGA harus diterapkan secara konsisten dan terus-menerus dalam pemberian pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan.
- KEENAM :** Dalam hal obat yang dibutuhkan tidak tercantum dalam Formularium Provinsi, dapat digunakan obat lain secara terbatas sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- KETUJUH :** Keputusan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Tanjungpinang
pada tanggal 9 Desember 2024

GUBERNUR KEPULAUAN RIAU,



ANSAR AHMAD

- Salinan :** Keputusan ini disampaikan kepada Yth :
1. Menteri Kesehatan Republik Indonesia di Jakarta;
 2. Wakil Gubernur Kepulauan Riau di Tanjungpinang;
 3. Sekretaris Daerah Provinsi Kepulauan Riau di Tanjungpinang;
 4. Inspektur Daerah Provinsi Kepulauan Riau di Tanjungpinang;
 5. Kepala Badan Perencanaan, Penelitian dan Pengembangan Provinsi Kepulauan Riau di Tanjungpinang;
 6. Kepala Biro Hukum Sekretariat Daerah Provinsi Kepulauan Riau di Tanjungpinang.

KETENTUAN FORMULARIUM PROVINSI KEPULAUAN RIAU

Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat sesuai dengan kebutuhan medis. Dalam mendukung pelaksanaan tersebut, Provinsi Kepulauan Riau berupaya untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan aksesibilitas obat dengan menyusun Formularium Provinsi yang akan digunakan sebagai acuan dalam pelayanan kesehatan.

Tujuan utama pengaturan obat dalam Formularium Provinsi adalah meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, melalui peningkatan efektivitas dan efisiensi pengobatan sehingga tercapai penggunaan obat rasional di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama. Bagi tenaga kesehatan, Formularium Provinsi bermanfaat sebagai “acuan” bagi penulis resep, mengoptimalkan pelayanan kepada pasien, memudahkan perencanaan, dan penyediaan obat di fasilitas pelayanan kesehatan. Dengan adanya Formularium Provinsi maka pasien akan mendapatkan obat terpilih yang tepat, berkhasiat, bermutu, aman dan terjangkau, sehingga akan tercapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Oleh karena itu, obat yang tercantum dalam Formularium Provinsi harus dijamin ketersediaan dan keterjangkauannya.

Ada beberapa ketentuan terkait dengan penggolongan obat, penulisan nama obat, ketentuan restriksi, serta peresepan maksimal. Adapun ketentuan penulisan Formularium Provinsi Kepulauan Riau adalah sebagai berikut:

- a. Sistematisa penggolongan nama obat didasarkan pada kelas terapi, subkelas terapi, sub-subkelas terapi, nama generik obat, sediaan/kekuatan, restriksi, tingkat fasilitas kesehatan dan peresepan maksimal.
- b. Penulisan nama obat disusun berdasarkan abjad nama obat dan dituliskan sesuai Farmakope Indonesia edisi terakhir. Jika tidak ada dalam Farmakope Indonesia, maka digunakan International Non-proprietary Names (INN)/nama generik yang diterbitkan WHO. Obat yang sudah lazim digunakan dan tidak mempunyai nama INN (generik) ditulis dengan nama lazimnya. Obat kombinasi yang tidak mempunyai nama INN (generik) diberi nama yang disepakati sebagai nama generik untuk kombinasi dan dituliskan masing-masing komponen zat berkhasiatnya disertai kekuatan masing-masing komponen. Untuk beberapa hal yang dianggap perlu nama sinonim, dituliskan di antara tanda kurung.
- c. Satu jenis obat dapat tercantum dalam beberapa kelas terapi, subkelas atau sub-subkelas terapi sesuai indikasi medis. Satu jenis obat dapat terdiri dari beberapa bentuk sediaan dan satu bentuk sediaan dapat terdiri dari beberapa jenis kekuatan.
- d. Tanda simbol [P] menunjukkan bahwa obat tersebut pengadaannya disediakan oleh Program Kementerian Kesehatan atau Program Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana dengan ketentuan sebagai berikut:

- 1) Apabila tercantum di belakang nama zat aktif, maka ketentuan ini berlaku untuk semua kekuatan dan bentuk sediaan zat aktif tersebut.
 - 2) Apabila tercantum di belakang masing-masing kekuatan atau bentuk sediaan zat aktif tertentu, maka ketentuan ini berlaku hanya untuk kekuatan atau bentuk sediaan zat aktif tersebut.
- e. Tanda simbol [Ca] yang tercantum di belakang nama zat aktif menunjukkan bahwa obat antineoplastik dan imunomodulator digunakan untuk terapi Kanker.
- f. Tanda bintang (*) menunjukkan bahwa obat tersebut dapat disediakan dan diberikan oleh FPKTP atau apotek yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan untuk program rujuk balik dengan ketentuan sebagai berikut:
- 1) Apabila tercantum di belakang nama zat aktif, maka ketentuan ini berlaku untuk semua kekuatan dan bentuk sediaan zat aktif tersebut.
 - 2) Apabila tercantum di belakang masing-masing kekuatan atau bentuk sediaan zat aktif tertentu, maka ketentuan ini berlaku hanya untuk kekuatan atau bentuk sediaan zat aktif tersebut.
- g. Penulisan restriksi dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut:
- 1) Apabila tercantum di bawah kelas terapi/sub kelas terapi, maka ketentuan ini berlaku untuk semua item obat yang termasuk di dalam kelas terapi/sub kelas terapi tersebut.
 - 2) Apabila tercantum di bawah nama zat aktif, maka ketentuan ini berlaku untuk semua kekuatan dan bentuk sediaan zat aktif tersebut.
 - 3) Apabila tercantum di bawah masing-masing kekuatan atau bentuk sediaan zat aktif tertentu, maka ketentuan ini berlaku hanya untuk kekuatan atau bentuk sediaan zat aktif tersebut.
- h. Peresepan maksimal dituliskan di samping masing-masing kekuatan dan/atau bentuk sediaan zat aktif.
- i. Tanda centang (✓) dalam kolom OEN menunjukkan obat yang termasuk dalam obat esensial.



DAFTAR OBAT FORMULARIUM PROVINSI KEPULAUAN RIAU

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
1. ANALGESIK, ANTIPIRETIK, ANTIINFLAMASI NON STEROID, ANTIPIRAI				
1.1 ANALGESIK NARKOTIK				
1	kodein			
	1	tab 10 mg	- FPKTP: 30 tab/bulan. - FPKTL: 90 mg/hari.	√
	2	tab 20 mg		√
1.2 ANALGESIK NON NARKOTIK				
1	asam mefenamat			
	1	kaps 250 mg	30 kaps/bulan.	
	2	tab 500 mg	30 tab/bulan.	
2	ibuprofen			
	1	tab 200 mg*	30 tab/bulan.	√
	2	tab 400 mg*	- Untuk nyeri akut: 14 tab/kasus. - Untuk nyeri kronis: 60 tab/bulan.	√
	3	susp 100 mg/5 Ml*	1 btl/kasus.	√
	4	susp 200 mg/5 mL*	1 btl/kasus.	√
3	natrium diklofenak			
	1	tab sal enterik 25 mg*	30 tab/bulan.	√
	2	tab sal enterik 50 mg*	30 tab/bulan.	√
4	parasetamol			
	1	tab 500 mg	180 tab/bulan.	√
	2	sir 120 mg/5 mL	2 btl/kasus.	√
	3	drops 100 mg/mL	1 btl/kasus.	√
5	meloxicam			
	1	tab 7.5 mg		
	2	Tab 15 mg		
1.3 ANTIPIRAI				
1	alopurinol			
	Tidak diberikan pada saat nyeri akut.			
	1	tab 100 mg*	30 tab/bulan.	√

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
	2	tab 300 mg	60 tab/bulan.	√
2	kolkisin			
	1	tab 500 mcg	30 tab/bulan.	√
3	Piroksikam			
	1	tab 10 mg	60 tab/bulan.	
	2	tab 20 mg	30 tab/bulan	
1.4 NYERI NEUROPATIK				
1	amitriptilin			
	1	tab 25 mg	30 tab/bulan.	
2	karbamazepin			
	Hanya untuk neuralgia trigeminal.			
	1	tab 200 mg	120 tab/bulan.	
2. ANESTETIK				
2.1 ANESTETIK LOKAL				
1	etil klorida			
	1	spray 100 mL		√
2	lidokain			
	1	inj 2%		√
	2	gel 2%		√
	3	spray topikal 10%		√
3	lidokain Kombinasi : lidokain 2% + epinefrin 1:80.000, inj 2 Ml			
2.2 ANESTETIK UMUM dan OKSIGEN				
1	oksigen			
	1	inhalasi, gas dalam tabung		√
2.3 OBAT untuk PROSEDUR PRE OPERATIF				
1	atropin			
	1	inj 0,25 mg/mL (i.v./s.k.)		√
2	diazepam			
	1	inj 5 mg/mL		√
3. ANTIALERGI dan OBAT untuk ANAFILAKSIS				
1	deksametason			
	1	inj 5 mg/mL	20 mg/hari.	√
2	difenhidramin			

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
	1	inj 10 mg/mL (i.v./i.m.)	30 mg/hari.	√
3	epinefrin (adrenalin)			
	1	inj 1 mg/mL		√
4	hidrokortison			
	1	inj 100 mg		
5	klorfeniramin			
	1	tab 4 mg	3 tab/hari, maks 5 hari.	√
6	loratadin			
	1	tab 10 mg	- Urtikaria akut: 1 tab/hari, maks 5 hari, dilakukan di FPKTP. - Urtikaria kronik: maks 30 tab/bulan, hanya dilakukan di FPKTL.	
7	setirizin			
	1	tab 10 mg	- Urtikaria akut: 1 tab/hari, maks 5 hari. - Urtikaria kronik: maks 30 tab/bulan.	√
	2	sir 5 mg/5 mL	1 btl/kasus.	√
4. ANTIDOT dan OBAT LAIN untuk KERACUNAN				
4.1 KHUSUS				
1	atropin			
	1	tab 0,5 mg		
	2	inj 0,25 mg/mL (i.v.)		√
2	kalsium glukonat			
	1	inj 10%		√
3	n-asetil sistein			
	Untuk keracunan parasetamol yang disengaja atau tiba-tiba			
	1	inf 200 mg/mL	Maks. 3 hari	
4	natrium bikarbonat			
	1	tab 500 mg		√
5	natrium tiosulfat			
	1	inj 25% (i.v.)		√
4.2 UMUM				
1	magnesium sulfat			
	1	serb		√

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
5. ANTIEPILEPSI - ANTIKONVULSI				
1	diazepam			
	1	inj 5 mg/mL	10 amp/kasus, kecuali untuk kasus di ICU.	√
		Tidak untuk i.m.		
	2	enema 5 mg/2,5 mL	2 tube/hari, bila kejang	√
	3	enema 10 mg/2,5 mL	2 tube/hari, bila kejang.	√
2	fenitoin			
	1	kaps 30 mg*	90 kaps/bulan.	
	2	kaps 100 mg*	120 kaps/bulan.	√
	3	inj 50 mg/mL		√
3	fenobarbital			
	1	tab 30 mg*	120 tab/bulan.	√
	2	tab 100 mg*	60 tab/bulan.	√
	3	inj 50 mg/mL	40 mg/kgBB.	√
4	karbamazepin*			
	1	tab 200 mg	120 tab/bulan.	√
	2	sir 100 mg/5 mL	4 btl/bulan.	√
5	magnesium sulfat			
	Hanya untuk kejang pada preeklampsia atau eklampsia. Tidak digunakan untuk kejang lainnya.			
	1	inj 20% (i.v.)		√
	2	inj 40% (i.v.)		√
6	Okskarbazepin*			
	1	tab 300 mg		
	2	tab 600 mg		
	3	susp 60 mg/mL*		
7	valproat*			
	Dapat digunakan untuk epilepsi umum (<i>general epilepsy</i>).			
	1	tab lepas lambat 250 mg	120 tab/bulan.	√
	2	tab lepas lambat 500 mg	120 tab/bulan.	√
	3	tab sal enterik 250 mg	90 tab/bulan.	√
	4	sir 250 mg/5 mL	5 btl/bulan.	√

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
6. ANTIINFEKSI				
6.1 ANTELMINTIK				
6.1.1 Antelmintik Intestinal				
1	albendazol			
	1	tab 400 mg		√
	2	susp 200 mg/5 mL		
	3	susp 400 mg/10 mL		√
2	mebendazol			
	1	tab 100 mg		√
	2	tab 500 mg		√
	3	sir 100 mg/5 mL		√
3	pirantel pamoat			
	1	tab 125 mg		
	2	tab 250 mg		√
	3	susp 125 mg/5 mL		√
4	prazikuantel			
	1	tab 600 mg		√
6.1.2 Antifilaria				
1	dietilkarbamazin			
	1	tab 100 mg		√
		Tidak digunakan untuk ibu hamil atau ibu menyusui.		
2	Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.			
	ivermektin ^[P]			
	1	tab 3 mg		√
6.2 ANTIBAKTERI				
6.2.1. Beta laktam				
1	amoksisilin			
	1	tab 250 mg	10 hari.	√
	2	tab 500 mg	10 hari.	√
	3	drops 100 mg/mL	1 btl/kasus.	
	4	sir kering 125 mg/5 mL	1 btl/kasus.	√
	5	sir kering 250 mg/5 mL	1 btl/kasus.	√

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
2	ampisilin			
	1	inj 250 mg (i.m./i.v.)	10 hari.	√
	2	inj 1.000 mg (i.v.)	10 hari.	√
3	benzatin benzilpenisilin			
	1	inj 1,2 juta IU/mL (i.m.)	2 vial/bulan.	√
	2	inj 2,4 juta IU/mL (i.m.)	1 vial/bulan.	√
4	fenoksimetil penisilin (penisilin V)			
	1	tab 250 mg	40 tab/bulan.	√
	2	tab 500 mg	20 tab/bulan.	√
5	prokain benzilpenisilin			
	1	inj 3 juta IU (i.m.)	3 vial/kasus.	√
6	sefadroksil			
	1	kaps 250 mg	5 hari.	√
	2	kaps 500 mg	5 hari.	√
	3	drops 150 mg/mL	1 btl/kasus.	
	4	sir kering 125 mg/5 mL	1 btl/kasus.	√
	5	sir kering 250 mg/5 mL	1 btl/kasus.	√
7	sefiksim			
	1	kapsul 100 mg		√
	2	kapsul 200 mg		√
6.2.2 Antibakteri Lain				
6.2.2.1 TETRASIKLIN				
1	doksisiklin			
	Tidak digunakan untuk anak usia < 6 tahun, ibu hamil, atau ibu menyusui.			
	1	kaps 100 mg	- 2 kaps/hari selama 10 hari. - Acne vulgaris: 50-100 mg/ hari hingga 12 minggu	√
2	tetrasiklin			
	Tidak digunakan untuk anak usia < 6 tahun, ibu hamil, atau ibu menyusui.			
	1	kaps 250 mg	4 kaps/hari selama 5 hari.	√
	2	kaps 500 mg		√

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
6.2.2.2 KLORAMFENIKOL				
1	kloramfenikol			
	1	kaps 250 mg	- 4 kaps/hari selama 5 hari. - Untuk meningitis: Anak: 2 g/hari selama 14 hari. Dewasa: 4 g/hari selama 14 hari.	√
	2	susp 125 mg/5 mL	- 5 hari. - Untuk meningitis: maks 14 hari.	√
	3	inj 1.000 mg	14 hari.	√
6.2.2.3 SULFAMETOKSAZOL-TRIMETOPRIM				
1	kotrimoksazol (dewasa)			
	1	tab 400/80 mg	4 tab/hari selama 10 hari kecuali pada <i>immunocompromised</i> selama 21 hari.	√
2	kotrimoksazol forte (dewasa)			
	1	tab 800/160 mg	- Profilaksis pada pasien HIV: 1 tab/hari sampai CD4 > 200 sel/mikroliter. - Infeksi yang sensitif terhadap kotrimoksazol: 2 tab/hari selama 10 hari. - PCP: 3-6 tab/hari selama 21-28 hari.	√
3	kotrimoksazol			
	1	susp 200/40 mg per 5 mL	5 hari.	√
6.2.2.4 MAKROLID				
1	eritromisin			
	1	tab/kaps 250 mg	- 4 tab/kaps per hari selama 5 hari.	√
	2	tab/kaps 500 mg	- Untuk <i>Streptococcus pyogenes</i> dan difteri: 10 hari.	√
	3	sir kering 200 mg/5 mL	- 5 hari. - Untuk <i>Streptococcus pyogenes</i> dan difteri: 10 hari.	√
6.2.2.5 AMINOGLIKOSIDA				
1	streptomisin			
	1	serb inj 1.000 mg		
6.2.2.6 KUINOLON				
1	siprofloksasin			
	Tidak digunakan untuk pasien usia < 18 tahun, ibu hamil, atau ibu menyusui.			

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
	1	tab 500 mg		√
2	levofloksasin			
	1	tablet 100 mg		
	2	tablet 250 mg		
	3	tablet 500 mg		
6.2.2.7 LINKOSAMID				
1	klindamisin			
	1	kaps 150 mg	4 kaps/hari selama 5 hari kecuali untuk toksoplasmosis selama 6 minggu	√
	2	kaps 300 mg	- 4 kaps/hari selama 5 hari kecuali untuk toksoplasmosis 8 kaps/hari selama 6 minggu. - Untuk abses paru atau empiema: 3-4 kaps/hari selama 14 hari.	
6.2.2.8 LAIN-LAIN				
1	Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.			
	Kombipak/paket azitromisin dan sefiksim ^[P]			
	Digunakan untuk pasien infeksi menular seksual jenis gonorrhoe, klamidia, urethritis, servitis.			
	Paduan dalam bentuk paket Kombipak terdiri dari:			
	a)	azitromisin tab 500 mg (2 tab)		
	b)	sefiksim tab 200 mg (2 tab)		
2	metronidazol		Untuk infeksi akibat bakteri anaerob, dapat diberikan maksimum 2 minggu/kasus, kecuali pada kasus abses paru, otak, hepar dan organ lain disesuaikan dengan kebutuhan pasien.	
	1	tab 250 mg		√
	2	tab 500 mg		√
	3	susp 125 mg/5 mL		√
6.3 ANTIINFEKSI KHUSUS				
6.3.1 Antilepra				
1	dapson			
	1	tab 100 mg		√
2	klofazimin			
	1	kaps dalam minyak 50 mg		

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
	2	kaps dalam minyak 100 mg		√
3	Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.			
	Kombipak kusta tipe <i>multibasiler</i> (MB) untuk anak ^[P]			
	a)	Hanya diberikan pada penderita kusta tipe MB anak usia 10 -15 tahun.		
	b)	Dosis 1 blister untuk 28 hari selama 12 bulan.		
	c)	Dosis bulanan (hari pertama) rifampisin 450 mg, dapson 50 mg, dan klofazimin 150 mg.		
	d)	Dosis harian (hari ke-2 hingga ke-28), dapson 50 mg per hari dan klofazimin 50 mg setiap 2 hari.		
	Paduan dalam bentuk paket Kombipak untuk anak terdiri dari:			
	a.	rifampisin tab 300 mg (1 tab)		
	b.	rifampisin tab 150 mg (1 tab)		
	c.	dapson tab 50 mg (28 tab)		
	d.	klofazimin tab 50 mg (16 tab)		
4	Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.			
	Kombipak kusta tipe <i>multibasiler</i> (MB) untuk dewasa ^[P]			
	a)	Hanya diberikan pada penderita kusta tipe MB dewasa usia ≥ 15 tahun.		
	b)	Dosis 1 blister untuk 1 bulan (28 hari) selama 12 bulan.		
	c)	Dosis bulanan (hari pertama) rifampisin 600 mg, 100 mg, dan klofazimin 300 mg.		
	d)	Dosis harian (hari ke-2 hingga ke-28) dapson 100 mg per hari dan lofazimin 50 mg per hari.		
	Paduan dalam bentuk paket Kombipak untuk anak terdiri dari:			
	a.	rifampisin tab 300 mg (2 tab)		
	b.	dapson tab 100 mg (28 tab)		
	c.	klofazimin tab 50 mg (27 tab)		
	d.	klofazimin tab 100 mg (3 tab)		
5	Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.			
	Kombipak kusta tipe <i>pausibasiler</i> (PB) untuk anak ^[P]			
	a)	Hanya diberikan pada penderita kusta tipe PB Anak usia 10 -15 tahun. Dosis 1 blister untuk 28 hari selama 6 bulan.		

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
	b)	Dosis bulanan (hari pertama) rifampisin 450 mg dan dapson 50 mg.		
	c)	Dosis harian (hari ke-2 hingga ke-28) dapson 50 mg per hari.		
	<i>Paduan dalam bentuk paket Kombipak untuk anak terdiri dari:</i>			
	a.	rifampisin tab 300 mg (1 tab)		
	b.	rifampisin tab 150 mg (1 tab)		
	c.	dapson tab 50 mg (28 tab)		
6	<i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i>			
	Kombipak kusta tipe <i>pausibasiler</i>			
	(PB) untuk dewasa ^[P]			
	a)	Hanya diberikan pada penderita kusta tipe PB dewasa usia ≥ 15 tahun.		
	b)	Dosis 1 bister untuk 28 hari selama 6 bulan.		
	c)	Dosis bulanan (hari pertama) rifampisin 600 mg dan dapson 100 mg.		
	d)	Dosis harian (hari ke-2 hingga ke-28) dapson 100 mg per hari.		
	<i>Paduan dalam bentuk paket Kombipak untuk anak terdiri dari:</i>			
	a.	rifampisin tab 300 mg (2 tab)		
	b.	dapson tab 100 mg (28 tab)		
7	<i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i>			
	rifampisin ^[P]			
	1	kaps 300 mg		√
	2	kaps 450 mg		
	3	kaps 600 mg		
6.3.2 Antiframbusia				
1	<i>Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.</i>			
	azitromisin ^[P]			
	Dapat diberikan pada penderita frambusia dan kontakannya sesuai dengan Permenkes No. 8 Tahun 2017 tentang radikasi Frambusia.			
	1	tab sal selaput 500 mg		
6.3.3 Antituberkulosis				
<i>Catatan:</i>				
a)	<i>Disediakan oleh Program Kemenkes.</i>			

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN			PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
b)	Penggunaan sesuai dengan Program Nasional Pengendalian TB.				
1	isoniazid ^[P]				
	1	tab 100 mg		10 mg/kgBB, maks 6 bulan setiap hari.	√
		Dapat digunakan untuk profilaksis TB pada anak.			
	2	tab 300 mg		1 tab (300 mg)/hari, maks 6 bulan.	√
		Dapat digunakan untuk profilaksis TB pada ODHA dewasa.			
2	kombinasi KDT/FDC mengandung: ^[P]				
	a.	isoniazid	300 mg		
	b.	rifapentin	300 mg		
	a)	Digunakan untuk terapi pencegahan TB pada pasien ODHIV.			
		Kontra indikasi pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT): anak dibawah 2 tahun, ibu hamil, ODHIV yang mengkonsumsi antiretroviral jenis nevirapin atau lopinavir-ritonavir.			
	1	tab		3 x 1 selama 12 minggu (diminum 1 minggu sekali).	√
3	OAT KDT Kategori 1 ^[P]				
	Paduan dalam bentuk Kombinasi Dosis Tetap (KDT/FDC) untuk Dewasa terdiri dari:				
	4 KDT/FDC mengandung:			Digunakan pada: a) Pengobatan TB tahap awal: 1 tab/15 kgBB, maks selama 2 bulan pertama.b) Pengobatan TB tahap lanjutan: 1 tab/15 kgBB, maks selama 4 bulan tahap lanjutan, pemberian setiap hari.c) Dapat diperpanjang bila perlu.	
	a.	rifampisin	150 mg		
	b.	isoniazid	75 mg		
	c.	pirazinamid	400 mg		
	d.	etambutol	275 mg		
	1	tab			√
	2 KDT/FDC mengandung:				
	a.	rifampisin	150 mg		
	b.	isoniazid	75 mg		
	1	tab			√
4	OAT KDT Kategori 1 ^[P]				
	Paduan dalam bentuk Kombinasi Dosis Tetap (KDT/FDC) untuk Dewasa terdiri dari:				

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN			PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
	4 KDT/FDC mengandung:			Digunakan pada: a) Pengobatan TB tahap awal: 1 tab/15 kgBB, maks selama 2 bulan pertama. b) Pengobatan TB tahap lanjutan: 1 tab/15 kgBB, maks selama 4 bulan tahap lanjutan, pemberian 3x seminggu. c) Dapat diperpanjang bila perlu.	
	a.	rifampisin	150 mg		
	b.	isoniazid	75 mg		
	c.	pirazinamid	400 mg		
	d.	etambutol	275 mg		
		1	tab		√
	2 KDT/FDC mengandung:				
	a.	rifampisin	150 mg		
	b.	isoniazid	150 mg		
		1	tab		√
5	OAT KDT Kategori Anak ^[P]				
	Paduan dalam bentuk Kombinasi Dosis Tetap (KDT/FDC) untuk Anak terdiri dari:				
	3 KDT/FDC mengandung:				
	a.	rifampisin	75 mg	Digunakan pada pengobatan TB tahap awal. 1 tab/5-8 kgBB, maks 2 bulan pertama, pemberian setiap hari.	
	b.	isoniazid	50 mg		
	c.	pirazinamid	150 mg		
		1	tab		√
	2 KDT/FDC mengandung:				
	a.	rifampisin	75 mg	Digunakan pada pengobatan TB tahap lanjutan. 1 ab/5-8 kgBB, maks 4 bulan tahap lanjutan, pemberian setiap hari.	
	b.	isoniazid	50 mg		
	1	tab	√		
6	OAT Kombipak Kategori 1 ^[P]				√
	Diberikan untuk pasien TB yang tidak bisa menggunakan OAT bentuk FDC/KDT.				
	Paduan dalam bentuk paket Kombipak untuk dewasa terdiri dari:				
	Kombipak II terdiri dari:			Digunakan pada pengobatan TB tahap awal. Kategori 1: Maks 448 tab (56 blister) selama 2 bulan pertama, pemberian setiap hari.	
	a.	rifampisin	kapl 450 mg		
	b.	isoniazid	tab 300 mg		
	c.	pirazinamid	tab 500 mg		
	d.	etambutol	tab 250 mg		
	Kombipak III terdiri dari:				
	a.	rifampisin	kapl 450 mg	Digunakan pada	

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN			PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
	b.	isoniazid	tab 300 mg	pengobatan TB tahap lanjutan. Kategori 1: Maks 144 tab selama 4 bulan (48 blister Kombipak III), pemberian 3x seminggu.	
7	OAT Kombipak Kategori Anak ^[P]				√
	Diberikan untuk pasien TB yang tidak bisa menggunakan OAT bentuk FDC/KDT.				
	Paduan dalam bentuk paket Kombipak untuk anak terdiri dari:				
	Kombipak A terdiri dari:				
	a.	rifampisin	kapl 75 mg	Digunakan pada pengobatan TB tahap awal. Maks 280 tab (28 sachet Kombipak A) selama 2 bulan pertama pemberian setiap hari.	
	b.	isoniazid	tab 100 mg		
	c.	pirazinamid	tab 200 mg		
	Kombipak B terdiri dari:				
	a.	rifampisin	kapl 75 mg	Digunakan pada pengobatan TB tahap lanjutan. Maks 336 tab selama 4 bulan lanjutan pemberian setiap hari.	
	b.	isoniazid	tab 100 mg		
8	rifapentin ^[P]				
	Digunakan untuk pengobatan pencegahan TB.				
	1	tab 150 mg			√
9	streptomisin ^[P]				
	a)	Untuk kombinasi pengobatan pasien TB Kambuh BTA (+).			
	b)	Digunakan untuk paduan pengobatan TB Resistan Obat.			
	1	serb inj 1.000 mg		- 15 mg/kgBB maks 2 bulan pertama pemberian setiap hari. - Untuk TB RO: 12–18 mg/kgBB, maks 8 bulan.	
6.3.4 Antiseptik Saluran Kemih					
1	metenamin mandelat (heksamin mandelat)				
	1	tab sal enterik 500 mg			
6.4 ANTIFUNGI					
6.4.1 Antifungi Sistemik					
1	griseofulvin				
	1	tab 125 mg			√
	2	tab 250 mg			√
	3	tab 500 mg			√

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
2	ketokonazol			
	1	tab 200 mg	Maks 30 tab/kasus.	√
3	nistatin			
	1	tab 500.000 IU	30 tab/bulan.	√
	2	tab 100.000 IU	30 tab/bulan.	
	3	susp 100.000 IU/mL	2 btl/kasus untuk 1 minggu.	√
6.4.2 ANTIFUNGI OROFARINGEAL				
1	nistatin			
	1	susp 100.000 IU/mL		√
6.5 ANTIPROTOZOA				
6.5.1 Antiamubiasis dan Anti giardiasis				
1	metronidazol			
	1	tab 250 mg		√
	2	tab 500 mg		√
	3	susp 125 mg/5 mL		√
6.5.2 Antimalaria				
Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.				
1	artesanat ^[P]			
	a)	Diberikan pada malaria berat.		
	b)	Khusus di FPKTP, pemberian hanya 1 kali yang segera dirujuk ke FPKTL.		
	1	inj 60 mg (i.v./i.m.)		√
2	doksisiklin ^[P]			
	1	kaps 100 mg		√
3	kombinasi KDT/FDC mengandung: ^[P]			
	a.	artemether 20 mg		
	b.	lumefantrin 120 mg		
	Terapi lini kedua untuk malaria falsiparum.			
	1	tab		√
4	kombinasi KDT/FDC mengandung: ^[P]			
	a.	dihidroartemisinin 20 mg		
	b.	piperakuin 160 mg		
	1	tab dispersible		√
5	kombinasi KDT/FDC mengandung: ^[P]			

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN			PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
	a.	dihidroartemisinin	40 mg		
	b.	piperakuin	320 mg		
	1	tab			√
6	kuinin ^[P]				
	1	tab 200 mg			√
		Untuk terapi lini kedua pada malaria.			
7	primakuin ^[P]				
	1	tab 15 mg			√
6.6 ANTIVIRUS					
6.6.1 Antiherpes					
1	asiklovir				
	1	tab 200 mg			√
	2	tab 400 mg			√
	3	krim 5%			
6.6.2 Antiretroviral					
6.6.2.1 NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITOR (NRTI)					
Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.					
1	kombinasi KDT/FDC mengandung: ^[P]				
	a.	abakavir	120 mg		
	b.	lamivudin	60 mg		
	a)	Dapat digunakan untuk pengobatan HIV pada anak.			
	b)	Dapat diberikan oleh FPKTP yang memiliki kemampuan pengobatan antiretroviral dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat.			
2	1	tab <i>dispersible</i>			
	kombinasi KDT/FDC mengandung: ^[P]				
	a.	zidovudin	60 mg		
	b.	lamivudin	30 mg		
	a)	Dapat digunakan untuk pengobatan HIV pada anak.			
	b)	Dapat diberikan oleh FPKTP yang memiliki kemampuan pengobatan antiretroviral dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit			

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN			PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
			pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat.		
		1	tab <i>dispersible</i>		√
3	kombinasi KDT/FDC mengandung:[P]				
	a.	zidovudin	300 mg		
	b.	lamivudin	150 mg		
	Dapat diberikan oleh FPKTP yang memiliki kemampuan pengobatan antiretroviral dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat.				
		1	tab		√
4	kombinasi KDT/FDC mengandung:[P]				
	a.	tenofovir disoproksil fumarat	300 mg		
	b.	emtrisitabin	200 mg		
		a)	Sebagai profilaksis prapajanan (PrEP) oral untuk orang berisiko tinggi terinfeksi HIV		
		b)	Dapat diberikan oleh FPKTP yang memiliki kemampuan pengobatan antiretroviral dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat. dan sudah mendapatkan pelatihan PrEP.		
		1	tab		√
5	kombinasi KDT/FDC mengandung:[P]				
	a.	tenofovir disoproksil fumarat	300 mg		
	b.	lamivudin	300 mg		
		a)	Sebagai profilaksis prapajanan (PrEP) oral untuk orang berisiko tinggi terinfeksi HIV.		
		b)	Dapat diberikan oleh FPKTP yang memiliki kemampuan pengobatan antiretroviral dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat dan sudah mendapatkan pelatihan PrEP.		

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
	1	tab		
6	lamivudin ^[P]			
	Dapat diberikan oleh FPKTP yang memiliki kemampuan pengobatan antiretroviral dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat.			
	1	tab 150 mg		√
7	tenofovir disoproksil fumarat ^[P]			
	Dapat diberikan oleh FPKTP yang memiliki kemampuan pengobatan antiretroviral dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat.			
	1	tab 300 mg		√
8	zidovudin ^[P]			
	Dapat diberikan oleh FPKTP yang memiliki kemampuan pengobatan antiretroviral dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat.			
	1	kaps 100 mg		√
	2	sir 50 mg /5 mL	Maks 6 minggu.	
		Dapat digunakan untuk terapi profilaksis pada bayi baru lahir dari ibu ODHIV selama 6 minggu.		
6.6.2.2 NON NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITOR (NNRTI)				
Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.				
1	efavirenz ^[P]			
	Dapat diberikan oleh FPKTP yang memiliki kemampuan pengobatan antiretroviral dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat.			
	1	tab/kaps 200 mg		√
	2	tab/kaps 600 mg		√
2	nevirapin ^[P]			
	Dapat diberikan oleh FPKTP yang memiliki kemampuan pengobatan antiretroviral dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat.			
	1	tab 200 mg		√

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN			PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
	2	sir 10 mg/mL			
		a)	Dapat digunakan untuk profilaksis pada bayi baru lahir yang diberikan ASI dari ibu ODHIV yang menjalani terapi ARV kombinasi, selama 6 minggu.		
		b)	Diberikan bersama dengan Zidovudin.		
6.6.2.3 NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITOR (NRTI)+NON-NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITOR (NNRTI)					
Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.					
1	kombinasi KDT/FDC mengandung: ^[P]				
	a.	tenofovir disoproksil fumarat	300 mg		
	b.	lamivudin	300 mg		
	c.	efavirenz	600 mg		
	Dapat diberikan oleh FPKTP yang memiliki kemampuan pengobatan antiretroviral dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat.				
		1	tab		√
6.6.2.4 PROTEASE INHIBITOR					
Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.					
1	kombinasi KDT/FDC (LPV/r) mengandung: ^[P]				
	a.	lopinavir	100 mg		
	b.	ritonavir	25 mg		
	a)	Dapat digunakan untuk pengobatan HIV pada usia ≥10 tahun.			
	b)	Dapat digunakan sebagai terapi lini kedua pada anak yang gagal terapi dengan NNRTI.			
	c)	Dapat diberikan oleh FPKTP yang memiliki kemampuan pengobatan antiretroviral dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat.			
		1	tab		√
2	kombinasi KDT/FDC (LPV/r) mengandung: ^[P]				
	a.	lopinavir	40 mg		
	b.	ritonavir	10 mg		

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN			PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
		a)	Dapat digunakan untuk pengobatan HIV pada anak.		
		b)	Dapat diberikan oleh FPKTP yang memiliki kemampuan pengobatan antiretroviral dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat.		
		1	granul		
3	kombinasi KDT/FDC (LPV/r) mengandung: ^[P]				
	a.	lopinavir	200 mg		
	b.	ritonavir	50 mg		
	a)	Hanya digunakan sebagai lini kedua terapi antiretroviral.			
	b)	Dapat diberikan oleh FPKTP yang memiliki kemampuan pengobatan antiretroviral dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat.			
	1	tab			√
6.6.2.5 INTEGRASE INHIBITOR					
1	Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.				
	dolutegravir ^[P]				
	Dapat diberikan oleh FPKTP yang memiliki kemampuan pengobatan antiretroviral dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat.				
	1	tab 10 mg			
		Dapat digunakan untuk pengobatan HIV pada anak.			
	2	tab 50 mg			√
6.6.2.6 NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITOR (NRTI)+INTEGRASE INHIBITOR					
1	Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes				
	kombinasi KDT/FDC mengandung: ^[P]				
	a.	tenofovir disoproksil fumarat	300 mg		
	b.	lamivudin	300 mg		

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN			PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
	c.	dolutegravir	50 mg		
	Dapat diberikan oleh FPKTP yang memiliki kemampuan pengobatan antiretroviral dengan persyaratan memiliki SK Penunjukan sebagai unit pelayanan yang berhak memberikan obat ARV dari Dinas Kesehatan setempat.				
		1	tab		√
6.6.3 Antihepatitis					
1	Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.				
	daklatasvir ^[P]				
	a)	Tidak digunakan sebagai monoterapi.			
	b)	Diberikan bersama dengan sofosbuvir untuk pasien hepatitis C.			
	c)	Diberikan oleh dokter yang memiliki kompetensi di bidang ilmu gastroentero-hepatologi atau penyakit dalam.			
	d)	Dapat diberikan tanpa melakukan pemeriksaan genotipe, sesuai dengan SK Penetapan Rumah Sakit Layanan Hepatitis C dari Kementerian Kesehatan.			
	1	tab sal selaput 30 mg		- 12 minggu	√
	2	tab sal selaput 60 mg		kombinasi dengan sofosbuvir untuk pasien <i>non</i> sirosis. - 24 minggu kombinasi dengan sofosbuvir untuk pasien sirosis.	√
2	entekavir				
	Diberikan oleh dokter yang memiliki kompetensi di bidang ilmu gastroentero-hepatologi, atau gastroentero-hepatologi anak, atau penyakit dalam dengan melampirkan:				
	a)	Hasil pemeriksaan HBeAg.			
	b)	Pemeriksaan ALT meningkat 2x di atas batas atas normal dalam 3 bulan, atau			
	c)	Histologi/ <i>transient elastography</i> atau AST <i>Platelet Ratio Index</i> (APRI) sesuai minimal dengan F2.			
	1	tab sal selaput 0,5 mg			√
	2	tab sal selaput 1 mg			√
3	Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.				
	kombinasi KDT/FDC mengandung: ^[P]				

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN			PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
	a.	sofosbuvir	400 mg		
	b.	daklatasvir	60 mg		
		a)	Dapat diberikan untuk hepatitis C.		
		b)	Diberikan oleh dokter yang memiliki kompetensi di bidang ilmu astroentero- hepatologi atau penyakit dalam.		
		c)	Dapat diberikan tanpa melakukan pemeriksaan genotipe, sesuai dengan SK Penetapan Rumah Sakit Layanan Hepatitis C dari Kementerian Kesehatan.		
		1	tab	12 minggu untuk pasien non sirosis atau 24 minggu untuk pasien dengansirosis.	√
4	kombinasi KDT/FDC mengandung:				
	a.	sofosbuvir	400 mg		
	b.	velpatasvir	100 mg		
		a)	Hanya untuk pasien Hepatitis C kronik dewasa yang diagnosisnya ditegakkan berbasis pemeriksaan serologi (anti-HCV positif) dan <i>viral load</i> .		
		b)	Diberikan oleh dokter yang memiliki kompetensi di bidang ilmu gastroentero-hepatologi atau penyakit dalam.		
		c)	Diberikan tanpa melakukan pemeriksaan genotipe.		
		d)	Tidak dapat digunakan untuk pasien HIV yang sedang pengobatan efavirenz atau nevirapin.		
		1	tab sal selaput	1 tab/ hari dievaluasi setiap 28 hari selama 12 minggu.	√
5	lamivudin				
	Diberikan oleh dokter yang memiliki kompetensi di bidang ilmu gastroentero-hepatologi, atau gastroentero-hepatologi anak, atau penyakit dalam dengan melampirkan:				
	a)	Hasil pemeriksaan HBeAg.			
	b)	Pemeriksaan ALT meningkat 2x di atas batas atas normal dalam 3 bulan, atau			
	c)	Histologi/ <i>transient elastography</i> atau AST <i>Platelet Ratio Index</i> (APRI) sesuai minimal dengan F2.			

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
	d)	Pengobatan dihentikan apabila terjadi serokonversi HBsAg.		
	e)	Apabila HBV DNA setelah 6 bulan masih positif harus ditambahkan atau digantikan obat lain.		
	1	tab 100 mg		
6	Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.			
	sofosbuvir ^[P]			
	a)	Tidak digunakan sebagai monoterapi.		
	b)	Diberikan bersama dengan daklatasvir untuk hepatitis C.		
	c)	Diberikan oleh dokter yang memiliki kompetensi di bidang ilmu gastroentero-hepatologi atau penyakit dalam.		
	d)	Dapat diberikan tanpa melakukan pemeriksaan genotipe, sesuai dengan SK Penetapan Rumah Sakit Layanan Hepatitis C dari Kementerian Kesehatan.		
	1	tab sal selaput 400 mg	- 12 minggu kombinasi dengan daklatasvir untuk pasien <i>non</i> sirosis. - 24 minggu kombinasi dengan daklatasvir untuk pasien sirosis.	√
7	tenofovir alafenamid fumarat			
	a)	Hanya untuk pasien Hepatitis B kronik dewasa dengan gangguan fungsi ginjal eGFR: 30-60 mL/menit).		
	b)	Diberikan oleh dokter yang memiliki kompetensi di bidang ilmu gastroentero-hepatologi atau penyakit dalam.		
	1	tab sal selaput 25 mg	30 tab/bulan.	
8	tenofovir disoproksil fumarat			
	a)	Hanya untuk pasien Hepatitis B kronik. Diagnosis ditegakkan berdasarkan hasil pemeriksaan HBV-DNA.		
	b)	Diberikan oleh dokter yang memiliki kompetensi di bidang ilmu gastroentero-hepatologi atau penyakit dalam.		
	c)	Tidak diberikan untuk pasien < 18 tahun.		
	1,	tab sal selaput 300 mg		√
9	elbasvir grazoprevir			

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
	a)	untuk infeksi hepatitis HBV		
	b)	untuk pasien koinfeksi HCV/HBV		
	1	tab 50 mg / 100 mg		
6.6.4 Anti Covid-19				
1	molnupiravir			
	a)	Hanya untuk pasien Covid-19 ringan-sedang yang berisiko menjadi berat.		
	b)	Hanya untuk diberikan pada 5 hari pertama sejak muncul gejala.		
	c)	Pemeriksaan Covid-19 terkonfirmasi dengan pemeriksaan antigen atau PCR.		
	1	kaps 200 mg	5 hari.	
2	remdesivir			
	a)	Untuk pasien dewasa atau anak usia ≥ 12 tahun dengan BB minimal 40 kg pada pasien Covid-19 sedang yang berisiko menjadi berat yang memerlukan rawat inap.		
	b)	Pengobatan dimulai dalam 5 hari pertama sejak muncul gejala.		
	c)	Pemeriksaan Covid-19 terkonfirmasi dengan pemeriksaan antigen atau PCR.		
	1	inj 100 mg	10 hari.	
3	tocilizumab inj		Pasien dengan BB <30 kg: 12 mg/kg BB, selama 60 menit.	
			Pasien dengan BB ≥30 kg: 8 mg/kg BB, selama 60 menit.	
			Dosis maksimal tocilizumab untuk menangani rheumatoid arthritis dan badai sitoksin pada pasien COVID-19 adalah 800 mg.	
7. ANTIMIGREN dan ANTIVERTIGO				
7.1 ANTIMIGREN				
7.1.1 Profilaksis				
1	propranolol			
	1	tab 10 mg		
7.1.2 Serangan Akut				
1	ergotamin			

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN			PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
	Hanya digunakan untuk serangan migren akut atau <i>cluster headache</i> .				
	1	tab 1 mg		8 tab/minggu.	
2	kombinasi KDT/FDC mengandung:				
	a.	ergotamin	1 mg		
	b.	kafein	50 mg		
		1	tab	8 tab/minggu.	√
7.2 ANTIVERTIGO					
1	betahistin				
	1	tab 6 mg		Untuk vertigo perifer: - BPPV: 1 minggu. - Non BPPV: 30 tab/bulan.	
		a)	Hanya untuk sindrom meniere atau vertigo perifer.		
		b)	Untuk sindrom meniere atau <i>vertigo non Benign Paroxysmal Positional Vertigo</i> (BPPV) hanya di FPKTL.		
8. ANTINEOPLASTIK DAN IMUNOMODULATOR					
8.1 IMUNOSUPRESAN					
1	hidroksiklorokuin				
	a)	Untuk kasus SLE (<i>Systemic Lupus Erythematosus</i>).			
		atau			
	b)	Untuk kasus RA (<i>Rheumatoid Arthritis</i>).			
	1	tab 200 mg*		60 tab/bulan.	√
8.2 LAIN-LAIN					
1	deksametason ^[Ca]				
	1	inj 5 mg/mL			√
9. ANTIPARKINSON					
1	triheksifenidil*				
	a)	Dapat digunakan pada gangguan ekstrapiramidal karena obat.			
	b)	Dalam penanganan gangguan ekstrapiramidal perlu dilakukan monitoring sesuai dengan Pedoman Penyelenggaraan Kesehatan Jiwa di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer.			
	c)	Terapi awal dapat diberikan di Puskesmas yang memiliki tenaga kesehatan terlatih dan mempunyai surat penugasan dari Kementerian Kesehatan.			
	1	tab 2 mg		90 tab/bulan.	√

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN			PERESEPAN MAKSIMAL	OEN	
10. OBAT yang MEMENGARUHI DARAH						
10.1 ANTIANEMI						
1	asam folat					
	1	tab 0,4 mg			√	
	2	tab 1 mg			√	
	3	tab 5 mg				
2	fero sulfat					
	1	tab sal selaput 300 mg			√	
	2	sir 150 mg/5 mL			√	
3	Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.					
	kombinasi KDT/FDC mengandung: ^[P]					
	a.	Fe sulfat/Fe fumarat/Fe glukonat	(setara dengan 60 mg Fe elemental)			
	b.	asam folat	0,4 mg			
		1	tab sal		√	
4	sianokobalamin (vitamin B12)					
	1	tab 50 mcg			√	
	2	inj 500 mcg/mL				
5	mikro suplemen (mms)					
10.2 OBAT yang MEMENGARUHI KOAGULASI						
1	asam traneksamat					
	Untuk perdarahan masif atau berpotensi perdarahan > 600 cc.					
	1	kaps 250 mg				
	2	inj 50 mg/mL		Untuk FPKTP: 4 amp/hari, maks. 3 hari		
2	fitomenadion (vitamin K1)					
	1	tab 10 mg			√	
	2	inj 2 mg/mL (i.m.)			√	
		a)	Dosis untuk bayi baru lahir 1 mg.			
		b)	Dosis untuk bayi prematur 0,5 mg.			
	3	inj 10 mg/mL (i.m.)			√	
3	warfarin*					
	a)	Untuk pencegahan dan/atau terapi thromboembolism.				
	b)	Dosis harian disesuaikan dengan target INR (2-3).				

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
	c)	Pada pasien dalam kondisi stabil (tidak ada perdarahan), dengan tercapainya target INR (2-3), diperlukan evaluasi INR rutin maksimal setiap 3 bulan.		
	1	tab 1 mg		√
	2	tab 2 mg		√
11. DIAGNOSTIK				
11.1 TES FUNGSI				
11.1.1 Mata				
1	natrium fluoresein			
	1	tts mata 2%		√
2	tropikamid			
	1	tts mata 0,5%		√
	2	tts mata 1%		√
11.1.2 Tes Kulit				
1	tuberkulin <i>protein purified derivative</i>			
	1	inj 2 TU/0,1 mL		√
	2	inj 5 TU/0,1 mL		√
12. ANTISEPTIK dan DISINFEKTAN				
12.1 ANTISEPTIK				
1	<i>Catatan: Dibuat baru (recenter paratus, r.p.), dalam botol tertutup rapat, terlindung dari cahaya.</i>			
	hidrogen peroksida			
	1	lar 3%		√
2	klorheksidin			
	1	lar 1 - 2%		
		Untuk diencerkan bila akan digunakan.		
3	povidon iodin			
	1	lar 100 mg/mL		√
12.2 DISINFEKTAN				
1	etanol 70%			
	1	lar 70%		√
2	karbol			

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN			PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
13. OBAT dan BAHAN untuk GIGI					
13.1 ANTISEPTIK dan BAHAN untuk PERAWATAN SALURAN AKAR GIGI					
1	eugenol				
	1	lar			√
2	formokresol				
	1	lar			√
3	kalsium hidroksida				
	1	bubuk, pasta			√
4	klorfenol kamfer mentol (CHKM)				
	1	lar			√
5	klorheksidin				
	1	lar 0,2%			√
6	kombinasi :				
	a.	deksametason asetat	0,1 %		
	b.	thymol	5%		
	c.	paraklorphenol	30%		
	d.	campor	64%		
		1	cairan		
7	kombinasi :				
	a.	lidokain			
	b.	medicinal creosote phenol			
	c.	eugenol			
	d.	benzil alkohol			
		1	cairan		
8	natrium hipoklorit				
	1	lar 5%			√
9	pasta pengisi saluran akar				
	1	pasta			√
10	povidon iodin				
	1	lar obat kumur 1%			√
13.2 OBAT untuk PENCEGAHAN KARIES					
1	fluor				
	1	tab 1 mg			√

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN			PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
	2	sediaan topikal			√
13.3 BAHAN TUMPAT					
1	bahan tumpatan sementara				
	1	serb			√
2	komposit resin				
	1	pasta aktivasi sinar			√
13.4 PREPARAT LAINNYA					
1	anestetik lokal gigi, kombinasi KDT/FDC mengandung:				
	a.	lidokain	2%		
	b.	epinefrin	1 : 80.000		
	1	inj 2 mL			√
2	akuades				
	1	cairan 500 mL			
3	articulating paper				
	1	kertas warna penanda oklusi			√
4	ferakrilum				
	1	cairan 1%			
5	kombinasi:				
	a.	triamsinolon asetonid			
	b.	dimetil-klortetrasiklin			
		1	pasta		
6	lidokain				
	1	inj 2%			√
	2	gel 2%			√
	3	spray topikal 10%			√
7	pasta devitalisasi (non arsen)				
	1	pasta			√
8	surgical gingival pack				
	1	pasta			√
14. DIURETIK dan OBAT untuk HIPERTROFI PROSTAT					
14.1 DIURETIK					
1	furosemid				
	1	tab 40 mg		90 tab/bulan.	√

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
2	hidroklorotiazid			
	1	tab 25 mg	30 tab/bulan.	
3	manitol			
	1	inf 20%	2 btl/hari.	√
4	spironolakton*			
	1	tab 25 mg	30 tab/bulan.	√
	2	tab 100 mg	30 tab/bulan.	
15. HORMON, OBAT ENDOKRIN LAIN dan KONTRASEPSI				
15.1 ANTIDIABETES				
15.1.1 Antidiabetes Oral				
1	akarbose*			
	1	tab 50 mg	90 tab/bulan.	
	2	tab 100 mg	90 tab/bulan.	
2	glibenklamid*			
	1	tab 2,5 mg	Dosis maks 15 mg per hari. Maks 90 tab/bulan.	
	2	tab 5 mg		
3	gliklazid*			
	1	tab lepas lambat 30 mg	30 tab/bulan.	
	2	tab lepas lambat 60 mg	30 tab/bulan.	
	3	tab 80 mg	60 tab/bulan.	√
4	glikuidon*			
	1	tab 30 mg	90 tab/bulan.	√
5	glimepirid*			
	1	tab 1 mg	60 tab/bulan.	√
	2	tab 2 mg	60 tab/bulan.	√
	3	tab 3 mg	60 tab/bulan.	√
	4	tab 4 mg	30 tab/bulan.	√
6	glipizid*			
	1	tab 5 mg	90 tab/bulan.	√
	2	tab 10 mg	90 tab/bulan.	√
7	metformin*			
	1	tab 500 mg	120 tab/bulan.	√
	2	tab 850 mg	60 tab/bulan.	√

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
8	pioglitazon*			
	Tidak diberikan pada pasien dengan gagal jantung atau edema karena sebab lain, dan/atau riwayat keluarga <i>bladder cancer</i> .			
	1	tab 15 mg	30 tab/bulan.	
	2	tab 30 mg	30 tab/bulan.	
9	sitagliptin*			
	a)	Tidak digunakan sebagai lini pertama/terapi inisial.		
	b)	Sebagai terapi tambahan pada metformin dan/atau sulfonilurea dengan dosis optimal yang masih dapat ditoleransi oleh pasien.		
	c)	Tidak digunakan sebagai obat tunggal.		
	1	tab sal selaput 100 mg	30 tab/bulan.	
10	vildagliptin*			
	a)	Tidak digunakan sebagai lini pertama/terapi inisial.		
	b)	Sebagai terapi tambahan pada metformin dan/atau sulfonilurea dengan dosis optimal yang masih dapat ditoleransi oleh pasien.		
	c)	Tidak digunakan sebagai obat tunggal.		
	1	tab 50 mg	60 tab/bulan.	
15.1.2 Antidiabetes Parenteral				
a)	Dapat digunakan untuk pasien DM tipe 1 atau DM tipe 2.			
b)	Untuk DM tipe 1 dapat dimulai dengan Human Insulin atau Analog Insulin.			
c)	Wanita hamil yang memerlukan insulin maka diutamakan menggunakan <i>human</i> insulin.			
d)	Diperlukan kehati-hatian terhadap risiko terjadinya hipoglikemia yang penanganannya merujuk pada penatalaksanaan hipoglikemia.			
Human Insulin Basal				
1	insulin NPH (<i>Neutral Protamine Hagedorn</i>)*			
	a)	Pasien diabetes melitus tipe 2 yang sudah diberikan kombinasi metformin dan obat diabetes oral lainnya dengan dosis optimal masing-masing obat telah diberikan minimal dalam 3 bulan namun kadar glukosa darahnya belum terkendali (HbA1C > 7,5% atau gula darah rerata > 169 mg/dL).		
		atau		

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
	b)	Pasien diabetes melitus tipe 2 dengan kadar HbA1C nya > 9% disertai dengan gejala-gejala dekompensasi metabolik.		
	c)	Pemberian insulin pada (a) dan (b) dapat dilanjutkan untuk pasien diabetes melitus tipe 2, jika insulin dibutuhkan untuk mempertahankan pengendalian glukosa darah.		
	1	inj 100 IU/mL (kemasan vial, disposable cartridge, penfill cartridge)	Dalam kondisi tertentu, Dokter di FPKTP dapat melakukan penyesuaian dosis (titrasi) insulin basal hingga 20 IU/hari.	√
Human Insulin Prandial				
1	insulin regular*			
	1	inj 100 IU/mL (kemasan vial, disposable cartridge, penfill cartridge)		√
Human Insulin Campuran				
1	kombinasi 70% insulin NPH dan 30% insulin regular			
	a)	Pasien diabetes melitus tipe 2 yang sudah diberikan kombinasi metformin dan obat diabetes oral lainnya dengan dosis optimal masing-masing obat telah diberikan minimal dalam 3 bulan namun kadar glukosa darahnya belum terkendali (HbA1C > 7,5% atau gula darah rerata > 169 mg/dL).		
		atau		
	b)	Pasien diabetes melitus tipe 2 dengan kadar HbA1C nya > 9% disertai dengan gejala-gejala dekompensasi metabolik.		
	c)	Pemberian insulin pada (a) dan (b) dapat dilanjutkan untuk pasien diabetes melitus tipe 2, jika insulin dibutuhkan untuk mempertahankan pengendalian glukosa darah.		
	1	inj 100 IU/mL (kemasan vial, disposable cartridge, penfill cartridge)		√
Analog Insulin Basal				
1	insulin detemir*			
	a)	Pasien diabetes melitus tipe 2 yang sudah diberikan kombinasi metformin dan obat diabetes oral lainnya dengan dosis optimal masing-masing obat telah diberikan minimal dalam 3 bulan namun kadar glukosa darahnya belum terkendali (HbA1C > 7,5% atau gula darah rerata > 169mg/dL).		
		atau		

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
	b)	Pasien diabetes melitus tipe 2 dengan kadar HbA1C nya > 9% disertai dengan gejala-gejala dekompensasi metabolik.		
	c)	Pemberian insulin pada (a) dan (b) dapat dilanjutkan untuk pasien diabetes melitus tipe 2, jika insulin dibutuhkan untuk mempertahankan pengendalian glukosa darah.		
	1	inj 100 IU/mL (kemasan vial, <i>disposable cartridge</i> , <i>penfill cartridge</i>)	Dalam kondisi tertentu, Dokter di FPKTP dapat melakukan penyesuaian dosis (titrasi) insulin basal hingga 20 IU/hari.	√
2	insulin glargine			
	a)	Pasien diabetes melitus tipe 2 yang sudah diberikan kombinasi metformin dan obat diabetes oral lainnya dengan dosis optimal masing-masing obat telah diberikan minimal dalam 3 bulan namun kadar glukosa darahnya belum terkendali (HbA1C > 7,5% atau gula darah rerata > 169 mg/dL).		
		atau		
	b)	Pasien diabetes melitus tipe 2 dengan kadar HbA1C nya > 9% disertai dengan gejala-gejala dekompensasi metabolik.		
	c)	Pemberian insulin pada (a) dan (b) dapat dilanjutkan untuk pasien diabetes melitus tipe 2, jika insulin dibutuhkan untuk mempertahankan pengendalian glukosa darah.		
	1	inj 100 IU/mL (kemasan vial, <i>disposable cartridge</i> , <i>penfill cartridge</i>) *	Dalam kondisi tertentu, Dokter di FPKTP dapat melakukan penyesuaian dosis (titrasi) insulin basal hingga 20 IU/hari.	√
Analog Insulin Prandial				
1	insulin lispro*			
	1	inj 100 IU/mL (kemasan vial, <i>disposable cartridge</i> , <i>penfill cartridge</i>)		
2	insulin aspart*			
	1	inj 100 IU/mL (kemasan vial, <i>disposable cartridge</i> , <i>penfill cartridge</i>)		
3	insulin glulisin*			
	1	inj 100 IU/mL (kemasan vial, <i>disposable cartridge</i> , <i>penfill cartridge</i>)		
Analog Insulin Campuran				
1	kombinasi 70% insulin protamine aspart dan 30% insulin aspart			

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
	a)	Pasien diabetes melitus tipe 2 yang sudah diberikan kombinasi metformin dan obat diabetes oral lainnya dengan dosis optimal masing-masing obat telah diberikan minimal dalam 3 bulan namun kadar glukosa darahnya belum terkendali (HbA1C > 7,5% atau gula darah		
		atau		
	b)	Pasien diabetes melitus tipe 2 dengan kadar HbA1C nya > 9% disertai dengan gejala-gejala dekompensasi metabolik.		
	c)	Pemberian insulin pada (a) dan (b) dapat dilanjutkan untuk pasien diabetes melitus tipe 2, jika insulin dibutuhkan untuk mempertahankan pengendalian glukosa darah.		
	1	inj 100 IU/mL (kemasan vial, <i>disposable cartridge, penfill cartridge</i>)		
2	kombinasi 75% insulin protamine lispro dan 25% insulin lispro*			
	a)	Pasien diabetes melitus tipe 2 yang sudah diberikan kombinasi metformin dan obat diabetes oral lainnya dengan dosis optimal masing-masing obat telah diberikan minimal dalam 3 bulan namun kadar glukosa darahnya belum terkendali (HbA1C > 7,5% atau gula darah rerata > 169 mg/dL).		
		atau		
	b)	Pasien diabetes melitus tipe 2 dengan kadar HbA1C nya > 9% disertai dengan gejala-gejala dekompensasi metabolik.		
	c)	Pemberian insulin pada (a) dan (b) dapat dilanjutkan untuk pasien diabetes melitus tipe 2, jika insulin dibutuhkan untuk mempertahankan pengendalian glukosa darah.		
	1	inj 100 IU/mL (kemasan vial, <i>disposable cartridge, penfill cartridge</i>)		
3	kombinasi 50% insulin protamine lispro dan 50% insulin lispro*			
	a)	Pasien diabetes melitus tipe 2 yang sudah diberikan kombinasi metformin dan obat diabetes oral lainnya dengan dosis optimal masing-masing obat telah diberikan minimal dalam 3 bulan namun kadar glukosa darahnya belum terkendali (HbA1C > 7,5% atau gula darah rerata > 169 mg/dL).		
		atau		
	b)	Pasien diabetes melitus tipe 2 dengan kadar HbA1C nya > 9% disertai dengan gejala-gejala dekompensasi		

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN			PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
		metabolik.			
	c)	Pemberian insulin pada (a) dan (b) dapat dilanjutkan untuk pasien diabetes melitus tipe 2, jika insulin dibutuhkan untuk mempertahankan pengendalian glukosa darah.			
	1	inj 100 IU/mL (kemasan vial, disposable cartridge, penfill cartridge)			
4	Co-formulation 70% insulin degludec (ultra-long acting insulin) dan 30% insulin aspart*				
	a)	Pasien diabetes melitus tipe 2 yang sudah diberikan kombinasi metformin dan obat diabetes oral lainnya dengan dosis optimal masing-masing obat telah diberikan minimal dalam 3 bulan namun kadar glukosa darahnya belum terkendali (HbA1C > 7,5% atau gula darah rerata > 169 mg/dL).			
		atau			
	b)	Pasien diabetes melitus tipe 2 dengan kadar HbA1C nya > 9% disertai dengan gejala-gejala dekompensasi metabolik.			
	c)	Pemberian insulin pada (a) dan (b) dapat dilanjutkan untuk pasien diabetes melitus tipe 2, jika insulin dibutuhkan untuk mempertahankan pengendalian glukosa darah.			
	1	inj 100 IU/mL (kemasan vial, disposable cartridge, penfill cartridge)			
15.1.3 anti diabetik lainnya					
1	anti diabetik kombinasi				
15.2 HORMON KELAMIN dan OBAT yang MEMENGARUHI FERTILITAS					
15.2.1 Kontrasepsi					
15.2.1.1 KONTRASEPSI, ORAL					
1	Catatan : Disediakan oleh program BKKBN				
	kombinasi KDT/FDC mengandung: (p)				
	a.	levonorgestrel	150 mcg		
	b.	etinilestradiol	30 mcg		
		1	tab		√
2	linestrenol				
	1	tab 0,5 mg			√
15.2.1.2 KONTRASEPSI, PARENTERAL					
1	Catatan : Disediakan oleh program BKKBN				

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN			PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
	kombinasi KDT/FDC mengandung: (p)				
	a.	medroksi progesteron asetat	120 mg		
	b.	estradiol sipionat	10 mg		
	1	inj			
2	Catatan: Disediakan oleh Program BKKBN.				
	medroksi progesteron asetat ^[P]				
	1	inj 150 mg/mL			√
15.2.1.3 KONTRASEPSI, IMPLAN					
1	etonogestrel				
	1	implan 68 mg			√
2	Catatan: Disediakan oleh Program BKKBN.				
	levonorgestrel ^[P]				
	1	implan 1 rod, 160 mg			
	2	implan 2 rods, @ 75 mg (3-4 tahun)			√
15.3 KORTIKOSTEROID					
1	hidrokortison				
	1	inj 100 mg			√
2	metilprednisolon				
	1	tab 4 mg*			√
	2	tab 8 mg*			√
	3	tab 16 mg*			
	4	inj 125 mg			√
	Hanya digunakan untuk kasus spesialisik, digunakan dalam waktu relatif singkat.				
3	prednison*				
	1	tab 5 mg			√
4	Deksametason				
	1	Tab 0,5 mg			
16. OBAT KARDIOVASKULAR					
16.1 ANTIANGINA					
1	amlodipin*				
	Untuk angina dengan bradiaritmia.				
	1	tab 5 mg	30 tab/bulan.		

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
2	atenolol*			
	1	tab 50 mg	30 tab/bulan.	√
3	diltiazem*			
	1	tab 30 mg	90 tab/bulan.	√
4	gliseril trinitrat			
	1	tab 0,5 mg*		√
	2	kaps lepas lambat 2,5 mg*	90 kaps/bulan.	
	3	kaps lepas lambat 5 mg*	90 kaps/bulan.	
5	isosorbid dinitrat			
	1	tab 5 mg*	90 tab/bulan.	√
	2	tab 10 mg*	90 tab/bulan.	√
16.2 ANTIARITMIA				
1	amiodaron			
	1	tab 200 mg*	30 tab/bulan.	√
2	digoksin			
	1	tab 0,25 mg*	30 tab/bulan.	√
3	propranolol			
	1	tab 10 mg*	90 tab/bulan.	√
		a) Untuk kasus-kasus dengan gangguan tiroid.		
		b) Untuk tremor esensial, tremor distonia, dan tremor holmes.		
	2	tab 40 mg	90 tab/bulan.	
		a) Untuk kasus-kasus dengan gangguan hipertensi		
4	verapamil			
	Untuk aritmia supraventrikular.			
	1	tab 80 mg*	90 tab/bulan.	√
16.3 ANTIHIPERTENSI				
16.3.1 Antihipertensi Sistemik				
Catatan :				
Pemberian obat antihipertensi harus didasarkan pada prinsip dosis titrasi, mulai dari dosis terkecil hingga tercapai dosis dengan outcome tekanan darah terbaik.				
1	amlodipin*			
	1	tab 5 mg	30 tab/bulan.	√
	2	tab 10 mg	30 tab/bulan.	√

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
2	atenolol*			
	1	tab 50 mg	30 tab/bulan.	
	2	tab 100 mg	30 tab/bulan.	
3	bisoprolol*			
	1	tab 2,5 mg	30 tab/bulan.	√
	2	tab 5 mg	30 tab/bulan.	
	3	tab 10 mg	30 tab/bulan.	
4	diltiazem			
	1	kaps lepas lambat 100 mg*	30 kaps/bulan.	
	2	kaps lepas lambat 200 mg*	30 kaps/bulan.	
5	doksazosin*			
	1	tab 1 mg	30 tab/bulan.	
	2	tab 2 mg	30 tab/bulan.	
6	hidroklorotiazid*			
	1	tab 25 mg	30 tab/bulan.	√
7	imidapril*			
	1	tab 5 mg	30 tab/bulan.	
	2	tab 10 mg	30 tab/bulan.	
8	irbesartan*			
	Untuk pasien yang telah mendapat ACE <i>inhibitor</i> sebelumnya sekurang- kurangnya 1 bulan dan mengalami intoleransi terhadap ACE <i>inhibitor</i> yang dibuktikan dengan melampirkan resep sebelumnya.			
	1	tab 150 mg	30 tab/bulan.	
	2	tab 300 mg	30 tab/bulan.	
9	kandesartan*			
	Untuk pasien yang telah mendapat ACE <i>inhibitor</i> sebelumnya sekurang- kurangnya 1 bulan dan mengalami intoleransi terhadap ACE <i>inhibitor</i> yang dibuktikan dengan melampirkan resep sebelumnya.			
	1	tab 8 mg	30 tab/bulan.	√
	2	tab 16 mg	30 tab/bulan.	√
10	kaptopril*			
	1	tab 12,5 mg	90 tab/bulan.	
	2	tab 25 mg	90 tab/bulan.	
	3	tab 50 mg	90 tab/bulan.	

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
11	klonidin			
	1	tab 0,15 mg*	90 tab/bulan.	
12	lisinopril*			
	1	tab 5 mg	30 tab/bulan.	√
	2	tab 10 mg	30 tab/bulan.	√
13	metildopa*			
	Untuk hipertensi pada wanita hamil.			
	1	tab 250 mg	90 tab/bulan.	√
14	nifedipin*			
	1	tab 10 mg	90 tab/bulan.	√
	2	tab lepas lambat 20 mg	30 tab/bulan.	
	3	tab lepas lambat 30 mg	60 tab/bulan.	
15	perindopril arginin*			
	1	tab 5 mg	60 tab/bulan.	
16	ramipril*			
	1	tab 2,5 mg	30 tab/bulan.	
	2	tab 5 mg	30 tab/bulan.	
	3	tab 10 mg	30 tab/bulan.	
17	telmisartan*			
	Digunakan untuk hipertensi dengan nilai eGFR < 30 mL/menit/1,73 m ² .			
	1	tab 40 mg	30 tab/bulan.	
	2	tab 80 mg	30 tab/bulan.	
18	valsartan*			
	Untuk pasien yang telah mendapat ACE <i>inhibitor</i> sebelumnya sekurang- kurangnya 1 bulan dan mengalami intoleransi terhadap ACE <i>inhibitor</i> yang dibuktikan dengan melampirkan resep sebelumnya.			
	1	tab 80 mg	30 tab/bulan.	√
	2	tab 160 mg	30 tab/bulan.	√
19	verapamil*			
	1	tab 80 mg	90 tab/bulan.	
	2	tab lepas lambat 240 mg	30 tab/ bulan.	
16.4 ANTIAGREGASI PLATELET				
1	asam asetilsalisilat (asetosal)*			

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
	1	tab 80 mg	30 tab/bulan.	√
	2	tab sal enterik 100 mg	30 tab/bulan.	
2	klopidogrel			
	a)	Diberikan pada pasien yang direncanakan untuk dilakukan prosedur PCI elektif.	Diberikan 1 x 75 mg selama 10 hari sebelum PCI/kateterisasi dan dilanjutkan dosis rumatan (maintenance) 1 x 75 mg/hari maks selama 12 bulan.	
		atau		
	b)	Diberikan pada pasien yang akan dilakukan prosedur <i>primary</i> PCI atau <i>early</i> PCI.	Diberikan <i>loadingdose</i> 600 mg pre tindakan dilanjutkan dengan dosis rumatan(<i>maintenance</i>) 1 x 75 mg/hari maks selama 12 bulan.	
		atau		
	c)	Pasien yang menderita <i>recentmyocardial infarction, ischaemic stroke atau established Peripheral Arterial Disease (PAD)</i> .	Diberikan 1 x 75 mg/hari maks selama 12 bulan.	
		atau		
	d)	Pasien yang menderita sindrom koroner akut: NON STEMI (<i>unstable angina</i>) dan STEMI.	Diberikan 1 x 75 mg/hari maks selama 12 bulan.	
	e)	Hati-hati interaksi obat pada pasien yang menggunakan obat-obat golongan <i>Proton Pump Inhibitor</i> (PPI).		
	f)	Lazimnya klopidogrel diberikan bersama dengan antiplatelet aspirin atau antiplatelet lainnya dosis rendah.		
	g)	Pemberian klopidogrel lebih dari 12 bulan dapat dilakukan bila terjadi alergi/intoleransi terhadap asam asetilsalisilat, atau terjadi stroke berulang walaupun faktor risiko telah terkontrol.		
3	1	tab 75 mg*		√
	silostazol			
	Diresepkan oleh dokter yang memiliki kompetensi di bidang ilmu penyakit dalam atau penyakit jantung dan pembuluh darah atau neurologi atau bedah toraks, kardiak dan vaskular.			
	1	kaps pelepasan lambat 100 mg*	60 kaps/bulan.	
		<i>Secondary prevention</i> pada pasien stroke dengan <i>Cerebral Small Vessel Disease</i> (CSVD).		
16.5 OBAT untuk GAGAL JANTUNG				
1	bisoprolol			

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
	Hanya untuk gagal jantung kronis dengan penurunan fungsi ventrikular sistolik yang sudah terkompensasi.			
	1	tab 1,25 mg*	30 tab/bulan.	
	2	tab 2,5 mg*	30 tab/bulan.	√
	3	tab 5 mg*	30 tab/bulan.	
2	digoksin			
	1	tab 0,25 mg*	30 tab/bulan.	√
		Hanya untuk gagal jantung dengan atrial fibrilasi atau sinus takikardia.		
3	furosemid			
	1	tab 40 mg*	120 tab/bulan.	√
	2	inj 10 mg/mL (i.v./i.m.)		√
4	kandesartan*			
	Untuk pasien yang telah mendapat ACE <i>inhibitor</i> sebelumnya sekurang- kurangnya 1 bulan dan mengalami intoleransi terhadap ACE <i>inhibitor</i> yang dibuktikan dengan melampirkan resep sebelumnya.			
	1	tab 8 mg	30 tab/bulan.	
	2	tab 16 mg	30 tab/bulan.	
5	kaptopril*			
	1	tab 12,5 mg	90 tab/bulan.	√
	2	tab 25 mg	90 tab/bulan.	
	3	tab 50 mg	90 tab/bulan.	
6	karvedilol			
	Hanya untuk gagal jantung kronis dengan penurunan fungsi ventrikular sistolik yang sudah terkompensasi.			
	1	tab 6,25 mg*	60 tab/bulan.	√
7	ramipril*			
	1	tab 5 mg	30 tab/bulan.	√
	2	tab 10 mg	30 tab/bulan.	
8	spironolakton*			
	1	tab 25 mg	30 tab/bulan.	√
16.6 OBAT untuk SYOK KARDIOGENIK dan SEPSIS				
1	epinefrin (adrenalin)			
	1	inj 1 mg/mL		√

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
16.7 ANTIHIPERLIPIDEMIA				
Sebagai terapi tambahan terhadap terapi diet pada pasien hiperlipidemia.				
1	atorvastatin*			
	a)	Jika setelah pemberian simvastatin selama 3 bulan berturut-turut dengan dosis 40 mg/hari pasien tidak mencapai target penurunan LDL < 100 mg/dL, disamping diet ketat lemak.		
		atau		
	b)	Pasien ASCVD (pasca PCI/CABG, stroke iskemi dan/atau PAD, pascainfark) yang dibuktikan dengan EKG atau MSCT atau riwayat angiografi. Target LDL adalah ≤ 55 mg/dL, yang harus diperiksa setiap 6 bulan. Pemberian dapat dilanjutkan untuk mempertahankan pengendalian LDL, kecuali apabila ada kontraindikasi.		
	1	tab sal selaput 10 mg	30 tab/bulan.	
	2	tab sal selaput 20 mg	60 tab/bulan.	
2	rosuvastatin*			
	a)	Jika setelah pemberian simvastatin selama 3 bulan berturut-turut dengan dosis 40 mg/hari pasien tidak mencapai target penurunan LDL < 100 mg/dL, disamping diet ketat lemak.		
		atau		
	b)	Pasien ASCVD (pasca PCI/CABG, stroke iskemi dan/atau PAD, pascainfark) yang dibuktikan dengan EKG atau MSCT atau riwayat angiografi. Target LDL adalah ≤ 55 mg/dL, yang harus diperiksa setiap 6 bulan. Pemberian dapat dilanjutkan untuk mempertahankan pengendalian LDL, kecuali apabila ada kontraindikasi.		
	1	tab 10 mg	60 tab/bulan.	
3	simvastatin			
	Sebagai terapi tambahan terhadap terapi diet pada pasien hiperlipidemia dengan salah satu kondisi berikut:			
	a)	kadar LDL > 160 mg/dL untuk pasien tanpa komplikasi diabetes melitus/PJK.		

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN			PERESEPAN MAKSIMAL	OEN	
	b)	Pasien ASCVD (pasca PCI, CABG, stroke iskemi dan/atau PAD, pascainfark) yang dibuktikan dengan EKG atau MSCT atau riwayat angiografi. Target LDL adalah ≤ 70 mg/dL, yang harus diperiksa setiap 6 bulan.				
	c)	kadar LDL > 130 mg/dL untuk pasien diabetes melitus. Setelah 6 bulan dilakukan evaluasi ketaatan pasien terhadap kontrol diet dan pemeriksaan laboratorium LDL dilampirkan setiap 6 bulan.				
	1	tab 10 mg*			30 tab/bulan.	√
	2	tab 20 mg*			30 tab/bulan.	√
	3	tab 40 mg			30 tab/bulan.	√
17. OBAT TOPIKAL untuk KULIT						
17.1 ANTIKNE						
1	asam retinoat					
	1	krim 0,05%				√
17.2 ANTIBAKTERI						
1	antibakteri, kombinasi KDT/FDC mengandung:					
	a.	basitrasin	500 IU/g			
	b.	polimiksin B	10.000 IU/g			
		1	salep			
2	framisetin sulfat					
	1	tulle 1%				
3	perak sulfadiazin					
	Hanya untuk luka bakar.					
	1	krim 1%				√
17.3 ANTIFUNGI						
1	antifungi, kombinasi KDT/FDC mengandung:					
	a.	asam benzoat	6%			
	b.	asam salisilat	3%			
		1	salep			√
2	ketokonazol					
	1	krim 2%				√
	2	scalp sol 2%				√

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
		Pada pitiriasis yang luas.		
3	mikonazol			
	1	krim 2%		√
	2	serb 2%		√
4	nistatin			
	1	tab vaginal 100.000 IU		√
17.4 ANTIINFLAMASI dan ANTIPRURITIK				
1	betametason			
	1	krim 0,05%		
	2	krim 0,1%		√
2	hidrokortison			
	1	krim 1%		
	2	krim 2,5%		√
3	gentamisin			
	1	Salep kulit 0,1%		
4	mometason furoat			
	1	krim 0,1%		√
	2	salep 0,1%		√
17.5 ANTISKABIES dan ANTIPEDIKULOSIS				
1	permetrin			
	1	krim 5%		√
2	salep 2-4			
	1	salep		√
17.6 KERATOLITIK dan KERATOPLASTIK				
1	asam salisilat			
	1	salep 2%		
	2	salep 5%		√
	3	salep 10%		
		Kulit disekitar lesi harus dilindungi dengan pelembab.		
2	<i>liquor carbonis detergens</i>			
	1	lar 5%		√
17.7 LAIN-LAIN				
1	bedak salisil			

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
	Hati-hati penggunaan pada bayi.			
	1	serb 2%		√
2	kalamín			
	1	lotio		√
3	urea			
	1	krim 10%		√
	2	krim 20%		
18. LARUTAN ELEKTROLIT, NUTRISI, dan LAIN-LAIN				
18.1 ORAL				
1	<i>Catatan: Dilarutkan dalam 200 mL air.</i>			
	garam oralit			
	1	serb		√
2	kalium klorida			
	1	tab lepas lambat 600 mg	180 tab/bulan.	√
3	natrium bikarbonat			
	1	tab 500 mg	90 tab/bulan.	√
4	zinc			
	Untuk anak usia < 2 tahun.			
	1	drops 10 mg/mL	2 btl/kasus.	
18.2 PARENTERAL				
Larutan Mengandung Elektrolit				
1	1	larutan garam fisiologis		√
Larutan Mengandung Karbohidrat				√
Larutan Mengandung Karbohidrat+Elektrolit				√
18.3 LAIN-LAIN				
1	air steril untuk injeksi			
	1	cairan inj		√
19. OBAT untuk MATA				
19.1 ANESTETIK LOKAL				
1	tetrakain			
	1	tts mata 0,5%		√
19.2 ANTIMIKROBA				
1	gentamisin			
	1	salep mata 0,3%		√

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
	2	tts mata 0,3%		√
2	kloramfenikol			
	1	salep mata 1%		√
	2	tts mata 0,5%		√
	3	tts mata 1%		√
3	oksitetrasiklin			
	1	salep mata 1%		√
19.3 ANTIINFLAMASI				
1	natrium diklofenak			
	1	tts mata 1 mg/mL		
2	olopatadin			
	1	tts mata 0,1%		
		Tidak untuk profilaksis alergi.		
19.4 MIOTIK dan ANTIGLAUKOMA				
1	asetazolamid			
	a)	Hati-hati pemberian pada pasien dengan gangguan fungsi ginjal.		
	b)	Sebagai penanganan awal dan sementara di FPKTP pada pasien glaukoma akut sebelum dirujuk.		
	1	tab 250 mg	- Glaukoma kronis: 120tab/bulan - Glaukoma akut: 30 tab/minggu (maks. 2 minggu).	√
2	pilocarpin			
	Dapat diberikan di FPKTP yang memiliki fasilitas untuk mengukur tekanan intraokuler.			
	1	tts mata 2%	2 btl/bulan.	√
3	timolol			
	Dapat diberikan di FPKTP yang memiliki fasilitas untuk mengukur tekanan intraokuler.			
	1	tts mata 0,25%	2 btl/bulan.	√
	2	tts mata 0,5%	2 btl/bulan.	√
19.5 LAIN-LAIN				
1	povidon iodin			
	Hanya untuk pencegahan <i>ophthalmia neonatorum</i> .			

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
	1	tts mata 2,5%	1 strip/kasus. Diberikan selama 3 hari.	
20. OKSITOSIK				
1	metilergometrin			
	1	tab 0,125 mg		√
	2	inj 0,2 mg/mL		√
2	oksitosin			
	1	inj 10 IU/mL		√
21. PSIKOFARMAKA				
21.1 ANTIANSIETAS				
1	diazepam			
	1	tab 2 mg	30 tab/bulan.	√
	2	tab 5 mg	30 tab/bulan.	√
	3	inj 5 mg/mL		√
2	lorazepam			
	1	tab 0,5 mg	30 tab/bulan.	√
	2	tab 1 mg	30 tab/bulan.	√
	3	tab 2 mg	30 tab/bulan.	√
21.2 ANTIDEPRESI				
1	amitriptilin*			
	1	tab 25 mg	60 tab/bulan.	√
2	fluoksetin*			
	1	tab/kaps 10 mg	60 tab/kaps per bulan.	√
	2	tab/kaps 20 mg	-FPKTP: 30 tab/kaps per bulan. -FPKTL: 60 tab/kaps per bulan.	√
3	fluvoksamin*			
	Diresepkan oleh dokter yang memiliki kompetensi dibidang ilmu kedokteran jiwa.			
	1	tab sal selaput 50 mg	180 tab/bulan.	
	2	tab sal selaput 100 mg	90 tab/bulan.	
4	sertralin*			
	Digunakan untuk depresi yang disertai ansietas.			
	1	tab sal 50 mg	90 tab/bulan.	

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		PERESEPAN MAKSIMAL	OEN	
21.3 ANTIOBSESI KOMPULSI					
1	fluoksetin				
	1	tab/kaps 10 mg	30 tab/kaps per bulan.		
	2	tab/kaps 20 mg	120 tab/kaps per bulan.		
2	fluvoksamin*				
	Diresepkan oleh dokter yang memiliki kompetensi dibidang ilmu kedokteran jiwa.				
	1	tab sal selaput 50 mg	Dosis awal: 50 mg/hari (3-5 hari) Dosis maks 300 mg/hari.		
	2	tab sal selaput 100 mg			
21.4 ANTIPSIKOTIK					
1	aripiprazol				
	Diresepkan oleh dokter yang memiliki kompetensi dibidang ilmu kedokteran jiwa, atau neurologi, atau neurologi anak. Termasuk untuk kasus iritabilitas terkait dengan gangguan autisme.				
	1	tab <i>dispersible</i> 10 mg	15 mg/hari.		
	2	tab <i>dispersible</i> 15 mg	15 mg/hari.		
2	flufenazin dekanat				
	a)	Hanya untuk rumatan pada pasien skizofrenia.			
	b)	Terapi awal dapat diberikan di Puskesmas yang memiliki tenaga kesehatan terlatih dan mempunyai surat penugasan dari Kementerian Kesehatan.			
	1	inj 25 mg/mL (i.m.)*	1 amp/2 minggu.	√	
3	haloperidol				
	1	tab 0,5 mg*	90 tab/bulan.		
	2	tab 1,5 mg*	90 tab/bulan.	√	
	3	tab 2 mg*	90 tab/bulan.	√	
	4	tab 5 mg*	90 tab/bulan.	√	
	5	drops 2 mg/mL	2 btl/bulan.	√	
	6	inj 5 mg/mL (i.m.)		4 amp/hari, maks 3 hari.	√
		a)	Untuk agitasi akut.		
		b)	Untuk kasus kedaruratan psikiatrik (tidak untuk pemakaian jangka panjang).		
4	haloperidol dekanat				

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
	a)	Untuk terapi rumatan pada pasien skizofrenia.		
	b)	Terapi awal dapat diberikan di Puskesmas yang memiliki tenaga kesehatan terlatih dan mempunyai surat penugasan dari Kementerian Kesehatan.		
	1	inj 50 mg/ml*	1 amp/2 minggu.	√
5	klorpromazin			
	1	tab 25 mg		√
	2	tab 100 mg*	90 tab/bulan.	√
		Terapi awal dapat diberikan di Puskesmas yang memiliki tenaga kesehatan terlatih dan mempunyai surat penugasan dari Kementerian Kesehatan.		
	3	inj 5 mg/mL (i.m.)		√
6	Klozapin			
	Hanya untuk pengobatan psikosis yang sudah resistan terhadap antipsikotik lain.			
	1	tab 100 mg*	90 tab/bulan.	√
	a)	Hanya untuk skizofrenia yang resistan/intoleran.		
	b)	Lakukan cek leukosit secara berkala (hati-hati agranulositosis).		
7	Olanzapine			
	Diresepkan oleh dokter yang memiliki kompetensi dibidang ilmu kedokteran jiwa.			
	1	tab sal selaput 5 mg*	60 tab/bulan.	
	a)	Untuk skizofrenia.		
		Atau		
	b)	<i>Adjunctive treatment</i> pada kasus bipolar yang tidak memberikan respons dengan pemberian litium atau valproat.		
	2	tab sal selaput 10 mg*	60 tab/bulan.	
	a)	Untuk skizofrenia.		
	b)	<i>Adjunctive treatment</i> pada kasus bipolar yang tidak memberikan respons dengan pemberian litium atau valproat.		
8	paliperidon palmitat*			

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
	Diresepkan oleh dokter yang memiliki kompetensi dibidang ilmu kedokteran jiwa.			
	1	inj 75 mg/0,75 mL	- Dosis awal: injeksi di hari ke-1 dan hari ke-8. - Dosis rumatan: maks 150 mg/bulan.	√
	2	inj 100 mg/mL		√
	3	inj 150 mg/1,5 mL		√
9	Quetiapin			
	a)	Untuk skizofrenia.		
		Atau		
	b)	Untuk pasien bipolar yang tidak memberikan respons terhadap pemberian litium atau valproat.		
	c)	Diresepkan oleh dokter yang memiliki kompetensi dibidang ilmu kedokteran jiwa.		
	1	tab pelepasan lambat 150 mg*	60 tab/bulan.	√
	2	tab pelepasan lambat 200 mg*	60 tab/bulan.	√
	3	tab pelepasan lambat 300 mg*	60 tab/bulan.	√
	4	tab pelepasan lambat 400 mg*	60 tab/bulan.	√
10	risperidon			
	a)	Untuk skizofrenia.		
		atau		
	b)	<i>Adjunctive treatment</i> pada pasien bipolar yang tidak memberikan respons dengan pemberian litium atau valproat.		
	1	tab 1 mg*	60 tab/bulan.	√
	2	tab 2 mg*	120 tab/bulan.	√
		Terapi awal dapat diberikan di Puskesmas yang memiliki tenaga kesehatan terlatih dan mempunyai surat penugasan dari Kementerian Kesehatan.		
	3	tab 3 mg*	60 tab/bulan.	
11	trifluoperazin*			
	Diresepkan oleh dokter yang memiliki kompetensi dibidang ilmu kedokteran jiwa.			
	1	tab sal selaput 5 mg	90 tab/bulan.	
21.5 OBAT untuk GANGGUAN BIPOLAR				
1	valproat*			
	1	tab lepas lambat 250 mg	90 tab/bulan.	√

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN			PERESEPAN MAKSIMAL	OEN	
	2	tab lepas lambat 500 mg		90 tab/bulan.	√	
	3	tab sal enterik 250 mg		60 tab/bulan.	√	
21.6 OBAT untuk PROGRAM KETERGANTUNGAN						
1	Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.					
	metadon ^[P]					
	Hanya diberikan di Puskesmas yang sudah terlatih dan mempunyai sertifikat yang ditunjuk oleh Kementerian Kesehatan.					
	1	sir 50 mg/5 mL			√	
22. OBAT untuk SALURAN CERNA						
22.1 ANTASIDA dan ANTIULKUS						
1	antasida, kombinasi:					
	a.	aluminium hidroksida	200 mg			
	b.	magnesium hidroksida	200 mg			
		1	tab kunyah			√
		2	susp			
2	omeprazol					
	1	kaps 20 mg		30 kaps/bulan.	√	
		a)	Untuk terapi jangka pendek pada kasus tukak lambung, tukak duodenum dan refluks esofagitis.			
		b)	Diberikan 1 jam sebelum makan.			
	2	inj 40 mg		1-3 amp/hari maks 3 hari.	√	
Untuk pasien IGD atau rawat inap dengan riwayat perdarahan saluran cerna.						
3	ranitidin					
	1	tab 150 mg		30 tab/bulan.	√	
4	lansoprazole 30 mg			30 tab/bulan.		
		a)	Untuk terapi jangka pendek pada kasus tukak lambung, tukak duodenum dan refluks esofagitis.			
		b)	Diberikan 1 jam sebelum makan.			
22.2 ANTIEMETIK						
1	dimenhidrinat					
	1	tab 50 mg			√	
2	domperidon					

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN			PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
	1	tab 10 mg			√
	2	sir 5 mg/5 mL			√
3	klorpromazin				
	1	tab 25 mg			√
	2	inj 5 mg/mL (i.m.)			√
	3	inj 25 mg/mL (i.m.)			
4	metoklopramid				
	1	tab 5 mg			
	2	tab 10 mg			
	3	inj 5 mg/mL			√
22.3 ANTIHEMOROID					
1	antihemoroid, kombinasi KDT/FDC mengandung:				
	a.	bismut subgalat			
	b.	heksaklorofen			
	c.	lidokain			
	d.	seng oksida			
		1	sup	5 sup/kasus.	√
22.4 ANTISPASMODIK					
1	atropin				
	1	tab 0,5 mg			
	2	inj 0,25 mg/mL (i.v./s.k.)			√
2	hiosin butilbromida				
	1	tab 10 mg			√
22.5 OBAT untuk DIARE					
1	atapulgit				
	1	tab			
2	Catatan: Dilarutkan dalam 200 mL air.				
	garam oralit				
	1	serb			√
3	kombinasi KDT/FDC mengandung:				
	a.	kaolin	550 mg		
	b.	pektin	20 mg		
		1	tab		
4	zinc				

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
	Harus diberikan bersama oralit selama 10 hari.			
	1	tab <i>dispersible</i> 20 mg		√
	2	sir 20 mg/5 mL		√
	3	<i>drops</i> 10 mg/mL	2 btl/kasus.	
		Untuk anak usia < 2 tahun.		
22.6 KATARTIK				
1	bisakodil			
	1	tab sal 5 mg	2 tab/hari selama 5 hari kecuali untuk konstipasi kronis.	√
	2	sup 5 mg	3 sup/kasus.	√
	3	sup 10 mg	3 sup/kasus.	√
2	gliserol			
	1	obat luar 100 mg/mL		√
3	laktulosa			
	1	sir 3,335 g/5 mL		√
23. OBAT untuk SALURAN NAPAS				
23.1 ANTIASMA				
1	aminofilin			
	1	tab 150 mg		
	2	tab 200 mg		
	3	inj 24 mg/mL		
2	budesonid			
	1	serb ih 200 mcg/dosis*	Asma persisten berat: 2 tbg/bulan.	
		Untuk rumatan asma (tidak untuk serangan asma akut).		
	2	cairan ih 0,25 mg/mL	Hari pertama maks 10 mL perhari, selanjutnya 4-8 mL perhari selama 5 hari.	√
		Hanya untuk serangan asma akut.		
	3	cairan ih 0,5 mg/mL	Hari pertama maks 10 mL perhari, selanjutnya 4-8 mL perhari selama 5 hari.	√
		Hanya untuk serangan asma akut.		
3	epinefrin (adrenalin)			
	1	inj 1 mg/mL		√
4	fenoterol HBr*			
	Hanya untuk serangan asma akut.			
	1	aerosol 100 mcg/ <i>puff</i>	1 tbg/bulan.	

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
	2	cairan ih 0,1%	1 tbg/bulan.	
5	flutikason propionat			
	1	cairan ih 0,5 mg/dosis	Hari pertama maks 5 vial/hari, selanjutnya 2 vial/hari paling lama 5 hari.	
		Hanya untuk serangan asma akut.		
	2	MDI/ aerosol 50 mcg/dosis*	2 <i>canister</i> /bulan.	
		Untuk rumatan asma (tidak untuk serangan asma akut).		
6	ipratropium bromida*			
	a)	Untuk pasien PPOK dengan eksaserbasi akut.		
	b)	Tidak untuk jangka panjang.		
	1	aerosol 0,02 mg/dosis	1 <i>canister</i> /bulan.	√
7	kombinasi KDT/FDC, setiap dosis mengandung:			
	a.	budesonid 80 mcg		
	b.	formoterol 4,5 mcg		
	a)	Untuk terapi rumatan pada pasien asma.		
	b)	Untuk terapi pelega pada asma persisten ringan-berat.		
	c)	Tidak diindikasikan untuk bronkospasme akut.		
	1	ih*	Asma persisten ringan-sedang: 3 tbg/bulan. Asma persisten berat: 4 tbg/bulan.	√
8	kombinasi KDT/FDC, setiap dosis mengandung:			
	a.	budesonid 160 mcg		
	b.	formoterol 4,5 mcg		
	a)	Untuk terapi rumatan pada pasien asma.		
	b)	Untuk terapi pelega pada asma dari intermiten sampai persisten ringan-berat.		
	c)	Untuk terapi rumatan pada pasien PPOK.		
	d)	Tidak diindikasikan untuk bronkospasme akut.		
9	1	ih*	- Asma intermiten: 1 tbg/bulan. - Asma persisten ringan: 2 tbg/bulan. - Asma persisten sedang-berat: 3-4 bg/bulan. - PPOK: 2 tbg/bulan.	√
	kombinasi KDT/FDC mengandung:			

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN			PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
	a.	ipratropium bromida	0,02 mg		
	b.	fenoterol hidrobromida	0,05 mg		
	1	aerosol*			
10	kombinasi KDT/FDC mengandung:				
	a.	ipratropium bromida	0,5 mg		
	b.	salbutamol	2,5 mg		
	Hanya untuk:				
	a)	Serangan asma akut.			
		dan/atau			
	b)	Sebagai <i>nebulizer</i> di UGD dan ruang perawatan.			
11	1	cairan ih		Hari pertama maks 8 vial/hari, selanjutnya maks 4 vial/hari paling lama 5 hari. Kasus ICU maks 10 vial/hari.	
	kombinasi KDT/FDC mengandung:				
	a.	salmeterol	25 mcg		
	b.	flutikason propionat	50 mcg		
	Tidak diberikan pada kasus asma akut.				
12	1	ih*		1 tbg/bulan.	
	kombinasi KDT/FDC mengandung:				
	a.	salmeterol	50 mcg		
	b.	flutikason propionat	100 mcg		
	Tidak diberikan pada kasus asma akut.				
13	1	serb ih*		1 diskus/bulan.	
	kombinasi KDT/FDC mengandung:				
	a.	salmeterol	50 mcg		
	b.	flutikason propionat	250 mcg		
	Tidak diberikan pada kasus asma akut.				
14	1	serb ih*		1 diskus atau 60 kapsul per bulan.	
	kombinasi KDT/FDC mengandung:				
	a.	salmeterol	50 mcg		
	b.	flutikason propionat	500 mcg		
	Hanya untuk asma persisten berat.				
15	1	serb ih*		1 diskus atau 60 kapsul per bulan.	
	metilprednisolon				

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
	1	tab 4 mg*	Maks 10 tab/kasus.	√
	2	tab 8 mg*		
	3	inj 125 mg		√
		Pemberian di FPKTP hanya untuk serangan asma akut.		
16	prednison			
	1	tab 5 mg		√
17	salbutamol			
	1	tab 2 mg*		√
	2	tab 4 mg		
	3	cairan ih 1 mg/mL	Hari pertama maks 8 vial/hari, selanjutnya maks 4 vial/hari. Kasus di ICU maks 10 vial/hari.	√
		Hanya untuk serangan asma akut dan/atau bronkospasme yang menyertai PPOK atau SOPT (Sindrom Obstruksi Pasca Tuberkulosis).		
	4	sir 2 mg/5 mL*		
	5	MDI/aerosol 100 mcg/dosis*	- Asma persisten ringan-berat, SOPT: 1 tbg/bulan. - PPOK: 2 tbg/bulan.	√
	6	serb ih 200 mcg/kaps+rotahaler*		
18	teofilin*			
	1	tab 150 mg		
	2	tab lepas lambat 300 mg		
19	terbutalin			
	1	tab 2,5 mg*		
	2	inj 0,5 mg/mL (s.k./i.v.)	4 amp/hari.	√
		Hanya untuk serangan asma akut dan/atau PPOK.		
	3	cairan ih 2,5 mg/mL	Hari pertama maks 8 vial/hari, selanjutnya maks 4 vial/hari. Kasus di ICU maks 10 vial/hari.	
		Hanya untuk serangan asma akut dan/atau PPOK.		
	4	serb ih 0,50 mg/dosis*	1 tbg/bulan.	
		Hanya untuk serangan asma akut dan/atau PPOK.		
20	tiotropium*			

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
	Diberikan sebagai pengobatan pemeliharaan tambahan pada pasien asma persisten sedang - berat, berusia ≥ 6 tahun, yang tetap bergejala terhadap kombinasi LABA+ICS dan telah mengalami eksaserbasi parah dalam satu tahun terakhir.			
	1	cairan ih 2,5 mcg/semprot	1 <i>cartridge</i> /bulan, 1 alat respimat/6 bulan.	√
	2	cairan ih 2,5 mcg/semprot, <i>refill</i>	1 <i>cartridge</i> /bulan.	√
23.2 ANTITUSIF				
1	kodein			
	1	tab 10 mg		√
	2	tab 15 mg		
	3	tab 20 mg		
23.3 EKSPEKTORAN				
1	n-asetil sistein			
	1	kaps 200 mg*	Maks 10 kaps/kasus.	
	2	sir 100 mg/5mL	2 btl/kasus, paling lama 10 hari.	
		Hanya untuk pasien anak < 12 tahun.		
2	Ambroxol			
	1	tab 30 mg	60 tab/bulan.	
	2	sir 15 mg/5ml	2-3x sehari 1 sendok takar	
23.4 OBAT untuk PENYAKIT PARU OBSTRUKSI KRONIS				
1	budesonid			
	Hanya untuk eksaserbasi akut PPOK.			
	1	cairan ih 0,5 mg/mL	Maks selama 10 hari.	
2	indakaterol*			
	1	serb ih 150 mcg	30 kaps inhalasi/bulan.	
	2	serb ih 300 mcg		
3	ipratropium bromida			
	a)	Untuk pasien PPOK dengan eksaserbasi akut.		
	b)	Tidak untuk jangka panjang.		
	1	aerosol 0,02 mg/dosis*	1 <i>canister</i> /bulan.	√
	2	cairan ih 0,025%		√
4	kombinasi KDT/FDC mengandung:			
	a.	ipratropium bromida 0,5 mg		
	b.	salbutamol 2,5 mg		

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN			PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
	Hanya untuk:				
		a)	Bronkospasme yang menyertai PPOK.		
			dan/atau		
		b)	Sebagai <i>nebulizer</i> di UGD dan ruang perawatan.		
		1	cairan ih	- Hari pertama maks 8 vial/hari, selanjutnya maks 6 vial/hari paling lama 15 hari.- Kasus ICU maks 10 vial/hari.	√
5	kombinasi KDT/FDC mengandung:				
	a.	salmeterol	50 mcg		
	b.	flutikason propionat	250 mcg		
		1	serb ih*	1 diskus atau 60 kapsul per bulan.	
6	kombinasi KDT/FDC mengandung:				
	a.	salmeterol	50 mcg		
	b.	flutikason propionat	500 mcg		
		1	serb ih*	1 diskus atau 60 kapsul per bulan.	
7	olodaterol*				
	Tidak untuk mengatasi eksaserbasi akut.				
	1	cairan ih 2,5 mcg/semprot		1 <i>cartridge</i> /bulan, 1 alat <i>respimat</i> /3 bulan.	
	2	cairan ih 2,5 mcg/semprot, <i>refill</i>		1 <i>cartridge</i> /bulan.	
8	tiotropium*				
	Digunakan pada pasien PPOK, termasuk bronkitis kronik dan emfisema, terapi rumatan dari <i>dyspnea</i> dan pencegahan eksaserbasi.				
	1	cairan ih 2,5 mcg/semprot		1 <i>cartridge</i> /bulan, 1 alat <i>respimat</i> /6 bulan.	
	2	cairan ih 2,5 mcg/semprot, <i>refill</i>		1 <i>cartridge</i> /bulan.	
24. OBAT yang MEMENGARUHI SISTEM IMUN					
24.1 SERUM dan IMUNOGLOBULIN					
1	Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.				
	<i>green pit viper antivenin</i> ^[P]				
	1	serb inj			√
2	Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.				
	<i>hemato polivalent snake antivenin</i> ^[P]				
	1	serb inj			√

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
3	hepatitis B imunoglobulin (<i>human</i>)			
	Untuk bayi baru lahir dengan ibu HBsAg positif.			
	1	inj 100–220 IU		√
4	<i>human tetanus imunoglobulin</i>			
	Untuk:			
	a)	Luka baru terkontaminasi pada pasien dengan riwayat vaksinasi tetanus yang tidak diketahui/tidak lengkap.		
	b)	Manifestasi tetanus secara klinis.		
	1	inj 250 IU (i.m.)		√
	2	inj 500 IU (i.m.)		
5	Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.			
	<i>king cobra antivenin</i> ^[P]			
	1	serb inj		√
6	Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.			
	<i>neuro polyvalent snake antivenin</i> ^[P]			
	1	serb inj		√
7	Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.			
	<i>polyvalent snake antivenin</i> (Indonesia) ^[P]			
	1	inj		√
8	Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.			
	<i>russell's viper antivenin</i> ^[P]			
	1	serb inj		√
9	Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.			
	<i>sea snake antivenin</i> ^[P]			
	1	inj		√
10	serum antirabies			
	a)	Digunakan untuk pengobatan <i>post exposure</i> di daerah rabies.		
	b)	Disimpan pada suhu 2–8 °C.		
	1	inj 150–400 IU/mL		√
11	serum antitetanus (A.T.S)			
	Disimpan pada suhu 2–8 °C.			
	Untuk pencegahan:			
	1	inj 1.500 IU/mL (i.m.)		√

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
	2	inj 5.000 IU/mL (i.m.)		√
	Untuk pengobatan :			
	1	inj 10.000 IU (i.m/i.v.)		√
	2	inj 20.000 IU (i.m/i.v.)		√
12	tetanus toxoid			
	1	inj		
24.2 VAKSIN				
Catatan:				
a)	Disediakan oleh Program Kemenkes.			
b)	Disimpan pada suhu 2-8 °C.			
1	vaksin BCG ^[P]			
	a)	Disimpan dekat evaporator.		
	b)	Vaksin yang telah dilarutkan tetapi tidak segera digunakan maka harus disimpan pada suhu 2-8 °C tidak lebih dari 3 jam penyimpanan.		
	1	serb inj 0,75 mg/mL+pelarut (i.k.)		√
2	vaksin COVID-19 <i>platform inactivated</i> ^[P]			
	1	inj		
3	vaksin COVID-19 <i>platform mRNA</i> ^[P]			
	1	inj		
4	vaksin COVID-19 platform protein sub unit rekombinan ^[P]			
	1	inj		
5	vaksin DPT-HB-Hib ^[P]			
	1	inj (i.m.)		√
6	vaksin hepatitis B rekombinan ^[P]			
	Diberikan pada bayi < 24 jam pascalahir dengan didahului suntikan vitamin K1 2-3 jam sebelumnya.			
	1	<i>Prefilled Injection Device (Uniject)</i> (i.m)		√
7	vaksin human papilomavirus ^[P]			
	1	inj (0,5 mL) vial dosis tunggal		√
8	vaksin human rotavirus ^[P]			
	1	drop, vial multi dosis		√
9	vaksin <i>Japanese encephalitis, live attenuated</i> ^[P]			
	1	inj dengan pelarut (0,5 mL) vial multi dosis		√
10	vaksin jerap difteri tetanus (DT) ^[P]			

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
	Untuk anak < 7 tahun.			
	1	inj 40/15 lf/mL (i.m.)		√
11	vaksin jerap tetanus difteri (Td) ^[P]			
	Untuk anak dan dewasa (≥ 7 tahun)			
	1	inj 15/4 lf/mL (i.m.)		√
12	vaksin measles rubela (MR) ^[P]			
	a)	Disimpan dekat evaporator.		
	b)	Vaksin yang telah dilarutkan disimpan pada suhu 2-8 °C selama dan harus digunakan sebelum lewat 6 jam.		
	c)	Digunakan pada usia 9 bulan, 18 bulan, dan kelas 1 SD.		
	1	inj (s.k.)		√
13	vaksin pneumokokus polisakarida konjugasi ^[P]			
	1	inj (0,5 mL) vial multidosis		√
14	vaksin polio IPV ^[P]			
	1	inj (i.m.)		√
15	vaksin polio oral (b-OPV) ^[P]			
	1	<i>drops</i>		√
16	vaksin rabies, untuk manusia ^[P]			
	Digunakan untuk <i>post exposure</i> di daerah rabies.			
	1	inj 2,5 IU		√
25. OBAT untuk TELINGA, HIDUNG, dan TENGGOROKAN				
1	<i>Catatan: dibuat baru, recenter paratus (r.p.).</i>			
	asam asetat			
	1	tts telinga 2%		√
2	<i>Catatan: Dibuat baru (recenter paratus, r.p.), dalam botol tertutup rapat, terlindung dari cahaya.</i>			
	hidrogen peroksida			
	1	lar 3%		√
3	karbogliserin			
	1	tts telinga 10 %		√
4	kloramfenikol Untuk infeksi telinga dengan membran timpani yang utuh.			
	1	tts telinga		

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
5	lidokain			
	1	spray topikal 10%		√
6	oksimetazolin			
	1	tts hidung 0,025%		√
	2	semprot hidung 0,05%		√
26. VITAMIN dan MINERAL				
1	asam askorbat (vitamin C)			
	1	tab 50 mg		√
	2	tab 250 mg		√
	3	tab 500 mg		
2	kalsitriol			
	Hanya untuk penyakit ginjal kronis <i>grade</i> 5 atau pasien hipoparatiroid pemeriksaan kadar kalsium ion 1,1–2,5 mmol.			
	1	kaps lunak 0,25 mcg	90 kaps/bulan.	
	2	kaps lunak 0,5 mcg	90 kaps/bulan.	
3	kalsium glukonat			
	1	inj 10%		√
4	kalsium karbonat (setara dengan 500 mg Ca elemental)*			
	1	tab/tab kunyah/kapl		√
5	kalsium laktat (kalk)			
	Untuk hipoparatiroidisme.			
	1	tab 500 mg		√
6	Catatan: Disediakan oleh Program Kemenkes.			
	kombinasi KDT/FDC mengandung: ^[P]			
	a.	Fe sulfat/Fe umarat/Fe glukonat	(setara dengan 60 mg Fe elemental)	
	b.	asam folat	0,4 mg	
	1	tab sal		√
7	piridoksin (vitamin B6)			
	1	tab 10 mg*	30 tab/bulan.	√
	2	tab 25 mg*	30 tab/bulan.	√
8	retinol (vitamin A)			
	1	kaps lunak 100.000 IU		√
	2	kaps lunak 200.000 IU		√

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		PERESEPAN MAKSIMAL	OEN
9	sianokobalamin (vitamin B12)			
	1	tab 50 mcg	30 tab/bulan.	
10	tiamin (vitamin B1)*			
	1	tab 50 mg	30 tab/bulan.	√
11	vitamin B kompleks mengandung:			
	a.	vitamin B1		
	b.	vitamin B6		
	c.	vitamin B12		
	Untuk pengobatan defisiensi vitamin B1, B6, dan B12			
	1	tab	30 tab/bulan.	
12	kolekalsiferol (vitamin D3)		1 tablet/hari	
	1	Tab 1.000 IU	30 tab/bulan.	



GUBERNUR KEPULAUAN RIAU,

[Signature]

ANSAR AHMAD