

KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL  
BINA KEFARMASIAN DAN ALAT KESEHATAN  
NOMOR HK.02.03/III/1346/2014

TENTANG

PEDOMAN PENERAPAN FORMULARIUM NASIONAL

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR JENDERAL BINA KEFARMASIAN DAN ALAT KESEHATAN,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui upaya pembinaan penggunaan obat yang tercantum dalam Formularium Nasional (Fornas) perlu pedoman penerapan Formularium Nasional;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Keputusan Direktur Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan tentang Pedoman Penerapan Formularium Nasional (Fornas);
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
2. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 255);
3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1144/Menkes/Per/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 585) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 35 tahun 2013 (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 741);

4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1392);
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1400);
6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 228/Menkes/SK/VI/2013 tentang Komite Nasional Penyusunan Formularium Nasional 2013;
7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 328/Menkes/SK/IX/2013 tentang Formularium Nasional sebagaimana telah diubah dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 159/Menkes/SK/V/2014;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 63 Tahun 2014 tentang Pengadaan Obat Berdasarkan Katalog Elektronik (*e-catalogue*);
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan;

MEMUTUSKAN:

- Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL BINA KEFARMASIAN DAN ALAT KESEHATAN TENTANG PEDOMAN PENERAPAN FORMULARIUM NASIONAL.
- KESATU : Pedoman Penerapan Formularium Nasional sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan Direktur Jenderal ini.

- 3 -

KEDUA : Keputusan Direktur Jenderal ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 12 Desember 2014

DIREKTUR JENDERAL BINA  
KEFARMASIAN DAN ALAT KESEHATAN,

t.t.d

Dra. MAURA LINDA SITANGGANG, Ph.D  
NIP. 19580503 198303 2 001

LAMPIRAN  
KEPUTUSAN DIRJEN BINFAR DAN ALKES  
NOMOR HK.02.03/III/1346/2014  
TENTANG  
PEDOMAN PENERAPAN FORMULARIUM  
NASIONAL

PEDOMAN PENERAPAN  
FORMULARIUM NASIONAL

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

**A. LATAR BELAKANG**

Pelayanan Kesehatan yang diberikan kepada masyarakat dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative termasuk pelayanan obat sesuai dengan kebutuhan medis. Dalam mendukung pelaksanaan tersebut, Kementerian Kesehatan, khususnya Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan berupaya untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan aksesibilitas obat dengan menyusun Formularium Nasional (Fornas) yang akan digunakan sebagai acuan dalam pelayanan kesehatan di seluruh fasilitas kesehatan, baik fasilitas kesehatan tingkat pertama, maupun fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan. Fornas merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan sebagai acuan dalam pelaksanaan JKN. Untuk mendapatkan hasil yang optimal, maka disusunlah Pedoman Penerapan Fornas.

Tujuan utama pengaturan obat dalam Fornas adalah meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, melalui peningkatan efektifitas dan efisiensi pengobatan sehingga tercapai penggunaan obat rasional. Bagi tenaga kesehatan, Fornas bermanfaat sebagai “acuan” bagi penulis resep, mengoptimalkan pelayanan kepada pasien, memudahkan perencanaan, dan penyediaan obat di fasilitas pelayanan kesehatan. Dengan adanya Fornas 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 Fornas harus dijamin ketersediaan dan keterjangkauannya.

Penerapan cara pembayaran paket berbasis diagnosa dengan sistem *Indonesia Case Base Groups (INA-CBGs)* dalam sistem JKN untuk fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (fasilitas kesehatan tingkat kedua dan ketiga) dan pola pembayaran dengan sistem kapitasi pada fasilitas kesehatan tingkat pertama dengan ketentuan bahwa setiap pasien yang djamin oleh BPJS Kesehatan tidak dikenakan iur biaya untuk obat yang diresepkan. Meskipun obat yang diresepkan kemungkinan tidak tercantum dalam Fornas, namun sudah termasuk dalam paket pembayaran yang diterima oleh fasilitas kesehatan tersebut, sehingga menuntut pemberi pelayanan kesehatan untuk menggunakan sumber daya termasuk obat secara efisien dan rasional tetapi efektif. Oleh sebab itu Fornas merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari INA-CBGs dan sistem kapitasi, sebagai koridor bagi pelaksanaan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan bagi peserta JKN sesuai dengan kaidah dan standar terapi yang berlaku.

## **B. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Menjadi acuan bagi Pemerintah Pusat, Pemerintah Provinsi/Kabupaten/Kota, Rumah Sakit, dan Puskesmas serta pihak lain yang terkait dalam penerapan Fornas pada penyelenggaraan dan pengelolaan Program JKN.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Meningkatkan pemahaman tentang proses penyusunan dan kriteria pemilihan obat dalam Fornas.
- b. Meningkatkan penerapan Fornas di fasilitas pelayanan kesehatan oleh dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis dalam memilih obat yang aman, berkhasiat, bermutu, terjangkau, dan berbasis bukti ilmiah.
- c. Mengoptimalkan penerapan Fornas sebagai acuan dalam perencanaan dan penyediaan obat di fasilitas kesehatan.
- d. Meningkatkan peran tenaga kesehatan dalam melakukan monitoring dan evaluasi penggunaan obat dalam sistem JKN berdasarkan Fornas.

### **C. Manfaat**

Pedoman Penerapan Fornas dimaksudkan agar dapat memberikan manfaat baik bagi Pemerintah maupun Fasilitas Kesehatan dalam:

1. Menetapkan penggunaan obat yang aman, berkhasiat, bermutu, terjangkau, dan berbasis bukti ilmiah dalam JKN.
2. Meningkatkan penggunaan obat rasional.
3. Mengendalikan biaya dan mutu pengobatan.
4. Mengoptimalkan pelayanan kesehatan kepada pasien.
5. Menjamin ketersediaan obat yang dibutuhkan untuk pelayanan kesehatan.
6. Meningkatkan efisiensi anggaran pelayanan kesehatan.

## **BAB II**

### **PENYUSUNAN FORMULARIUM NASIONAL**

#### **A. Mekanisme Penyusunan Fornas**

Fornas disusun oleh Komite Nasional (Komnas) Penyusunan Fornas yang disahkan oleh Menteri Kesehatan, beranggotakan pakar di bidang kedokteran dan dokter gigi, baik umum maupun spesialis, farmakologi klinik, apoteker dan Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM).

#### **1. Organisasi**

##### **a. Tim Penyusun**

- 1) Struktur organisasi berbentuk Komnas Penyusunan Fornas, terdiri dari :
  - a) Tim Ahli
  - b) Tim Evaluasi
  - c) Tim Pelaksana
- 2) Keanggotaan Komnas Penyusunan Fornas bersifat tetap sampai terbentuk Komite pada revisi Fornas berikutnya.

##### **b. Proses Pemilihan Anggota Tim Ahli**

- 1) Persyaratan anggota Tim Ahli
  - a) Tidak memiliki konflik kepentingan dan bersedia menandatangani pernyataan bebas konflik kepentingan.
  - b) Memiliki integritas dan standar profesional tinggi.
  - c) Menandatangani surat pernyataan kesediaan secara tertulis.
- 2) Proses rekrutmen Tim Ahli
  - a) Sekretariat menyampaikan permintaan kesediaan tertulis dari yang bersangkutan, yang dilakukan 2 (dua) bulan sebelum rapat perdana.
  - b) Yang bersangkutan menyatakan kesediaan tertulis 1 (satu) minggu setelah mendapat surat permintaan tersebut disertai pernyataan bebas konflik kepentingan.

##### **c. Komnas Penyusunan Fornas**

Komnas terdiri atas unsur Kementerian Kesehatan, BPOM, asosiasi profesi, perguruan tinggi dan tenaga ahli.

## **2. Tahapan Kegiatan Penyusunan Fornas**

### **a. Pengusulan**

- 1) Proses penyusunan diawali dengan pengiriman surat permintaan usulan tertulis dari Ditjen Binfar dan Alkes kepada:
  - a) Rumah Sakit pemerintah dan swasta;
  - b) Perhimpunan/organisasi profesi dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis;
  - c) Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota dan Puskesmas;
  - d) Unit pengelola program di Kementerian Kesehatan.
  
- 2) Obat diusulkan dengan mengisi Formulir Usulan Obat sebagaimana contoh Formulir 1 terlampir. Pengisian Formulir tersebut dengan ketentuan sebagai berikut :
  - a) Penulisan nama obat 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 lazim. Obat kombinasi dituliskan masing-masing komponen zat berkhasiatnya disertai kekuatan masing-masing komponen.
  - b) Pengusulan obat menyesuaikan dengan kelas terapi di dalam Fornas/DOEN edisi terakhir.
  - c) Bentuk sediaan dan kekuatan dituliskan lengkap sesuai dengan yang tercantum pada kemasan/leaflet obat.
  - d) Pengusulan harus mencantumkan alasan pengusulan.

### **b. Seleksi administratif**

Usulan yang telah diterima oleh Sekretariat diseleksi secara administratif. Usulan yang lolos seleksi administratif adalah yang memenuhi persyaratan sebagai berikut:

- 1) Usulan yang diterima hanya yang berasal dari Fasilitas Kesehatan, baik tingkat pertama maupun rujukan tingkat lanjutan, perhimpunan/organisasi profesi dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis, Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota dan unit pengelola program di Kementerian Kesehatan.

- 2) Obat yang diusulkan harus disertai data pendukung dan bukti ilmiah terkini (*evidence based medicine*) yang menunjukkan manfaat dan keamanan obat bagi populasi.
- 3) Memiliki ijin edar dan usulan penggunaannya harus sesuai dengan indikasi yang disetujui oleh BPOM.
- 4) Obat yang diusulkan tidak termasuk obat tradisional dan suplemen makanan.

**c. Kompilasi usulan**

Dalam waktu 1 (satu) bulan setelah tanggal batas usulan masuk, Sekretariat melakukan kompilasi usulan yang telah lulus seleksi administrasi dan dikelompokkan sesuai dengan kelas terapi

**d. Pembahasan Teknis**

- 1) Pembahasan teknis dilakukan bersama Tim Ahli. Usulan obat yang dibahas adalah yang lulus seleksi administrasi.
- 2) Dalam penyusunan Fornas 2013, selain dibahas dan dipertimbangkan usulan obat, juga dilakukan review terhadap seluruh obat yang sudah tercantum dalam Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) 2013, Formularium Jamkesmas Tahun 2013 dan DPHO Askes Edisi XXXII.

**e. Rapat Pleno**

Pembahasan dilakukan bersama Tim Ahli, perhimpunan/organisasi profesi dokter dan dokter spesialis, perwakilan rumah sakit, perwakilan Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota, perwakilan Puskesmas, dan unit pengelola program pengobatan di Kementerian Kesehatan. Hasil rapat pleno adalah rekomendasi daftar obat yang akan dimuat dalam Fornas.

**f. Finalisasi**

Proses finalisasi mencakup beberapa kegiatan sebagai berikut:

- 1) Penyempurnaan redaksional draft akhir Fornas hasil Rapat Pleno oleh Tim Ahli.
- 2) Negosiasi dengan industri farmasi terkait kesediaan dan harga, khususnya obat-obat yang belum tersedia generiknya atau untuk terapi penyakit yang memerlukan biaya tinggi.
- 3) Penyusunan rancangan final Fornas.

#### **g. Pengesahan**

Atas dasar rekomendasi dari Tim Komnas Fornas, Menteri Kesehatan RI menetapkan Fornas melalui Keputusan Menteri Kesehatan.

### **B. Kriteria Pemilihan Obat**

1. Pemilihan obat dalam Fornas didasarkan atas kriteria sebagai berikut:
  - a. Memiliki khasiat dan keamanan yang memadai berdasarkan bukti ilmiah terkini dan sah.
  - b. Memiliki rasio manfaat-risiko (*benefit-risk ratio*) yang paling menguntungkan pasien.
  - c. Memiliki izin edar dan indikasi yang disetujui oleh BPOM.
  - d. Memiliki rasio manfaat-biaya (*benefit-cost ratio*) yang tertinggi.
  - e. Obat tradisional dan suplemen makanan tidak dimasukkan dalam Fornas.
  - f. Apabila terdapat lebih dari satu pilihan yang memiliki efek terapi yang serupa, pilihan dijatuhkan pada obat yang memiliki kriteria berikut:
    - 1) Obat yang sifatnya paling banyak diketahui berdasarkan bukti ilmiah;
    - 2) Sifat farmakokinetik dan farmakodinamik yang diketahui paling menguntungkan;
    - 3) Stabilitasnya lebih baik;
    - 4) Mudah diperoleh.
  - g. Obat jadi kombinasi tetap, harus memenuhi kriteria berikut :
    - 1) Obat hanya bermanfaat bagi penderita jika diberikan dalam bentuk kombinasi tetap;
    - 2) Kombinasi tetap harus menunjukkan khasiat dan keamanan yang lebih tinggi daripada masing-masing komponen;
    - 3) Perbandingan dosis komponen kombinasi tetap merupakan perbandingan yang tepat untuk sebagian besar pasien yang memerlukan kombinasi tersebut;
    - 4) Kombinasi tetap harus meningkatkan rasio manfaat-biaya (*benefit-cost ratio*); dan
    - 5) Untuk antibiotik, kombinasi tetap harus dapat mencegah atau mengurangi terjadinya resistensi atau efek merugikan lainnya.

## 2. Petunjuk Tingkat Pembuktian dan Rekomendasi

Tingkat pembuktian dan rekomendasi didasarkan pada hal-hal berikut:

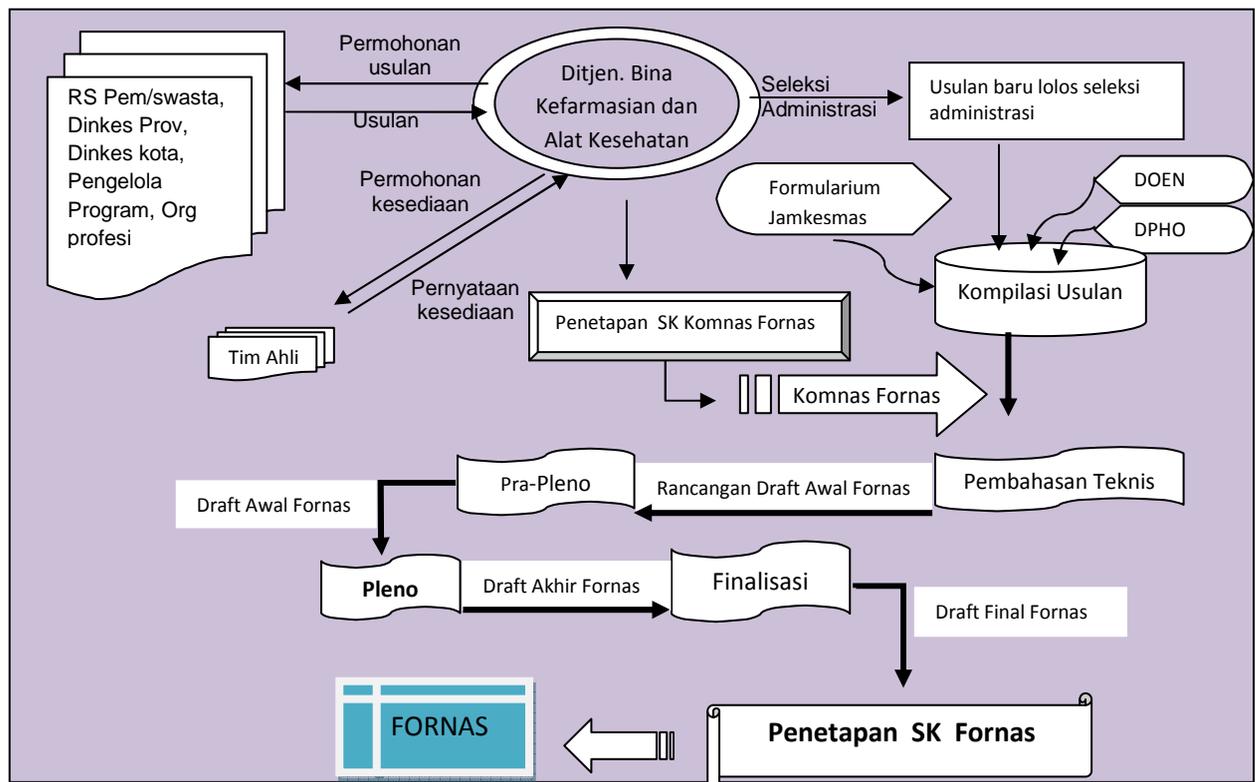
Tabel 1. Tingkat Pembuktian (*Statements of Evidence*)

<b>Tingkat Pembuktian</b>	<b>Bentuk bukti ilmiah</b>
<b>Ia</b>	Bukti ilmiah diperoleh dari <i>meta analysis</i> atau <i>systematic review</i> terhadap uji klinik acak terkendali tersamar ganda dengan pembandingan.
<b>Ib</b>	Bukti ilmiah diperoleh dari sekurang-kurangnya satu uji klinik acak terkendali, tersamar ganda dengan pembandingan.
<b>IIa</b>	Bukti ilmiah diperoleh sekurang-kurangnya dari satu uji klinik tanpa pengacakan.
<b>IIb</b>	Bukti ilmiah diperoleh dari sekurang-kurangnya satu studi kuasi-eksperimental yang dirancang dengan baik.
<b>III</b>	Bukti ilmiah diperoleh dari studi observasional yang dirancang dengan baik, seperti studi komparatif, studi korelasi, kasus-kontrol, kohort, dan/atau studi kasus.
<b>IV</b>	Pendapat yang diperoleh dari laporan atau opini Komite Ahli dan/atau pengalaman klinik dari pakar.

### C. Revisi Fornas

Pelaksanaan revisi Fornas sebagai upaya dalam melakukan peninjauan Fornas dilakukan paling lambat 2 (dua) tahun sekali. Revisi tidak hanya untuk menyesuaikan dengan kemajuan ilmu pengetahuan, tetapi juga untuk memberikan ruang perbaikan terhadap isi Fornas, meningkatkan kepraktisan dalam penggunaan dan penyerahan obat kepada pasien yang disesuaikan dengan kompetensi tenaga kesehatan dan tingkat fasilitas kesehatan yang ada. Penyempurnaan Fornas dilakukan secara berkala. Usulan materi disampaikan kepada Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan, Kementerian Kesehatan dengan mengisi Formulir Usulan Obat sebagaimana contoh Formulir 1 terlampir. Proses revisi Fornas mengikuti alur yang telah disebutkan di atas, direkomendasikan oleh Komnas Penyusunan Fornas, dan disahkan oleh Menteri Kesehatan.

Skema 1. Alur Proses Penyusunan Fornas



## D. Sistematika Penulisan Fornas

### 1. Ketentuan Umum

Fornas mencakup obat hasil evaluasi DOEN, Formularium Jamkesmas, DPHO PT. ASKES (Persero) serta obat baru yang direkomendasikan oleh Komite Nasional Penyusunan Fornas.

Adapun ketentuan umum Fornas adalah sebagai berikut:

- a. Sistematika penggolongan nama obat didasarkan pada 29 kelas terapi, 93 sub kelas terapi, 33 sub sub kelas terapi, 15 sub sub sub kelas terapi, nama generik obat, sediaan/kekuatan, restriksi, dan tingkat fasilitas kesehatan.
- 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 lazim. 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 dipergunakan dalam beberapa bentuk sediaan dan satu bentuk sediaan dapat terdiri dari beberapa jenis kekuatan.
- d. Obat yang dipakai di fasilitas kesehatan tingkat 1 adalah obat yang digunakan untuk pelayanan kesehatan primer.
- e. Obat yang dipakai di fasilitas kesehatan tingkat 2 adalah obat yang digunakan untuk pelayanan kesehatan sekunder.
- f. Obat yang dipakai di fasilitas kesehatan tingkat 3 adalah obat yang digunakan untuk pelayanan kesehatan tersier.

## **2. Pengertian dan Singkatan**

### **a. Pengertian**

- 1) Fornas adalah:

Daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan harus tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan sebagai acuan dalam pelaksanaan JKN.

- 2) Restriksi penggunaan adalah batasan yang terkait dengan indikasi, jumlah dan lama pemakaian obat untuk tiap kasus/episode, kewenangan penulis resep, serta kondisi lain yang harus dipenuhi agar obat dapat diresepkan dengan baik dan benar.
- 3) Bentuk sediaan adalah bentuk obat sesuai proses pembuatan obat tersebut dalam bentuk seperti yang akan digunakan.
- 4) Kekuatan sediaan adalah kandungan zat aktif dalam sediaan obat jadi.

- 5) *e-catalogue* adalah sistem informasi elektronik yang memuat daftar, jenis, spesifikasi teknis dan harga barang tertentu dari berbagai Penyedia Barang/Jasa Pemerintah.
- 6) *e-purchasing* adalah tata cara pembelian Barang/Jasa melalui sistem *e-catalogue*.
- 7) Program Rujuk Balik merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada penderita penyakit kronis dengan kondisi stabil dan masih memerlukan pengobatan atau asuhan keperawatan jangka panjang yang dilaksanakan di fasilitas kesehatan tingkat pertama atas rekomendasi/rujukan dari dokter spesialis/sub spesialis yang merawat.
- 8) Kondisi terkontrol/stabil adalah suatu kondisi dimana penderita penyakit kronis berdasarkan diagnosis mempunyai parameter – parameter yang stabil sesuai tata laksana penyakit kronis dan ditetapkan oleh dokter spesialis/sub spesialis.
- 9) Obat tambahan adalah obat yang mutlak diberikan bersama obat utama dan diresepkan oleh dokter spesialis/sub spesialis di Faskes Rujukan Tingkat Lanjutan untuk mengatasi penyakit penyerta atau mengurangi efek samping akibat obat utama.
- 10) Surat Rujuk Balik (SRB) adalah surat yang diberikan oleh Faskes Rujukan Tingkat Lanjutan untuk merujuk balik peserta ke Faskes Tingkat Pertama dalam rangka melanjutkan pemeriksaan dan pengobatan peserta dengan penyakit kronis dalam kondisi terkontrol dan stabil.

**b. Singkatan**

Singkatan yang ada dalam Fornas dapat berupa bahasa Indonesia maupun singkatan khusus seperti yang lazim digunakan.

## BAB III

### PENGELOLAAN OBAT FORNAS

#### A. Penyediaan Obat Berdasarkan Fornas

Penyediaan obat dilaksanakan dengan mekanisme sebagai berikut:

1. Penyediaan obat di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

a. Puskesmas

Penyedia obat Puskesmas berpedoman kepada Fornas dapat dilaksanakan oleh Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) Dinas Kesehatan melalui *e-purchasing* berdasarkan *e-catalogue*.

b. Klinik

Penyediaan obat di klinik berpedoman kepada Fornas yang dilaksanakan oleh Instalasi Farmasi yang ada di klinik. Jika klinik tidak memiliki apoteker, maka pelayanan kefarmasian dilakukan oleh Apotek Jejaring.

c. Praktik dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis layanan primer

Penyediaan obat untuk praktek dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis layanan primer mengacu kepada Fornas yang dilaksanakan oleh apotek sebagai jejaring pelayanan kesehatan. Mekanisme pengadaan oleh apotek dapat melalui *e-purchasing* berdasarkan *e-catalogue*.

2. Penyedia obat di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan/FKRTL (Fasilitas kesehatan tingkat kedua dan ketiga)

Untuk pelayanan kesehatan sekunder (fasilitas kesehatan tingkat kedua) dan tersier (fasilitas kesehatan tingkat ketiga) di Rumah Sakit, penyediaan obat dilaksanakan oleh Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS) melalui *e-catalogue*. Dalam penyediaan obat, acuan yang dipakai adalah Fornas dan mekanisme pengadaannya melalui *e-purchasing* berdasarkan *e-catalogue*.

3. Dalam hal obat yang dibutuhkan tidak terdapat dalam Katalog Elektronik (*e-catalogue*) obat, proses pengadaan dapat mengikuti metode

lainnya sebagaimana diatur dalam Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.

4. Dalam hal pengadaan obat melalui *e-purchasing berdasarkan catalog elektronik (e-catalogue)* sebagaimana dimaksud butir 1 (satu) dan 2 (dua) mengalami kendala operasional dalam aplikasi, pembelian dapat dilaksanakan secara manual. Pembelian manual dilaksanakan secara langsung kepada Industri Farmasi yang tercantum dalam Katalog Elektronik (*e-catalogue*).

## **B. Penggunaan Obat di Luar Fornas**

Pada pelaksanaan pelayanan kesehatan, penggunaan obat disesuaikan dengan standar pengobatan program terkait dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Apabila dalam pemberian pelayanan kesehatan, pasien membutuhkan obat yang belum tercantum di Fornas, maka hal ini dapat diberikan dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Penggunaan obat diluar Fornas di FKTP dapat digunakan apabila sesuai dengan indikasi medis dan sesuai dengan standar pelayanan kedokteran dengan biaya obat yang sudah termasuk dalam kapitasi dan tidak boleh dibebankan kepada peserta.

Untuk pengadaan obat di Puskesmas mengacu pada Fornas, apabila di butuhkan dapat dilakukan pengadaan obat diluar Fornas sesuai dengan indikasi medis dan sesuai pelayanan kedokteran setelah mendapat persetujuan dari Kepala Dinas Kesehatan Kab/Kota.

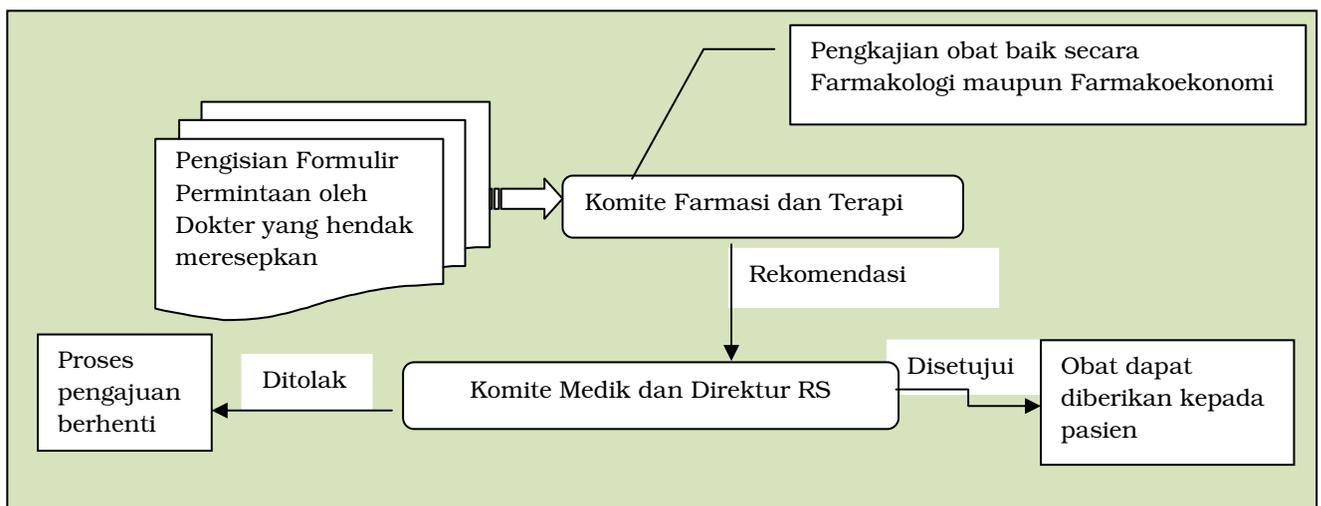
2. Penggunaan obat di luar Fornas di FKRTL hanya dimungkinkan setelah mendapat rekomendasi dari Ketua Komite Farmasi dan Terapi (KFT) dengan persetujuan Komite Medik dan Kepala/Direktur Rumah Sakit. Pengajuan permohonan penggunaan obat di luar Fornas dilakukan dengan mengisi Formulir Permintaan Khusus Obat di luar Fornas sebagaimana contoh Formulir 2 terlampir.

Pengajuan permohonan penggunaan obat di luar Fornas dilakukan dengan langkah – langkah sebagai berikut:

- (1) Dokter yang hendak meresepkan obat di luar Fornas harus mengisi Formulir Permintaan Khusus Obat di luar Fornas sebagaimana contoh Formulir 2 terlampir.

- (2) Formulir tersebut diserahkan kepada KFT untuk dilakukan pengkajian obat, baik secara farmakologi maupun farmakoekonomi.
- (3) Setelah proses kajian obat selesai, maka KFT akan memberikan catatan rekomendasi pada formulir tersebut dan menyerahkan ke Komite Medik dan Direktur Rumah Sakit.
- (4) Formulir dengan rekomendasi dari KFT diserahkan kepada Komite Medik dan Direktur Rumah Sakit untuk meminta persetujuan.
- (5) Setelah mendapat persetujuan dari Komite Medik dan Direktur Rumah Sakit, obat dapat diserahkan ke pasien.
- (6) Biaya obat yang diusulkan sudah termasuk paket INA-CBGs dan tidak ditagihkan terpisah ke BPJS Kesehatan serta pasien tidak boleh diminta urun biaya.

Skema 2. Alur Pengajuan Obat diluar Fornas



### C. Pelayanan Obat

#### 1. Pelayanan Obat Umum

No.	Uraian	Kebijakan Pelayanan Obat
1.	Ruang Lingkup	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pelayanan Obat di Fasilitas Kesehatan Tingkat pertama (Faskes Tk. I).</li> <li>2. Pelayanan Obat di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (Faskes Tk. 2 dan 3).</li> </ol>
2.	Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Puskesmas : Ruang farmasi atau bekerjasama dengan Apotek Jejaring.</li> <li>2. Klinik : Instalasi Farmasi/Apotek Jejaring.</li> </ol>

No.	Uraian	Kebijakan Pelayanan Obat
		<ol style="list-style-type: none"> <li>3. RS Kelas D Pratama: Instalasi Farmasi/Apotek Jejaring.</li> <li>4. Praktek Dokter dan Dokter gigi: Apotek Jejaring.</li> <li>5. Untuk daerah terpencil pelayanan kefarmasian dilakukan oleh Apoteker di Puskesmas atau Puskesmas yang disupervisi oleh Instalasi Farmasi Kab/Kota (IFK).</li> <li>6. Apoteker di IFK dan Dinas Kesehatan bertugas untuk mensupervisi pelayanan kefarmasian dan pengelolaan obat di Puskesmas di wilayah kerjanya.</li> </ol>
3.	Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan	Klinik Utama, Praktek dokter spesialis, dokter gigi spesialis, RS Tipe A, B, C dan D: Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS) dan atau Apotek Jejaring.
4.	Sistem pembiayaan obat	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama: Kapitasi.</li> <li>2. Fasilitas Kesehatan Rujukan: Paket INA-CBGs.</li> <li>3. Obat Kronis dan Obat Sitotoksik ditagihkan secara terpisah sesuai aturan yang berlaku.</li> <li>4. Program Rujuk Balik: ditagihkan secara terpisah sesuai ketentuan yang berlaku.</li> </ol>
5.	Peresepan obat diluar Fornas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berdasarkan Rekomendasi dari Ketua KFT dengan Persetujuan Komite Medik dan Kepala/Direktur Rumah Sakit.</li> <li>2. Biaya sudah termasuk paket INA-CBG's dan tidak ditagihkan terpisah ke BPJS Kesehatan dan pasien tidak boleh diminta urun biaya.</li> </ol>

## 2. Pelayanan Obat Program Rujuk Balik (PRB)

Peserta yang berhak memperoleh obat PRB adalah peserta dengan diagnosa penyakit kronis yang telah ditetapkan dalam kondisi terkontrol/stabil oleh dokter spesialis/sub spesialis dan telah mendaftarkan diri untuk menjadi peserta PRB di Pojok PRB, sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan, serta membawa kelengkapan dokumen yaitu Surat Rujuk Balik (SRB), Resep Obat Kronis, Surat Eligibilitas Peserta (SEP), Identitas Peserta dan Buku Kontrol PRB.

### Ketentuan Obat PRB

No	Uraian	Ketentuan Obat PRB
1.	Pemberi Layanan	<p>a. Resep Dalam penulisan resep hanya dokter spesialis/dokter sub spesialis/yang berhak meresepkan obat PRB dan merubah resep obat utama.</p> <p>b. Obat</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Pelayanan obat PRB diberikan oleh ruang farmasi Puskesmas dan Apotek atau Instalasi Farmasi Klinik Pratama yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.</li><li>2) Dalam hal ruang farmasi Puskesmas belum dapat melakukan pelayanan obat PRB, maka obatnya disediakan oleh Apotek yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.</li></ol>
2.	Cakupan Obat PRB	Obat diberikan untuk Diabetes Melitus, Hipertensi, Jantung, Asma, Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK), Epilepsi, Gangguan kesehatan jiwa kronik, Stroke, Sindroma Sistemik Lupus Eritematosus (SLE) sesuai ketetapan Menteri Kesehatan.
3.	Acuan Daftar Obat	<p>a. Obat-obat yang diresepkan oleh dokter spesialis/dokter sub spesialis/di FKRTL untuk PRB harus sesuai dengan obat rujuk balik yang tercantum dalam Fornas.</p> <p>b. Obat tambahan sesuai Daftar Obat Fornas yang berlaku.</p> <p>c. Untuk jumlah maksimal obat yang dapat diberikan mengikuti daftar peresepan maksimal yang telah ditetapkan.</p>

No	Uraian	Ketentuan Obat PRB
4.	Penyediaan Obat PRB	Obat PRB seperti yang tercantum dalam Fornas tersedia di Apotek Jejaring atau Instalasi Farmasi FKTP.
5.	Pembiayaan obat PRB	<p>a. Biaya Obat PRB yang ditagihkan kepada BPJS Kesehatan mengacu pada harga dasar obat sesuai <i>e-catalogue</i> ditambah biaya pelayanan kefarmasian.</p> <p>b. Penagihan Obat PRB            Klaim obat PRB ditagihkan secara terpisah oleh Apotek/Instalasi Farmasi kepada BPJS Kesehatan sesuai dengan ketentuan/prosedur klaim yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.</p>
6.	Ketentuan Lain	<p>a. Mekanisme prosedur PRB dilakukan sesuai dengan peraturan yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.</p> <p>b. Hal – hal yang perlu diperhatikan pada saat melakukan verifikasi resep obat oleh petugas farmasi adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pastikan diagnosis penyakit yang dirujuk balik masuk dalam ruang lingkup PRB.</li> <li>2) Pastikan kesesuaian obat yang diberikan dengan resep obat.</li> <li>3) Pastikan kesesuaian obat yang diberikan dengan daftar obat Fornas untuk PRB yang berlaku dan ketentuan lain yang berlaku.</li> </ol>

Tabel 2. Daftar Obat Fornas untuk Program Rujuk Balik JKN

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN	
<b>A. Obat Utama</b>		
<b>OBAT UNTUK PENYAKIT DIABETES MELLITUS</b>		
<b>1. ANALGESIK, ANTIPIRETIK, ANTIINFLAMASI NON STEROID, ANTIPIRAI</b>		
<b>1.3 ANTIPIRAI</b>		
1	alopurinol	
	1.	tab 100 mg
	2.	tab 300 mg
<b>16. HORMON, OBAT ENDOKRIN LAIN dan KONTRASEPSI</b>		
<b>16.2 ANTIDIABETES</b>		
<b>16.2.1 Antidiabetes Oral</b>		
1	akarbose	
	1.	tab 50 mg
	2.	tab 100 mg

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		
2	glibenklamid		
	1.	tab 2,5 mg	
	2.	tab 5 mg	
3	gliklazid		
	1.	tab MR 30 mg	
	2.	tab SR 60 mg	
4	glikuidon		
	1.	tab 30 mg	
	3.	tab 80 mg	
5	glimepirid		
	1.	tab 1 mg	
	2.	tab 2 mg	
	3.	tab 3 mg	
6	glipizid		
	1.	tab 5 mg	
	2.	tab 10 mg	
	4.	tab 4 mg	
7	metformin		
	1.	tab 500 mg	
	2.	tab 850 mg	
<b>16.2.2 Antidiabetes Parenteral</b>			
1	human insulin :		
	a)	<b>Untuk diabetes melitus tipe 1 harus dimulai dengan <i>human insulin</i>.</b>	
	b)	<b>Wanita hamil yang memerlukan insulin maka harus menggunakan <i>human insulin</i>.</b>	
	1.	<i>short acting</i>	inj 100 UI/mL (kemasan vial, <i>cartridge disposable</i> , <i>penfill cartridge</i> )
		<b>Pada kondisi khusus (misal : perioperatif) maka diabetes melitus tipe 2 dapat langsung diberikan insulin.</b>	
	2.	<i>intermediate acting</i>	inj 100 UI/mL (kemasan vial, <i>cartridge disposable</i> , <i>penfill cartridge</i> )
		<b>Untuk diabetes melitus tipe 1 atau tipe 2 yang tidak terkendali dengan golongan sulfonil urea dan obat diabetes oral.</b>	
3.	<i>mix insulin</i>	inj 100 UI/mL (kemasan vial, <i>cartridge disposable</i> , <i>penfill cartridge</i> )	
2	analog insulin :		
	1.	<i>rapid acting</i>	
		inj 100 UI/mL (kemasan vial, <i>cartridge disposable</i> , <i>penfill cartridge</i> )	
	<b>Pada kondisi khusus (misal : perioperatif) maka diabetes melitus tipe 2 dapat langsung diberikan insulin.</b>		
2.	<i>long acting</i>		
	inj 100 UI/mL (kemasan vial, <i>cartridge disposable</i> , <i>penfill cartridge</i> )		

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN	
		<b>Untuk diabetes melitus tipe 1 atau tipe 2 yang tidak terkontrol dengan golongan sulfonil urea dan obat diabetes oral.</b>
	3.	<i>mix insulin</i> inj 100 UI/mL (kemasan vial, <i>cartridge disposable</i> , <i>penfill cartridge</i> )
<b>OBAT UNTUK PENYAKIT HIPERTENSI</b>		
<b>17. OBAT KARDIOVASKULER</b>		
<b>17.3 ANTIHIPERTENSI</b>		
<b>Catatan :</b>		
<b>Pemberian obat antihipertensi harus didasarkan pada prinsip dosis titrasi, mulai dari dosis terkecil hingga tercapai dosis dengan outcome tekanan darah terbaik.</b>		
1	amlodipin	
	1.	tab 5 mg
	2.	tab 10 mg
2	atenolol	
	1.	tab 50 mg
	2.	tab 100 mg
3	bisoprolol	
	<b>Hanya untuk kasus hipertensi.</b>	
	1.	tab 5 mg
4	diltiazem	
	1.	tab 30 mg
	2.	kaps SR 100 mg
5	doksazosin	
	1.	tab 1 mg
	2.	tab 2 mg
6	hidroklorotiazid	
	1.	tab 25 mg
7	imidapril	
	1.	tab 5 mg
	2.	tab 10 mg
8	irbesartan	
	<b>Untuk hipertensi yang intoleransi terhadap ACE inhibitor.</b>	
	1.	tab 150 mg
9	kandesartan	
	<b>Untuk hipertensi yang intoleransi terhadap ACE inhibitor.</b>	
	1.	tab 8 mg
10	kaptopril	
	1.	tab 12,5 mg
	2.	tab 25 mg
11	klonidin	
	<b>Untuk hipertensi berat pada kasus rawat inap.</b>	
	1.	tab 0,15 mg

<b>KELAS TERAPI</b>	<b>SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN</b>
12	lisinopril
	1. tab 5 mg
	2. tab 10 mg
13	metildopa
	<b>Selektif untuk wanita hamil.</b>
	1. tab sal 250 mg
14	nifedipin
	1. kaps 10 mg
	<b>Hanya untuk preeklampsia dan tokolitik.</b>
	2. tab SR 20 mg
15	perindoprilarginin
	1. tab 5 mg
	16
17	ramipril
	1. tab 2,5 mg
	2. tab 5 mg
18	telmisartan
	<b>Untuk hipertensi yang intoleransi terhadap ACE inhibitor.</b>
	1. tab 40 mg
19	valsartan
	<b>Untuk hipertensi yang intoleransi terhadap ACE inhibitor.</b>
	1. tab 80 mg
20	verapamil
	1. tab 80 mg
	2. tab 240 mg
<b>OBAT UNTUK PENYAKIT JANTUNG</b>	
<b>17. OBAT KARDIOVASKULER</b>	
<b>17.1 ANTIANGINA</b>	
1	atenolol
	1. tab 50 mg
2	diltiazem HCl
	1. tab 30 mg
3	gliseril trinitrat
	1. tab sublingual 0,5 mg
	2. kaps SR 2,5 mg
4	isosorbid dinitrat
	1. tab 5 mg
	2. tab 10 mg
<b>17.2 ANTIARITMIA</b>	
1	amiodaron
	1. tab 200 mg

<b>KELAS TERAPI</b>	<b>SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN</b>
2	digoksin
	1. tab 0,25 mg
3	propranolol
	1. tab 10 mg
	<b>Untuk kasus-kasus dengan gangguan tiroid.</b>
4	verapamil
	<b>Untuk aritmia supraventrikuler.</b>
	1. tab 80 mg
<b>17.3 ANTIHIPERTENSI</b>	
1	ramipril
	1. tab 2,5 mg
<b>17.4 ANTIAGREGASI PLATELET</b>	
1	asam asetilsalisilat (asetosal)
	1. tab 80 mg
	2. tab 100 mg
2	klopidogrel
	<b>Hanya digunakan untuk pemasangan sten jantung.</b>
	<b>Saat akan dilakukan tindakan PTCA diberikan 4-8 tab.</b>
	<b>Rumatan 1 tab/hari selama 1 tahun.</b>
	<b>Pasien yang menderita <i>recent myocardial infarction, ischaemic stroke</i> atau <i>established Peripheral Arterial Disease (PAD)</i>.</b>
	<b>Pasien yang menderita sindrom koroner akut : NON STEMI (<i>unstable angina</i>) dan STEMI.</b>
<b>Hati-hati interaksi obat pada pasien yang menggunakan obat-obat golongan <i>proton pump inhibitor (PPI)</i>.</b>	
1. tab 75 mg	
<b>17.6 OBAT untuk GAGAL JANTUNG</b>	
1	bisoprolol
	<b>Hanya untuk gagal jantung kronis dengan penurunan fungsi ventrikular sistolik yang sudah terkompensasi.</b>
	1. tab 2,5 mg
2. tab 5 mg	
2	digoksin
	1. tab 0,25 mg
	<b>Hanya untuk gagal jantung dengan atrial fibrilasi atau sinus takikardia.</b>
3	furosemid
	1. tab 40 mg
4	kaptopril
	1. tab 12,5 mg
	2. tab 25 mg
3. tab 50 mg	
5	karvediol
	<b>Hanya untuk gagal jantung kongestif kronik.</b>
1. kaps 6,25 mg	
6	spironolakton
	1. tab 25 mg

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN		
7	ramipril		
	1.	tab 5 mg	
	2.	tab 10 mg	
<b>OBAT UNTUK PENYAKIT ASMA</b>			
<b>26. OBAT untuk SALURAN NAPAS</b>			
<b>26.1 ANTIASMA</b>			
1	aminofilin		
	1.	tab 150 mg	
	2.	tab 200 mg	
2	budesonid		
	1.	serb ih 100 mcg/dosis	
		<b>Tidak untuk serangan asma akut. Harus melampirkan hasil pemeriksaan spirometri.</b>	
	2.	ih 200 mcg/dosis	
<b>Harus melampirkan hasil pemeriksaan spirometri.</b>			
3	budesonid-formoterol ( <i>fixed combination</i> )		
	1.	ih 80/4,5 mcg	
		<b>Untuk rumatan terapi asma pada pasien usia &gt;6 tahun. Harus melampirkan hasil pemeriksaan spirometri.</b>	
	2.	ih 160/4,5 mcg	
		a)	<b>Untuk rumatan terapi asma pada pasien usia &gt; 6 tahun.</b>
		b)	<b>Terapi simptomatik pada pasien dengan PPOK berat.</b>
<b>Harus melampirkan hasil pemeriksaan spirometri.</b>			
4	deksametason		
	1.	tab 0,5 mg	
5	fenoterol HBr		
	<b>Hanya untuk serangan asma akut.</b>		
	1.	aerosol 100 mcg/puff	
2.	cairan ih 0,1%		
6	ipratropium bromida		
	<b>Untuk pasien PPOK dengan exacerbasi akut. Tidak untuk jangka panjang.</b>		
	1.	ih 20 mcg/puff	
7	metilprednisolon		
	1.	tab 4 mg	
	2.	tab 8 mg	
	3.	tab 16 mg	
8	salbutamol		
	1.	tab 2 mg	
	2.	tab 4 mg	
	3.	lar ih 0,5 %	
	4.	sir 2 mg/5 mL	
	5.	aerosol 100 mcg	
		<b>Hanya untuk serangan asma akut dan atau bronkospasme yang menyertai PPOK, SOPT (Sindrom Obstruksi Pasca Tuberkulosis). Harus melampirkan hasil pemeriksaan spirometri.</b>	
6.	serb ih 200 mcg/kaps + rotahaler		

<b>KELAS TERAPI</b>	<b>SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN</b>	
9	teofilin	
	1.	tab 100 mg
	2.	tab 150 mg
10	terbutalin	
	1.	tab 2,5 mg
	2.	serb ih 0,50 mg/dose
11	kombinasi:	
	a.	salmeterol 25 mcg
	b.	flutikason propionat 50 mcg
	<b>Tidak diberikan pada kasus asma akut.</b>	
12	kombinasi :	
	a.	salmeterol 50 mcg
	b.	flutikason propionat 100 mcg
	<b>Tidak diberikan pada kasus asma akut.</b>	
13	kombinasi :	
	a.	salmeterol 50 mcg
	b.	flutikason propionat 250 mcg
	<b>Tidak diberikan pada kasus asma akut.</b>	
<b>26.2 ANTITUSIF</b>		
1	kodein	
	1.	tab 10 mg
	2.	tab 15 mg
<b>26.3 EKSPETORAN</b>		
1	n-asetil sistein	
	<b>Hanya untuk pasien rawat inap dengan eksaserbasi akut.</b>	
	1.	kaps 200 mg
<b>OBAT UNTUK PENYAKIT PARU OBSTRUKSI KRONIS (PPOK)</b>		
<b>26. OBAT untuk SALURAN NAPAS</b>		
<b>26.4 OBAT untuk PENYAKIT PARU OBSTRUKSI KRONIS</b>		
1	ipratropium bromida	
	<b>Untuk pasien PPOK dengan exacerbasi akut.</b>	
	<b>Tidak untuk jangka panjang.</b>	
	1.	ih 20 mcg/puff
2	tiotropium	
	<b>Satu paket berisi 30 tablet dan 1 handihaller.</b>	
	1.	serb ih 18 mcg + handihaller
	2.	serb ih 18 mcg, refill
<b>OBAT UNTUK EPILEPSY</b>		
<b>5. ANTIEPILEPSI - ANTIKONVULSI</b>		
1	fenitoin Na	
	1.	kaps 50 mg
	2.	kaps 100 mg
2	fenobarbital	
	1.	tab 30 mg
	2.	tab 100 mg

<b>KELAS TERAPI</b>	<b>SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN</b>
3	karbamazepin
	1. tab 200 mg
	2. sir 100 mg/5 mL
4	valproat
	<b>Dapat digunakan untuk epilepsi umum (<i>general epilepsy</i>).</b>
	1. tab sal 250 mg
	2. tab sal 500 mg
	3. tab SR 250 mg
	4. tab SR 500 mg
5. sir 250 mg/5 mL	
<b>OBAT UNTUK PENYAKIT SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS</b>	
<b>1.2 ANALGESIK NON NARKOTIK</b>	
1	asam mefenamat
	1. kaps 250 mg
	2. kaps 500 mg
2	ibuprofen
	1. tab 200 mg
	2. tab 400 mg
	3. sir 100 mg/5 mL
4. sir 200 mg/5 mL	
3	natrium diklofenak
	1. tab 25 mg
	2. tab 50 mg
<b>8. ANTINEOPLASTIK, IMUNOSUPRESAN dan OBAT untuk TERAPI PALIATIF</b>	
<b>8.2 IMUNOSUPRESAN</b>	
1	hidroksi klorokuin
	<b>Hanya untuk <i>rheumatoid arthritis</i> dan <i>lupus eritematosus</i>.</b>
	1. tab 200 mg
2. tab 400 mg	
<b>16.5 KORTIKOSTEROID</b>	
1	metilprednisolon
	1. tab 4 mg
	2. tab 8 mg
	3. tab 16 mg
2	prednison
	1. tab 5 mg
<b>29 VITAMIN dan MINERAL</b>	
1	kalsium karbonat
	1. tab 500 mg
2	kolekalsiferol (vitamin D3)
	<b>Hanya untuk penyakit ginjal kronis pada level CKD 5 ke atas dan pasien hipotiroid, pemeriksaan kadar kalsium ion 1,1-2,5 mmol.</b>
	1. kaps lunak 0,25 mcg
	2. kaps lunak 0,5 mcg
<b>OBAT UNTUK PENYAKIT SCHIZOPHRENIA</b>	
<b>23. PSIKOFARMAKA</b>	
<b>23.4 ANTIPSIKOSIS</b>	
1	haloperidol

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN	
	1.	tab 0,5 mg
	2.	tab 1,5 mg
	3.	tab 2 mg
	4.	tab 5 mg
2	klorpromazin	
	1.	tab sal 100 mg
3	risperidon	
	a)	<b>Monoterapi schizophrenia.</b>
	b)	<b>Adjunctive treatment pada pasien bipolar yang tidak memberikan respon dengan pemberian lithium atau valproat.</b>
	1.	tab sal 1 mg
	2.	tab sal 2 mg
	3.	tab 3 mg
4	trifluoperazin	
	1.	tab sal 5 mg
<b>OBAT UNTUK PENYAKIT STROKE</b>		
<b>17. OBAT KARDIOVASKULER</b>		
<b>17.4 ANTIAGREGASI PLATELET</b>		
1	asam asetilsalisilat (asetosal)	
	1.	tab 80 mg
	2.	tab 100 mg
2	klopidogrel	
	<b>Hanya digunakan untuk pemasangan sten jantung.</b>	
	<b>Saat akan dilakukan tindakan PTCA diberikan 4-8 tab. Rumatan 1 tab/hari selama 1 tahun.</b>	
	<b>Pasien yang menderita <i>recent myocardial infarction, ischaemic stroke</i> atau <i>established Peripheral Arterial Disease (PAD)</i>.</b>	
	<b>Pasien yang menderita sindrom koroner akut : NON STEMI (<i>unstable angina</i>) dan STEMI.</b>	
	<b>Hati-hati interaksi obat pada pasien yang menggunakan obat-obat golongan <i>proton pump inhibitor (PPI)</i>.</b>	
	1.	tab 75 mg
<b>B. OBAT TAMBAHAN</b>		
<b>17. OBAT KARDIOVASKULER</b>		
<b>17.4 ANTIAGREGASI PLATELET</b>		
1	asam asetilsalisilat (asetosal)	
	1.	tab 80 mg
	2.	tab 100 mg
2	simvastatin	
	<b>Sebagai terapi tambahan terhadap terapi diet pada pasien hiperlipidemia dengan:</b>	
	a)	<b>kadar LDL &gt;160 mg/dL untuk pasien tanpa komplikasi diabetes melitus/PJK.</b>
	b)	<b>kadar LDL&gt;100 mg/dL untuk pasien PJK.</b>
	c)	<b>kadar LDL&gt;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.</b>
	1.	tab sal 10 mg

KELAS TERAPI	SUB KELAS TERAPI/NAMA GENERIK/SEDIAAN/KEKUATAN DAN RESTRIKSI PENGGUNAAN	
	2.	tab sal 20 mg
<b>29 VITAMIN dan MINERAL</b>		
1	piridoksin (vitamin B6)	
	1.	tab 10 mg
	2.	tab 25 mg
2	sianokobalamin (vitamin B12)	
	1.	tab 50 mcg
3	tiamin (vitamin B1)	
	1.	tab 50 mg

### 3. Pelayanan Obat Kronis

No	Uraian	Ketentuan Obat PRB
1.	Pemberi Layanan	Pelayanan obat diberikan melalui instalasi farmasi di FKRTL atau apotek yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.
2.	Cakupan Obat	Obat yang diberikan untuk penyakit kronis yang belum dirujuk balik dan penyakit kronis lain yang menjadi kewenangan FKRTL.
3.	Acuan Daftar Obat	2. Daftar obat yang diberikan sesuai dengan yang tercantum dalam Fornas. 3. Untuk jumlah maksimal obat yang dapat diberikan mengikuti daftar persepsan maksimal yang telah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.
4.	Penyediaan Obat	Obat penyakit kronis di FKRTL diberikan maksimum untuk 1 (satu) bulan sesuai indikasi medis, dengan ketentuan sebagai berikut: a. Obat diberikan sebagai bagian dari Paket INA-CBG's, dan diberikan minimal 7 (tujuh) hari. b. Bila sesuai indikasi medis diperlukan tambahan hari pengobatan, obat diberikan terpisah diluar paket INA-CBG'S dan harus tercantum pada Fornas, dengan pemberian maksimal 23 (dua puluh tiga) hari.
5.	Pembiayaan obat	a. Biaya obat yang ditagihkan oleh Instalasi Farmasi di FKRTL atau Apotek yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. b. Biaya obat yang ditagihkan oleh Instalasi Farmasi di FKRTL atau Apotek mengacu pada harga dasar obat sesuai <i>e-catalogue</i> ditambah biaya pelayanan kefarmasian.

#### **4. Pelayanan Obat Program Pemerintah**

- a. Pelayanan Kesehatan bagi peserta penderita HIV/AIDS, Tuberkulosa (TB), malaria, kusta, korban narkotika yang memerlukan rehabilitasi medis dan penyakit lain yang ditetapkan oleh Menteri, dimana pelayanannya dilakukan di FKRTL tetap dapat diklaimkan sesuai tarif INA-CBGs, sedangkan obatnya menggunakan obat program.
- b. Penyakit yang pelayanan obatnya menggunakan obat program pemerintah seperti penyakit HIV/AIDS, Tuberkulosa (TB), malaria, kusta, korban narkotika yang memerlukan rehabilitasi medis dan penyakit lain yang ditetapkan oleh Menteri, diatur secara tersendiri.
- c. Obat untuk pelayanan rumatan metadon merupakan obat program pemerintah yang ditanggung oleh pemerintah dan/atau pemerintah daerah.
- d. Penyediaan
  - Distribusi obat program melalui Dinas Kesehatan Provinsi, Rumah Sakit yang ditunjuk/Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota.
  - Obat untuk pelayanan rumatan metadon dapat diperoleh di FKTP tertentu yang ditunjuk sebagai institusi penerima wajib lapor.

#### **5. Pelayanan Obat Hemofilia, Onkologi dan Thalasemia**

##### **a. Pemberian Obat Hemofilia**

Pemberian Obat Hemofilia dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut:

- 1) Pemberian obat dilakukan di fasilitas kesehatan tingkat-3.
- 2) Fasilitas kesehatan tingkat-2 dapat memberikan obat dengan mempertimbangkan kemampuan fasilitas kesehatan dan kompetensi sumber daya manusia kesehatan.
- 3) Peresepan obat sesuai dengan protokol terapi dari dokter spesialis/sub spesialis yang merawat peserta pada fasilitas kesehatan tingkat-2 dengan mengacu pada rekomendasi pengobatan sebelumnya dari dokter spesialis pada fasilitas kesehatan tingkat-3.

##### **b. Pemberian Obat Onkologi**

Pemberian Obat Onkologi dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut:

- 1) Pemberian obat dilakukan di fasilitas kesehatan tingkat-3.
- 2) Fasilitas kesehatan tingkat-2 dapat memberikan obat kemoterapi dengan mempertimbangkan kemampuan fasilitas kesehatan dan kompetensi sumber daya manusia kesehatan.
- 3) Harus memperhatikan hal – hal sebagai berikut:
  - a) Peresepan obat anti kanker hanya boleh dilakukan oleh Dokter Ahli Onkologi/Spesialis Konsultan Bidang Onkologi dan harus dilengkapi dengan protokol terapi dari dokter yang merawat dan telah disetujui oleh Tim Onkologi (*Cancer/Tumor Board*), kecuali obat goserelin asetat dan leuprorelin asetat untuk terapi endometriosis dapat diresepkan langsung oleh Dokter Ahli Obstetri dan Ginekologi.
  - b) Untuk Rumah Sakit yang memiliki Dokter Ahli Onkologi/Spesialis Konsultan Bidang Onkologi, maka peresepan obat anti kanker dapat diberikan oleh dokter tersebut dengan persetujuan Tim Onkologi (*Cancer/Tumor Board*).
  - c) Untuk Rumah Sakit yang tidak memiliki Dokter Ahli Onkologi/Spesialis Konsultan Bidang Onkologi, maka keputusan peresepan pertama obat anti kanker harus dilakukan oleh Rumah Sakit yang memiliki Dokter Ahli Onkologi/Spesialis Konsultan Bidang Onkologi. Peresepan selanjutnya dapat diberikan oleh dokter spesialis di Rumah Sakit tersebut sesuai rekomendasi dan persetujuan Tim Onkologi (*Cancer/Tumor Board*).
  - d) Pengajuan klaim pada pemberian obat kemoterapi berlaku sesuai dengan tarif dasar INA-CBG's ditambah tarif obat kemoterapi yang jenisnya sesuai dengan Fornas dan besarnya sesuai dengan *e-catalogue*.
  - e) Untuk jumlah maksimal obat yang dapat diberikan mengikuti daftar peresepan maksimal yang telah ditetapkan.

**c. Pemberian Obat Thalassemia**

Pemberian obat thalassemia dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut:

- 1) Pemberian obat dilakukan di fasilitas kesehatan tingkat-3.

- 2) Fasilitas kesehatan tingkat-2 dapat memberikan obat thalassemia dengan mempertimbangkan kemampuan fasilitas kesehatan dan kompetensi sumber daya manusia kesehatan.
- 3) Apabila hendak dilakukan di faskes tingkat-2 maka persepan obat yang diberikan harus sesuai dengan protokol terapi dari dokter spesialis/sub spesialis yang merawat peserta pada fasilitas kesehatan tingkat-2 dengan mengacu pada rekomendasi pengobatan sebelumnya dari dokter spesialis pada fasilitas kesehatan tingkat-3.
- 4) Dalam kondisi tertentu pemberian obat thalassemia dapat dilakukan di pelayanan rawat jalan.

#### **D. Peresepan Obat**

Peresepan obat di fasilitas kesehatan didasarkan pada daftar obat yang terdapat dalam Fornas sesuai indikasi medis dengan ketentuan peresepan sebagai berikut:

1. Apabila resep yang dituliskan oleh dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis adalah obat bernama dagang namun tersedia produk dengan nama generik (INN), maka petugas Apotek/Instalasi Farmasi dapat langsung mengganti obat tersebut (*auto switching*) dengan produk dengan nama generik (INN).
2. Obat yang dapat diresepkan FKTP adalah obat yang digunakan untuk pelayanan kesehatan dasar dan diberi tanda cek (√) pada kolom "FASILITAS KESEHATAN TK 1".
3. Obat yang dapat diresepkan FKRTL tingkat kedua adalah obat yang digunakan untuk pelayanan kesehatan sekunder dan diberi tanda cek (√) pada kolom "FASILITAS KESEHATAN TK 2".
4. Obat yang dapat diresepkan FKRTL tingkat ketiga adalah obat yang digunakan untuk pelayanan kesehatan tersier dan diberi tanda cek (√) pada kolom "FASILITAS KESEHATAN TK 3".
5. Obat diberikan sesuai dengan restriksi penggunaan yang tercantum dalam Fornas yang merupakan batasan terkait dengan:
  - a. Pembatasan Indikasi.
  - b. Jumlah dan lama pemakaian obat untuk tiap kasus/episode.
  - c. Kewenangan penulis resep.

- d. Perlunya pemantauan terhadap kemungkinan timbulnya efek samping.
- e. Ketentuan hanya dapat digunakan untuk kasus-kasus tertentu.
- f. Perlunya monitoring ketat atau pertimbangan medis.
- g. Perlunya perhatian terhadap sifat/cara kerja obat.
- h. Perlunya cara atau perlakuan khusus.
- i. Perlunya fasilitas tertentu.
- j. Ketentuan dikombinasikan dengan obat lain.

#### 6. Peresepan maksimal

Peresepan maksimal obat adalah pedoman jumlah maksimal untuk peresepan, namun apabila memerlukan lebih banyak sesuai dengan indikasi medis, maka diperlukan persetujuan Komite Medik dan Kepala/Direktur Rumah Sakit.

Tabel 3. Daftar Peresepan Maksimal Dalam Fornas

No	Sub kelas Terapi>Nama Generik/Sediaan/Kekuatan/Restriksi	Peresepan Maksimal
<b>1. ANALGESIK, ANTIPIRETIK, ANTIINFLAMASI NON STEROID, ANTIPIRAI</b>		
<b>1.1 ANALGESIK NARKOTIK</b>		
1	fentanil	
	<b>inj : Hanya untuk nyeri sedang hingga berat yang tidak respon dengan opioid lainnya dan harus diberikan oleh tim medis yang dapat melakukan resusitasi.</b>	
	<b>patch : Untuk nyeri pada pasien kanker yang tidak teratasi dengan analgetik opioid. Terapi harus dimulai dari non opioid terlebih dahulu jika memungkinkan.</b>	
	1. inj 0,05 mg/mL (i.v.)	5 amp/ kasus.
	2. patch 12,5 mcg/jam	10 patch/bulan.
	3. patch 25 mcg/jam	10 patch/bulan.
2	kodein	
	1. tab 10 mg	20 tab/minggu.
	2. tab 20 mg	20 tab/minggu.
3	morfin HCl	
	<b>Hanya untuk pemakaian pada tindakan anestesi atau perawatan di Rumah Sakit dan untuk mengatasi nyeri kanker yang tidak respon terhadap analgetik non narkotik atau nyeri pada serangan jantung.</b>	
	1. tab 10 mg	30 tab/bulan.
	2. tab SR 10 mg	30 tab/bulan.
	3. tab SR 15 mg	30 tab/bulan.
4. inj 10 mg/mL (i.m./s.k./i.v.)	1 amp/hari.	
4	petidin	
	1. inj 50 mg/mL (i.m./s.k./i.v.)	2 amp/hari.

No	Sub kelas Terapi>Nama Generik/Sediaan/Kekuatan/Restriksi		Peresepan Maksimal
		<b>Hanya untuk tindakan anetesi dan nyeri sedang hingga berat pada pasien yang dirawat di Rumah Sakit.</b>	
		<b>Tidak digunakan untuk nyeri kanker.</b>	
5	sufentanil		
	1.	inj 5 mcg/mL (i.v.)	3 vial/kasus.
		<b>Hanya untuk tindakan anestesi yang diberikan dokter anestesi</b>	
<b>1.2 ANALGESIK NON NARKOTIK</b>			
1	ibuprofen		
	1.	sir 100 mg/5 mL	1 btl/kasus.
	2.	sir 200 mg/5 mL	1 btl/kasus.
2	ketoprofen		
	1.	sup 100 mg	2 sup/hari, maks 3 hari.
		<b>Untuk nyeri sedang sampai berat pada pasien yang tidak dapat menggunakan analgetik secara oral.</b>	
		<b>Pemberian maksimal 3 hari.</b>	
3	ketorolak		
	1.	inj 30 mg/mL	2-3 amp/hari, maks 2 hari.
		<b>Untuk nyeri sedang sampai berat untuk pasien yang tidak dapat menggunakan analgetik secara oral.</b>	
		<b>Pemberian maksimal 2 hari.</b>	
4	natrium diklofenak		
	1.	tab 25 mg	30 tab/bulan.
	2.	tab 50 mg	30 tab/bulan.
5	parasetamol		
	1.	sir 120 mg/5 mL	2 btl/kasus.
	2.	tts 60 mg/0,6 mL	1 btl/kasus.
	3.	drips (infus) 1000 mg/100 mL	3 btl/kasus.
		<b>Hanya untuk pasien ICU yang memerlukan antipiretik berkelanjutan.</b>	
6	tramadol		
	1.	inj 50 mg/mL	5 amp/hari.
		<b>Hanya untuk nyeri sedang sampai berat pasca operasi yang tidak dapat menggunakan analgesik oral.</b>	
<b>1.3 ANTIPIRAI</b>			
1	alopurinol		
		<b>Tidak untuk nyeri akut.</b>	
	1.	tab 100 mg	30 tab/bulan.
	2.	tab 300 mg	30 tab/bulan.
2	kolkisin		
	1.	tab 500 mcg	30 tab/bulan.
3	probenesid		
	1.	tab 500 mg	30 tab/bulan.
<b>2. ANESTETIK</b>			
<b>2.3 OBAT untuk PROSEDUR PRE OPERATIF</b>			
1	midazolam		

No	Sub kelas Terapi>Nama Generik/Sediaan/Kekuatan/Restriksi	Peresepan Maksimal
	<b>Dapat digunakan untuk pre medikasi sebelum induksi anestesi dan rumatan selama anestesi umum.</b>	
	1. inj 1 mg/mL (i.v.) <b>Dosis rumatan : 1 mg/jam (24 mg/hari).</b>	<b>Dosis rumatan :</b> 1mg/jam (24 mg/hari). <b>Dosis pre medikasi :</b> 2,5-5 mg (hanya 1x pemberian).
	2. inj 5 mg/mL (i.v.) <b>Dosis pre medikasi : 2,5-5 mg (hanya 1x pemberian).</b>	
<b>3. ANTIALERGI dan OBAT untuk ANAFILAKSIS</b>		
1	deksametason	
	1. inj 5 mg/mL (i.v./i.m.)	4 amp/hari.
2	loratadin	
	1. tab 10 mg	1 tab/hari, maks 5 hari.
3	setirizin	
	1. tab 10 mg	1 tab/hari, maks 5 hari.
	2. sir 5 mg/5 mL	1 btl/kasus.
<b>5. ANTIEPILEPSI - ANTIKONVULSI</b>		
1	diazepam	
	1. inj 5 mg/mL (i.v.) <b>Hanya untuk i.v</b>	10 amp/kasus, kecuali untuk kasus di ICU.
	2. lar rektal 5 mg/2,5 mL	
	3. lar rektal 10 mg/2,5 mL	2 tube/hari, bila kejang.
2	fenitoin Na	
	1. kaps 50 mg	90 kaps/ bulan
	2. kaps 100 mg	90 kaps/ bulan
	3. inj 100 mg/2 mL <b>Dapat digunakan untuk status konvulsivus.</b>	Dosis awal maks 10 amp, dilanjutkan dengan rumatan.
	4. inj 50 mg/mL <b>Dapat digunakan untuk status konvulsivus.</b>	
		4 amp/hari.
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	valproat	
	<b>Dapat digunakan untuk epilepsi umum (general epilepsy).</b>	
	1. tab sal 250 mg	90 tab/ bulan.
	2. tab sal 500 mg	60 tab/bulan.
	3. tab SR 250 mg	60 tab/bulan.

No	Sub kelas Terapi>Nama Generik/Sediaan/Kekuatan/Restriksi		Peresepan Maksimal
	4.	tab SR 500 mg	60 tab/bulan.
	5.	sir 250 mg/5 mL	5 btl/bulan.
<b>6. ANTIINFEKSI</b>			
<b>6.2 ANTIBAKTERI</b>			
<b>6.2.1 Beta laktam</b>			
1	sefazolin		
	1.	serb inj 1 g/vial	Selama 24 jam.
		<b>Digunakan pada profilaksis bedah untuk mencegah terjadinya infeksi luka operasi.</b>	
2	seftazidim		
	1.	serb inj 1.000 mg/vial	10 hari.
		<b>Terapi lini ketiga sediaan injeksi/infus. Diberikan kepada pasien yang telah resisten dengan antibiotika lain (dibuktikan dengan hasil resistensi test).</b>	
3	sefuroksim		
	1.	tab 250 mg	10 tab/kasus.
	2.	tab sal 500 mg	10 tab/kasus.
<b>6.2.2 Antibakteri Lain</b>			
<b>6.2.2.4 Makrolid</b>			
1	azitromisin		
	1.	tab 250 mg	3 tab/kasus.
	2.	tab 500 mg	3 tab/kasus.
	3.	sir kering 200 mg/5 mL	1 btl/kasus.
<b>6.2.2.6 Kuinolon</b>			
1	levofloksasin		
		<b>Tidak digunakan untuk pasien usia &lt; 18 tahun.</b>	
	1.	tab 500 mg	maks 10 hari.
	2.	inf 5 mg/mL	maks 10 hari.
2	ofloksasin		
	1.	tab 200 mg	maks 10 hari.
	2.	tab 400 mg	
3	siprofloksasin		
		<b>Tidak digunakan untuk pasien usia &lt; 18 tahun.</b>	
	1.	inf 2 mg/mL	4 btl/hari.
<b>6.2.2.7 Lain-Lain</b>			
1	meropenem		
	a)	<b>Hanya untuk terapi lini ketiga yang terbukti ESBL positif.</b>	
	b)	<b>Pemeriksaan kultur harus dilakukan. Jika bakteri penyebab masih sensitif terhadap antibiotik lini satu maka meropenem dihentikan dan diganti dengan antibiotik yang sesuai.</b>	
	c)	<b>Tidak untuk profilaksis bedah, kecuali bedah jantung.</b>	

No	Sub kelas Terapi/Nama Generik/Sediaan/Kekuatan/Restriksi		Peresepan Maksimal	
	1.	serb inj 500 mg/vial	<b>Febrile neutropenia:</b> dosis 1-3 g/hari, sampai ANC diatas 500/mm <sup>3</sup> . <b>Sepsis dan infeksi berat lainnya:</b> dosis 1-3 g/hari maks 7 hari.	
	2.	serb inj 1.000 mg/vial		
2	metronidazol			
	1.	lar inf 5 mg/mL	3 btl/hari.	
<b>6.3 ANTIINFEKSI KHUSUS</b>				
<b>6.3.2 Antituberkulosis</b>				
1	etambutol			
	1.	tab 400 mg	15 mg/kg BB, maksimal selama 4 bulan lanjutan pemberian 3x seminggu.	
		<b>Dapat digunakan untuk paduan OAT kategori 2, tahap lanjutan.</b>		
		<b>1 tab/15 kg BB, maksimal selama 4 bulan lanjutan pemberian 3x seminggu.</b>		
<b>Digunakan untuk TB MDR.</b>				
2.	tab 500 mg			
2	isoniazid			
	1.	tab 100 mg	10 mg/kg BB, maksimal 6 bulan setiap hari.	
		<b>Dapat digunakan untuk profilaksis TB pada anak.</b>		
	<b>10 mg/kg BB, maksimal 6 bulan setiap hari.</b>			
2.	tab 300 mg	1 tab (300 mg)/hari, maksimal 6 bulan.		
	<b>Dapat digunakan untuk profilaksis TB pada ODHA dewasa.</b>			
	<b>1 tab (300 mg)/hari, maksimal 6 bulan.</b>			
3	pirazinamid			
	1.	tab 500 mg	20-30 mg/kg BB.	
		<b>Digunakan untuk TB MDR.</b>		
<b>20-30 mg/kg BB.</b>				
4	streptomisin			
	<b>Dapat digunakan untuk paduan OAT kat 2, tahap awal.</b>			
	1.	serb inj 1000 mg/vial	15 mg/kg BB maks 2 bulan pertama pemberian setiap hari.	
		<b>15 mg/kg BB maksimal 2 bulan pertama pemberian setiap hari.</b>		
<b>Digunakan untuk TB MDR.</b>				
5	<i>kombinasi untuk dewasa: Paduan dalam bentuk dosis tetap (KDT/FDC)</i>			
	<b>1 tab/15 kg BB, maks selama 2 bulan pertama.</b>			
	a.	rifampisin	kapl 150 mg	
	b.	isoniazid	tab 75 mg	
	c.	pirazinamid	tab 400 mg	
			1 tab/15 kgBB, maks selama 2 bulan pertama.	

No	Sub kelas Terapi>Nama Generik/Sediaan/Kekuatan/Restriksi		Peresepan Maksimal
6	d.	etambutol tab 275 mg	
	<i>kombinasi untuk dewasa: Paduan dalam bentuk dosis tetap (KDT/FDC)</i>		
	<b>1 tab/15 kg BB, maksimal selama 2 bulan pertama.</b>		
	a.	rifampisin kapl 150 mg	1 tab/15 kg BB, maks selama 2 bulan pertama.
	b.	isoniazid tab 150 mg	
7	<i>kombinasi untuk anak : Paduan dalam bentuk dosis tetap (KDT/FDC)</i>		
	<b>1 tab/5-8 kgBB, maks 2 bulan pertama, pemberian setiap hari.</b>		
	a.	rifampisin kapl 75 mg	1 tab/5-8 kgBB, maks 2 bulan pertama, pemberian setiap hari.
	b.	isoniazid tab 50 mg	
	c.	pirazinamid tab 150 mg	
8	<i>kombinasi untuk anak : Paduan dalam bentuk dosis tetap (KDT/FDC)</i>		
	<b>1 tab/5-8 kgBB, maks 4 bulan lanjutan pemberian 3x seminggu.</b>		
	a.	rifampisin kapl 75 mg	1 tab/5-8 kgBB, maks 4 bulan lanjutan pemberian 3x seminggu.
	b.	isoniazid tab 50 mg	
9	<i>kombinasi untuk dewasa: Paduan dalam bentuk Kombipak</i>		
	<b>Maksimal 448 tab selama 2 bulan pertama, pemberian setiap hari.</b>		
	a.	rifampisin kapl 450 mg	Maksimal 448 tab selama 2 bulan pertama, pemberian setiap hari.
	b.	isoniazid tab 300 mg	
	c.	pirazinamid tab 500 mg	
d.	etambutol tab 250 mg dan 500 mg		
10	<i>kombinasi untuk dewasa : Panduan dalam bentuk kombipak</i>		
	<b>Maksimal 144 tab selama 4 bulan, lanjutan pemberian 3x seminggu.</b>		
	a.	rifampisin 450 mg	Maksimal 144 tab selama 4 bulan, lanjutan pemberian 3x seminggu.
	b.	isoniazid 300 mg	
11	<i>kombinasi untuk anak : Paduan dalam bentuk Kombipak</i>		
	<b>Maksimal 280 tab selama 2 bulan pertama pemberian setiap hari.</b>		
	a.	rifampisin kapl 75 mg	Maksimal 280 tab selama 2 bulan pertama pemberian setiap hari.
	b.	isoniazid tab 100 mg	
c.	pirazinamid tab 200 mg		

No	Sub kelas Terapi>Nama Generik/Sediaan/Kekuatan/Restriksi		Peresepan Maksimal
12	<i>kombinasi untuk anak : Paduan dalam bentuk kombipak</i>		
	<b>Maksimal 336 tab selama 4 bulan lanjutan pemberian setiap hari.</b>		
	a.	rifampisin kapl 75 mg	Maksimal 336 tab selama 4 bulan lanjutan pemberian setiap hari.
b.	isoniazid tab 100 mg		
<b>6.3.3 Antiseptik Saluran Kemih</b>			
1	asam pipemidat		
	1.	kaps 400 mg	28 kaps/kasus.
<b>6.4 ANTIFUNGI</b>			
<b>6.4.1 Antifungi Sistemik</b>			
1	flukonazol		
	1.	kaps 150 mg	1 kaps/hari maks selama 7 hari.
	<b>Dapat digunakan untuk kandidiasis sistemik.</b>		
2	nistatin		
	1.	tab salut 500.000 UI	30 tab/bulan.
	2.	susp 100.000 UI/mL	2 btl/kasus
	<b>Dapat digunakan untuk infeksi jamur oral.</b>		untuk 1 minggu.
<b>6.5 ANTIPROTOZOA</b>			
<b>6.5.1 Antiamuba dan Antigardiasis</b>			
1	metronidazol		
	1.	lar infus 5 mg/mL	3 btl/hari.
<b>6.5.2 Antimalaria</b>			
<b>6.5.2.2 Untuk Pengobatan</b>			
1	kombinasi :		24 tab/kasus.
	1.	artemether 20 mg	
	2.	lumefantrin 120 mg	
	<b>Terapi lini pertama untuk malaria falsiparum.</b>		
<b>6.6 ANTIVIRUS</b>			
<b>6.6.4 Antihepatitis</b>			
1	adefovir dipivoksil		
	<b>Diberikan pada :</b>		
	a)	<b>Pasien Hepatitis B kronik HBeAg negatif dengan DNA HBV rendah dan ALT tinggi.</b>	
	b)	<b>Pasien dengan riwayat gagal terapi dengan pemberian analog nukleosida.</b>	
	<b>Tidak diberikan pada :</b>		
	a)	<b>Pasien Hepatitis B kronik dengan gangguan ginjal.</b>	
	b)	<b>Pasien dalam pengobatan adefovir yang tidak menunjukkan respon pada minggu ke 10-20.</b>	
	1.	tab 10 mg	30 tab/bulan, dievaluasi setiap 6 bulan.
<b>7. ANTIMIGREN</b>			
<b>7.2 SERANGAN AKUT</b>			

No	Sub kelas Terapi>Nama Generik/Sediaan/Kekuatan/Restriksi	Peresepan Maksimal
1	ergotamin	
	<b>Dapat digunakan untuk serangan migren akut.</b>	
	1. tab 1 mg	8 tab/minggu.
<b>8. ANTINEOPLASTIK, IMUNOSUPRESAN dan OBAT untuk TERAPI PALIATIF</b>		
<b>8.1 HORMON dan ANTIHORMON</b>		
1	anastrozol	
	<b>Dapat digunakan untuk kanker payudara post menopause dengan pemeriksaan reseptor estrogen/progesteron positif.</b>	
	1. tab 1 mg	30 tab / bulan.
2	bikalutamid	
	<b>Untuk kanker prostat, diberikan bersama goserelin asetat, minimal 7 hari maksimal 1 tahun jika PSA membaik.</b>	
	1. tab sal 50 mg	30 tab/bulan.
3	eksemestan	
	<b>Dapat digunakan untuk kanker payudara post menopause, ER dan/atau PR positif.</b>	
	1. tab 25 mg	30 tab / bulan.
4	goserelin asetat	
	1. inj 3,6 mg/vial	
	a) <b>Dapat digunakan untuk kanker payudara dengan hormonal reseptor (ER/PR) positif premenopause.</b>	1 vial/bulan.
	b) <b>Dapat digunakan untuk endometriosis.</b>	1 vial/bulan; maks 6 vial/kasus.
	c) <b>Dapat digunakan untuk kanker prostat, harus diberikan bersama dengan bikalutamid tablet.</b>	
	2. inj 10,8 mg/vial <b>Dapat digunakan untuk kanker prostat.</b>	1 vial /3 bulan.
5	letrozol	
	<b>Untuk kanker payudara pada postmenopause dengan reseptor ER/ PR positif.</b>	
	1. tab 2,5 mg	30 tab / bulan.
6	leuprorelin asetat	
	1. serb inj 1,88 mg <b>Untuk endometriosis pada pasien dengan BB &lt; 50 kg, adenomiosis atau mioma uteri.</b>	1 vial/bulan; maks 6 vial/kasus.
	2. serb inj 3,75 mg	1 vial/bulan.
	a) <b>Dapat digunakan untuk kanker payudara dengan hormonal reseptor ER/PR positif premenopause.</b>	
	b) <b>Dapat digunakan untuk endometriosis.</b>	1 vial/bulan; maks 6 vial/kasus.
	c) <b>Dapat digunakan untuk mioma uteri.</b>	
7	medroksi progesteron asetat	
	1. tab 500 mg <b>Dapat digunakan untuk kanker endometrium.</b>	30 tab/bulan.

No	Sub kelas Terapi>Nama Generik/Sediaan/Kekuatan/Restriksi	Peresepan Maksimal
8	tamoksifen	
	<b>Untuk kanker payudara pada premenopause dan postmenopause dengan reseptor ER/ PR positif.</b>	
	1. tab 20 mg	30 tab/bulan.
<b>8.2 IMUNOSUPRESAN</b>		
1	siklosporin	
	1. kaps lunak 25 mg	5 mg/kgBB/hr.
	<b>Untuk kasus transplantasi organ dan penyakit autoimun.</b>	
	2. kaps 100 mg	90 kaps/bulan.
<b>Untuk kasus transplantasi organ dan penyakit autoimun.</b>		
<b>8.3 SITOTOKSIK</b>		
1	bevasizumab	
	<b>Untuk kanker kolorektal metastatik.</b>	
	1. inj 25 mg/mL	12 x pemberian.
2	doksorubisin	
	<b>Dosis kumulatif maksimum (seumur hidup): 500 mg/m<sup>2</sup>.</b>	
	1. serb inj 10 mg/vial (i.v.)	Dosis kumulatif maksimum (seumur hidup): 500 mg/m <sup>2</sup> .
2. serb inj 50 mg/vial		
3	dosetaksel	
	<b>Untuk kanker kepala dan leher, paru, payudara, ovarium dan prostat.</b>	
	1. inj 20 mg/0,5 mL	Untuk kombinasi : 75 mg/m <sup>2</sup> setiap 3 minggu Untuk kemoterapi : 100 mg/m <sup>2</sup> setiap 3 minggu.
2. inj 80 mg/2 mL		
4	epirubisin	
	1. serb inj 10 mg/5 mL	Dosis kumulatif maks 750 mg/m <sup>2</sup> .
	2. serb inj 50 mg/25 mL	
5	etoposid	
	<b>Untuk kanker testis, kanker paru, germ cell tumor, retinoblastoma, neuroblastoma, sarkoma dan limfoma maligna.</b>	
	1. kaps 100 mg	100 mg/m <sup>2</sup> /hari selama 3-5 hari.
2. inj 20 mg/mL		
6	fluorourasil	
	<b>Untuk kanker kepala dan leher, saluran cerna, payudara, leher rahim, dan kanker serviks.</b>	
	1. inj 50 mg/mL (i.v.)	1.000 mg/m <sup>2</sup> /hari selama seminggu.
	2. inj 500 mg/5 mL	
	3. inj 250 mg/mL	
4. serb inj 250 mg		

No	Sub kelas Terapi>Nama Generik/Sediaan/Kekuatan/Restriksi	Peresepan Maksimal
7	gefitinib	
	<b>Hanya untuk terapi lini pertama NSCLC jenis Non-Squamos (Adenocarcinoma) dengan EGFR mutasi positif.</b>	
	1. tab 250 mg	30 tab/bulan.
8	gemsitabin	
	<b>Untuk kanker pankreas, paru, payudara metastatik, ovarium dan kandung kemih.</b>	
	1. inj 200 mg/vial	1.000 mg/m <sup>2</sup> /minggu.
2. inj 1000 mg/vial		
9	hidroksi urea	
	<b>Untuk leukemia granulositik kronik, trombositosis esensial, polisitemia vera, dan thalasemia.</b>	
	1. tab 500 mg	40 mg/kgBB/hari selama 30 hari.
10	ifosfamid	
	<b>Diberikan bersama mesna.</b>	
	1. serb inj 1000 mg/vial	5.000 mg/m <sup>2</sup> /hr setiap 3 minggu bersama mesna.
11	imatinib mesilat	
	Diindikasikan pada :	
	a) <b>LGK/CML dan LLA/ALL dengan pemeriksaan kromosom Philadelphia positif atau BCR-ABL positif.</b>	
	b) <b>GIST yang unceptable dengan hasil pemeriksaan CD 117 positif.</b>	
	1. tab 100 mg	120 tab/bulan.
12	kapesitabin	
	<b>Hanya digunakan untuk kanker kolorektal dan metastatik breast cancer.</b>	
	1. tab sal 500 mg	2.500 mg/m <sup>2</sup> /hr selama 2 minggu.
13	karboplatin	
	<b>Tergantung AUC (Area Under the Curve).</b>	
	1. inj 50 mg/5 mL	Tergantung AUC (Area Under the Curve).
	2. inj 150 mg/15 mL	
3. inj 450 mg/45 mL		
14	metotreksat	
	1. tab 2,5 mg	12 ribu mg/m <sup>2</sup> /hari.
15	oksaliplatin	
	<b>Hanya digunakan untuk kanker kolorektal metastase dan adjuvant stadium III.</b>	
	1. serb inj 50 mg/vial	12x pemberian.
	2. serb inj 100 mg/vial	12x pemberian.
16	paklitaksel	
	1. inj 30 mg/vial	175 mg/m <sup>2</sup> /kali

No	Sub kelas Terapi/Nama Generik/Sediaan/Kekuatan/Restriksi		Peresepan Maksimal
	2.	inj 100 mg/vial	setiap 3 minggu.
	3.	inj 300 mg/vial	
17	rituksimab		
	<b>Untuk semua jenis Limfoma malignum Non Hodgkins (LNH) dengan hasil pemeriksaan CD20 positif.</b>		
	1.	inj 100 mg/mL	8x pemberian.
	2.	inj 500 mg/mL	
18	setuksimab		
	a)	<b>Kanker kolorektal metastatik dengan hasil pemeriksaan KRAS <i>wild type</i> positif (normal).</b>	
	b)	<b>Kanker kepala dan leher tipe squamosa dan dikombinasi dengan kemoterapi atau radiasi.</b>	
	1.	inj 5 mg/mL	12 x pemberian.
19	siklofosamid		
	<b>Untuk kanker payudara, limfoma malignum, leukemia akut dan kronik, kanker ovarium dan sebagai immunosupresan.</b>		
	1.	serb inj 200 mg/vial (i.v.)	750 mg/m <sup>2</sup>
	2.	serb inj 500 mg/vial (i.v.)	750 mg/m <sup>2</sup>
	3.	serb inj 1000 mg/vial (i.v.)	750 mg/m <sup>2</sup>
20	sisplatin		
	1.	serb inj 10 mg	infus i.v 100 mg/m <sup>2</sup> /hari dosis tunggal 20 mg/m <sup>2</sup> /hari 5 hari berturut-turut.
	2.	serb inj 50 mg	
21	sitarabin		
	<b>Untuk leukemia akut dan limfoma maligna.</b>		
	1.	serb inj 100 mg (i.m./i.v./s.k.)	3.000 mg/m <sup>2</sup> /hari selama 3 hari berturut-turut.
	2.	serb inj 500 mg/10 mL	
22	trastuzumab		
	<b>Untuk kanker payudara metastasis dengan hasil pemeriksaan HER2 positif 3 (+++) atau ISH positif.</b>		
	1.	inj 440 mg/mL	8x pemberian.
23	vinblastin		
	<b>Hanya untuk indikasi Limfoma Malignum (Hodgkins), kanker testis stadium lanjut (termasuk <i>germ cells carcinoma</i>), kanker kandung kemih, histiosis, dan melanoma.</b>		
	1.	serb inj 10 mg/mL	setiap 2 minggu sekali, atau 12x pemberian per 6 bulan.

No	Sub kelas Terapi/Nama Generik/Sediaan/Kekuatan/Restriksi		Peresepan Maksimal
24	vinkristin		
	<b>Untuk leukemia, Limfoma Maligna Non Hodgkins (LNH), rabdomiosarkoma dan Ewing Sarcoma, osteosarcoma, trofoblastik ganas dan multipel mieloma.</b>		
	1.	serb inj 1 mg (i.v.)	1,2 mg/m <sup>2</sup> setiap 5 hari. Kecuali untuk leukemia maks 3 tahun.
	2.	serb inj 2 mg/2 mL (i.v.)	
<b>8.4 Lain-Lain</b>			
1	asam ibandronat		
	a)	<b>Hiperkalsemia akibat keganasan.</b>	
	b)	<b>Metastase tulang.</b>	
	1.	inj 6 mg/6 mL	1 vial/bulan.
2	asam zoledronat		
	a)	<b>Hiperkalsemia akibat keganasan.</b>	
	b)	<b>Metastase tulang.</b>	
	1.	inj 4 mg/5 mL	1 vial/bulan.
3	dinatrium klodronat		
	a)	<b>Untuk hiperkalsemia akibat keganasan.</b>	
	b)	<b>Metastase tulang.</b>	
	1.	inf kons 60 mg/mL	Dosis kumulatif maks 1500 mg selama 5 hari.
4	mesna		
	<b>Hanya diberikan untuk terapi yang menggunakan ifosfamid.</b>		
	<b>Dosis pemberian menyesuaikan dengan dosis pemberian ifosfamid.</b>		
	1.	inj 100 mg/mL	Sesuai dengan dosis ifosfamid.
<b>9. ANTIPARKINSON</b>			
1	kombinasi :		
	a	benserazid 25 mg	
	b	levodopa 100 mg	
	1.	kaps	120 kaps/bulan.
2	kombinasi :		
	a	levodopa 100 mg	
	b	karbidopa 25 mg	
	c	entakapon 200 mg	
	1.	tab	90 tab/bulan.
3	pramipeksol		
	1.	tab ER 0,375 mg	30 tab/bulan.
	2.	tab ER 0,750 mg	30 tab/bulan.
4	ropinirol		
	1.	tab sal 2 mg	30 tab/bulan.
	2.	tab sal 4 mg	30 tab/bulan.
	3.	tab sal 8 mg	30 tab/bulan.

No	Sub kelas Terapi>Nama Generik/Sediaan/Kekuatan/Restriksi	Peresepan Maksimal
<b>10. OBAT yang MEMPENGARUHI DARAH</b>		
<b>10.2 OBAT yang MEMPENGARUHI KOAGULASI</b>		
1	dabigatran eteksilat	
	<b>Untuk pencegahan VTE (Venous Thrombo Embolism) dan DVT (Deep Vein Thromboembolism) pada hip dan knee replacement.</b>	
	1. kaps 75 mg	30 tab, pasca operasi.
	2. kaps 110 mg	30 tab, pasca operasi.
2	enoksaparin sodium	
	<b>"Bahan dasar terbuat dari babi."</b>	
	<b>Untuk tromboemboli dan sindrom koroner akut.</b>	
	1. inj 20 mg/0,2 mL	2 vial/hari.
	2. inj 40 mg/0,4 mL	2 vial/hari.
	3. inj 60 mg/0,6 mL	2 vial/hari.
3	fondaparinuks	
	<b>Untuk tromboemboli dan sindrom koroner akut.</b>	
	1. inj 2,5 mg/0,5 mL	1 vial/hari.
4	heparin, Na	
	<b>non porcine.</b>	
	<b>Dosis sesuai dengan target APTT (maks 20.000-40.000 UI/hari).</b>	
	1. inj 5000 UI/mL (i.v./s.k.)	Dosis sesuai dengan target APTT (maks 20.000-40.000 IU/hari).
5	nadroparin	
	<b>"Bahan dasar terbuat dari babi."</b>	
	<b>Untuk tromboemboli dan sindrom koroner akut.</b>	
	1. inj 9500 Axa/mL syringe 0,3 mL	2 vial/hari.
	2. inj 9500 Axa/mL, syringe 0,4 mL	2 vial/hari.
	3. inj 9500 Axa/mL, syringe 0,6 mL	2 vial/hari.
6	rivaroksaban	
1	tab sal 10 mg	a) Untuk <i>knee replacement</i> 10 mg/hari selama 15 hari pasca operasi.
	<b>Untuk pencegahan VTE (Venous Thrombo Embolism) dan DVT (Deep Vein Thromboembolism) pada hip dan knee replacement.</b>	
2.	tab sal 15 mg	b) Untuk <i>hip replacement</i> 10 mg/hari selama 35 hari.
	<b>Untuk terapi VTE (Venous Thrombo Embolism) dan DVT (Deep Vein Thromboembolism).</b>	
3.	tab sal 20 mg	
	<b>Untuk terapi VTE (Venous Thrombo Embolism) dan DVT (Deep Vein Thromboembolism).</b>	

No	Sub kelas Terapi>Nama Generik/Sediaan/Kekuatan/Restriksi	Peresepan Maksimal
7	warfarin	
	<b>Untuk terapi trombosis.</b>	
	<b>Dosis harian disesuaikan dengan target INR (2-3).</b>	
	1. tab 1 mg 2. tab 2 mg	Dosis harian disesuaikan dengan target INR (2-3).
<b>10.3 OBAT untuk KELEBIHAN BESI</b>		
1	deferasiroks	
	<b>Untuk terapi kelasi besi.</b>	
	<b>Tidak diberikan untuk anak usia &lt; 2 tahun.</b>	
	<b>Terapi awal harus ditentukan oleh hematolog anak atau hematolog dewasa.</b>	
	1. tab disp 250 mg 2. tab disp 500 mg	Terapi awal harus ditentukan oleh hematolog anak atau hematolog dewasa.
2	deferipron	
	1. tab sal 500 mg	50-75 mg/kg BB/hari.
	<b>Untuk terapi kelasi besi.</b>	
	<b>Terapi awal harus ditentukan oleh hematolog anak atau hematolog dewasa.</b>	
	2. lar oral 100 mg/mL	50-75 mg/kg BB/hari, maks 1 btl/bulan.
	<b>Terapi awal harus ditentukan oleh hematolog anak atau hematolog dewasa.</b>	
3	deferoksamin mesilat	
	1. serb inj 500 mg/vial	Dosis anak usia < 3 thn : 20-30 mg/kgBB/hari, maks 5-7 hari Dosis usia > 3 thn : 40-60 mg/kgBB/hari, maks 5-7 hari.
<b>10.4 HEMATOPOETIK</b>		
1	eritropoetin-alfa	
	<b>Hanya untuk penderita CKD dengan kriteria berikut :</b>	
	a) <b>Kadar Hb &lt; 10 g/dL (terapi awal) dan 10-12 g/dL(terapi rumatan).</b>	
	b) <b>Kadar besi normal (SI &gt; 60 mcg/dL) dan/atau indeks saturasi besi (SI/ TBC x 100%) &gt; 20%.</b>	
	1. inj 2.000 UI/mL 2. inj 3.000 UI/mL 3. inj 10.000 UI/mL	50-100 UI/kg BB diberikan maks 2x seminggu.

No	Sub kelas Terapi>Nama Generik/Sediaan/Kekuatan/Restriksi	Peresepan Maksimal	
2	eritropoetin-beta		
	<b>Hanya untuk penderita CKD dengan kriteria berikut:</b>		
	a)	<b>Kadar Hb &lt; 10 g/dL (terapi awal) dan 10-12 g/dL (terapi rumatan).</b>	
	b)	<b>Kadar besi normal (SI &gt; 60 mcg/dL) dan/atau indeks saturasi besi (SI/ TBC x 100%) &gt; 20%.</b>	
	1.	inj 2000 UI/0,3 mL	50-100 UI/kg BB diberikan maks 2x seminggu.
3	filgrastim		
	a)	<b>Hanya untuk leukopenia berat pra dan pasca kemoterapi (leukosit kurang dari 4.000/mm<sup>3</sup> dan neutrofil kurang dari 1.500/mm<sup>3</sup>).</b>	
	b)	<b>Pemakaian protokol FLAG dan RICE.</b>	
	1.	inj 300 mcg/mL	1 vial/hari selama 5 hari.
4	lenograstim		
	a)	<b>Hanya untuk leukopenia berat pra dan pasca kemoterapi (leukosit kurang dari 4.000/mm<sup>3</sup> dan neutrofil kurang dari 1.500/mm<sup>3</sup>).</b>	
	b)	<b>Pemakaian protokol FLAG dan RICE.</b>	
	1.	inj 263 mcg/mL	1 vial/hari selama 5 hari.
<b>11. PRODUK DARAH dan PENGGANTI PLASMA</b>			
<b>11.1 PRODUK DARAH</b>			
1	faktor VIII		
	<b>FVIII (unit) = BB (kg) x % (target kadar plasma - kadar FVIII pasien).</b>		
	1.	serb inj 250 UI/vial + pelarut 5 mL	FVIII (unit) = BB (kg) x % (target kadar plasma - kadar FVIII pasien).
		<b>Untuk terapi kasus hemofili A dengan perdarahan.</b>	
	<b>Dibawah pengawasan ahli hematologi dan atau ahli penyakit dalam dan anak.</b>		
	2.	serb inj 500 UI/vial + pelarut 5 mL	
<b>Untuk terapi kasus hemofili A dengan perdarahan.</b>			
<b>Dibawah pengawasan ahli hematologi dan atau ahli penyakit dalam dan anak.</b>			
3.	serb inj 230 -340 UI		
4.	serb inj 480 - 600 UI		
<b>11.2 PENGGANTI PLASMA dan PLASMA EKSPANDER</b>			
1	albumin serum normal (human albumin)		
	1.	inj 5%	Diberikan selama 24 jam. Perhitungkan kebutuhan albumin berdasarkan BB.
		a)	
b)	<b>Untuk plasmaferesis.</b>		

No	Sub kelas Terapi>Nama Generik/Sediaan/Kekuatan/Restriksi		Peresepan Maksimal
	2.	inj 20% <b>Untuk bayi dan anak dengan kadar albumin &lt; 2,5 g/dL, dan/atau untuk kasus perioperatif, dan/atau untuk sindrom nefrotik.</b> <b>Hanya diberikan apabila terdapat kondisi pre syok atau syok, dan/atau untuk kasus asites yang masif/intens dengan penekanan organ pernafasan atau perut.</b>	100 mL/hari, 300 mL/minggu.
	3.	inj 25% <b>Untuk bayi dan anak dengan kadar albumin &lt; 2,5 g/dL, dan/atau untuk kasus perioperatif, dan/atau untuk sindrom nefrotik.</b> <b>Hanya diberikan apabila terdapat kondisi pre syok atau syok, dan/atau untuk kasus asites yang masif/intens dengan penekanan organ pernafasan atau perut.</b>	
	2	fraksi protein plasma <b>Hanya untuk plasmaparesis terapeitik.</b>	
	1.	lar inf 5%	Maks 2 L/ tindakan.
3	<i>hidroxyethyl starch</i> <b>Untuk kekurangan cairan pada kasus hipovolemik.</b> <b>Meningkatkan risiko kematian pada gagal ginjal kronik.</b>		
	1.	lar inf 6%	4 btl/hari, maks 2 hari.
	4	koloid HES BM 130.000 <b>Untuk kekurangan cairan pada kasus hipovolemik.</b> <b>Meningkatkan risiko kematian pada gagal ginjal kronik.</b>	
	1.	lar inf 6%	4 btl/hari, maks 2 hari.
5	<i>modified fluid gelatine</i> BM 30.000 <b>Untuk kekurangan cairan pada kasus hipovolemik.</b>		
	1.	lar inf 4%	4 btl/hari, maks 2 hari.
	<b>15. DIURETIK dan OBAT untuk HIPERTROPI PROSTAT</b>		
<b>15.1 DIURETIK</b>			
1	amilorid		
	1.	tab 2,5 mg	30 tab/bulan.
	2.	Tab 5 mg	30 tab/bulan.
2	furosemid		
	1.	tab 40 mg	30 tab/bulan
3	hidroklorotiazid		
	1.	Tab 12,5 mg	30 tab/bulan
	2.	Tab 25 mg	30 tab/bulan
4	kombinasi		
	a	spironolakton 25 mg	
	b	Tiabutazid 2,5 mg	

No	Sub kelas Terapi/Nama Generik/Sediaan/Kekuatan/Restriksi		Peresepan Maksimal
	1.	Tab	30 tab/bulan
5	Manitol		
	1.	lar infus 20%	2 btl/hari.
6	Spironolakton		
	1.	Tab 25 mg	30 tab/bulan
	2.	Tab 100 mg	Untuk penyakit sirosis hepatic 30 tab/bulan.
<b>15.2 OBAT untuk HIPERTROFI PROSTAT</b>			
1	doksazosin mesilat		
	1.	tab 1 mg	30 tab/bulan.
	2.	tab 2 mg	30 tab/bulan.
2	dutasterid		
	1.	Kaps 0,5 mg	30 tab/bulan
3	vinasterid		
	1.	Tab 5 mg	30 tab/bulan
4	tamsulosin		
	1.	tab 0,2 mg	30 tab/bulan.
	2.	tab SR 0,4 mg	30 tab/bulan.
5	terazosin HCl		
	<b>Untuk hipertrofi prostat dengan hipertensi.</b>		
	1.	tab 1 mg	30 tab/bulan.
	2.	tab 2 mg	30 tab/bulan.
<b>16. HORMON, OBAT ENDOKRIN LAIN dan KONTRASEPSI</b>			
<b>16.2 ANTIDIABETES</b>			
<b>16.2.1 Antidiabetes Oral</b>			
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 perhari. Maks 90 tab/bulan.
	2.	tab 5 mg	
3	gliklazid		
	1.	tab MR 30 mg	30 tab/bulan.
	2.	tab SR 60 mg	30 tab/bulan.
	3.	tab 80 mg	60 tab/bulan.
4	glikuidon		
	1.	tab 30 mg	90 tab/bulan.
	<b>Untuk pasien diabetes melitus tipe 2 dengan gangguan fungsi ginjal ringan sampai berat.</b>		
5	glimepirid		
	1.	tab 1 mg	60 tab/bulan.
	2.	tab 2 mg	60 tab/bulan.

No	Sub kelas Terapi>Nama Generik/Sediaan/Kekuatan/Restriksi	Peresepan Maksimal
	3. tab 3 mg	60 tab/bulan.
	4. tab 4 mg	30 tab/bulan.
6	glipizid	
	1. tab 5 mg	90 tab/bulan.
	2. tab 10 mg	90 tab/bulan.
7	metformin	
	1. tab 500 mg	90 tab / bulan. Dosis efektif: 1500-2500 mg/hari.,
	2. tab 850 mg	60 tab / bulan.
8	pioglitazon	
	<b>Tidak diberikan pada pasien dengan, gagal jantung dan/atau riwayat keluarga bladder cancer.</b>	
	1. tab 15 mg	30 tab/bulan.
	2. tab 30 mg	30 tab/bulan.
<b>16.2.2 Antidiabetes Parental</b>		
1	human insulin	Dalam kondisi tertentu, Dokter di Faskes Tingkat Pertama dapat melakukan penyesuaian dosis insulin hingga 20 IU/hari.
	<b>a) Untuk diabetes melitus tipe 1 harus dimulai dengan human insulin.</b>	
	<b>b) Wanita hamil yang memerlukan insulin maka harus menggunakan human insulin.</b>	
	1. <i>short acting</i>	
	inj 100 UI/mL (kemasan vial, <i>cartridge disposable, penfill cartridge</i> ).	
	<b>Pada kondisi khusus (misal : perioperatif) maka diabetes melitus tipe 2 dapat langsung diberikan insulin.</b>	
	2. <i>intermediate acting</i>	
	inj 100 UI/mL (kemasan vial, <i>cartridge disposable, penfill cartridge</i> ).	
	<b>Untuk diabetes melitus tipe1 atau tipe 2 yang tidak terkontrol dengan golongan sulfonil urea dan obat diabetes oral.</b>	
	3. <i>mix insulin</i>	
	inj 100 UI/mL (kemasan vial, <i>cartridge disposable, penfill cartridge</i> ).	
2	analog insulin	Dalam kondisi tertentu, Dokter di Faskes Tingkat Pertama dapat melakukan penyesuaian dosis insulin hingga 20 IU/hari.
	1. <i>rapid acting</i>	
	inj 100 UI/mL (kemasan vial, <i>cartridge disposable, penfill cartridge</i> ).	
	<b>Pada kondisi khusus (misal : perioperatif) maka diabetes melitus tipe 2 dapat langsung diberikan insulin.</b>	
	2. <i>long acting</i>	
	inj 100 UI/mL (kemasan vial, <i>cartridge disposable, penfill cartridge</i> ).	

No	Sub kelas Terapi>Nama Generik/Sediaan/Kekuatan/Restriksi	Peresepan Maksimal
	<b>Untuk diabetes melitus tipe 1 atau tipe 2 yang tidak terkontrol dengan golongan sulfonil urea dan obat diabetes oral.</b>	
	3. <i>mix insulin</i>	
	inj 100 UI/mL (kemasan vial, cartridge disposable , penfill cartridge ).	
<b>16.3 HORMON KELAMIN dan OBAT yang MEMPENGARUHI FERTILITAS</b>		
<b>16.3.2 Estrogen</b>		
1	etinilestradiol	
	1. tab 0,05 mg	30 tab/bulan.
<b>16.3.3 Progestogen</b>		
1	medroksi progesteron asetat	
	<b>Hanya untuk amenorea sekunder, perdarahan uterus abnormal dan endometriosis.</b>	
	1. tab 5 mg	30 tab/bulan.
2	noretisteron	
	<b>Hanya untuk amenorea sekunder, perdarahan uterus abnormal dan endometriosis.</b>	
	1. tab 5 mg	30 tab/bulan.
<b>16.4 HORMON TIROID dan ANTITIROID</b>		
1	propiltiourasil	
	1. tab scored 100 mg	Untuk bulan pertama maksimal 180 tab/bulan.
2	levotiroksin	
	Tab 50 mcg	Untuk substitusi 150-200 mcg/hari. 90 tab/bulan
	Tab 100 mcg	60 tab/bulan
3	karbimazol	
	1. tab 5 mg	90 tab/bulan. Maks 4 tab/hari. 120 tab/bulan.
3	tiamazol	
	1. tab 5 mg	120 tab/bulan. Dosis 20 mg/hari.
	2. tab 10 mg	60 tab/bulan.
<b>17. OBAT KARDIOVASKULER</b>		
<b>17.1 ANTIANGINA</b>		
1	atenolol	
	1. tab 50 mg	30 tab/bulan.
2	diltiazem HCl	
	1. tab 30 mg	90 tab/bulan.
3	gliseril trinitrat	
	1. kaps SR 2,5 mg	30 tab/ bulan.
	2. kaps SR 5 mg	30 tab/ bulan.

No	Sub kelas Terapi>Nama Generik/Sediaan/Kekuatan/Restriksi	Peresepan Maksimal
4	isosorbid dinitrat	
	1. tab 5 mg	90 tab/bulan.
	2. tab 10 mg	90 tab/bulan.
<b>17.2 ANTIARITMIA</b>		
1	amiodaron	
	1. tab 200 mg	30 tab/bulan.
2	propranolol	
	1. tab 10 mg	90 tab/ bulan.
	<b>Untuk kasus-kasus dengan gangguan tiroid.</b>	
3	verapamil	
	<b>Untuk aritmia supraventrikuler.</b>	
	1. tab 80 mg	90 tab/bulan.
<b>17.3 ANTIHIPERTENSI</b>		
<b>Catatan :</b>		
<b>Pemberian obat antihipertensi harus didasarkan pada prinsip dosis titrasi, mulai dari dosis terkecil hingga tercapai dosis dengan <i>outcome</i> tekanan darah terbaik.</b>		
1	amlodipin	
	1. tab 5 mg	30 tab/bulan. Dosis maks 10 mg/hari.
	2. tab 10 mg	30 tab/bulan.
2	atenolol	
	1. tab 50 mg	30 tab/bulan.
	2. tab 100 mg	30 tab/bulan.
3	beraprost Na	
	<b>Untuk hipertensi pulmonal.</b>	
	1. tab 20 mcg	90 tab/ bulan.
4	bisoprolol	
	<b>Hanya untuk kasus hipertensi.</b>	
	1. tab 5 mg	30 tab/bulan. Untuk gagal jantung: 10 mg/hari. Untuk hipertensi 5 mg/hari.
5	diltiazem	
	1. tab 30 mg	90 tab/ bulan.
	2. kaps SR 100 mg	30 tab/bulan.
	3. kaps SR 200 mg	30 tab/bulan.
	4. serb inj 10 mg/10 mL	
	<b>Untuk hipertensi berat.</b>	
	5. inj 25 mg/5 mL	4 amp/hari.
	<b>Untuk hipertensi berat atau angina pectoris pada kasus rawat inap.</b>	
6. serb inj 50 mg/vial	4 amp/hari.	
<b>Untuk hipertensi berat atau angina pectoris pada kasus rawat inap.</b>		
6	doksazosin	
	1. tab 1 mg	30 tab/ bulan.
	2. tab 2 mg	30 tab/ bulan.

No	Sub kelas Terapi/Nama Generik/Sediaan/Kekuatan/Restriksi	Peresepan Maksimal
7	hidroklorotiazid	
	tab 25 mg	Untuk hipertensi: 30 tab/bulan.
8	imidapril	
	1. tab 5 mg	30 tab/bulan.
	2. tab 10 mg	30 tab/bulan.
9	irbesartan	
	<b>Untuk hipertensi yang intoleransi terhadap ACE inhibitor.</b>	
	1. tab 150 mg	30 tab/bulan.
	2. tab 300 mg	30 tab/bulan.
10	kandesartan	
	<b>Untuk hipertensi yang intoleransi terhadap ACE inhibitor.</b>	
	1. tab 8 mg	30 tab/bulan.
	2. tab 16 mg	30 tab/bulan.
11	kaptopril	
	1. tab 12,5 mg	90 tab/bulan.
	2. tab 25 mg	90 tab/bulan.
	3. tab 50 mg	90 tab/bulan.
12	klonidin	
	<b>Untuk hipertensi berat pada kasus rawat inap.</b>	
	1. tab 0,15 mg	
	2. inj 0,15 mcg/mL	2 amp/hari.
13	klortalidon	
	1. tab 50 mg	30 tab/ bulan.
14	lisinopril	
	1. tab 5 mg	30 tab/bulan.
	2. tab 10 mg	30 tab/bulan.
	3. tab 20 mg	30 tab/bulan.
15	metildopa	
	<b>Selektif untuk wanita hamil</b>	
	1. tab sal 250 mg	Untuk ibu hamil 3 X 250 mg/hari. Maks 90 tab/bulan selama hamil.
16	nifedipin	
	1. kaps 10 mg	90 tab/bulan.
	<b>Hanya untuk preeklampsia dan tokolitik.</b>	
	2. tab SR 20 mg	30 tab/bulan.
	3. tab SR 30 mg	30 tab/bulan.
17	nikardipin	
	1. inj 10 mg/vial	4 amp/hari.
18	perindoprilarginin	
	1. tab 5 mg	60 tab/bulan.
19	propranolol	
	1. tab 10 mg	90 tab/bulan.

No	Sub kelas Terapi>Nama Generik/Sediaan/Kekuatan/Restriksi	Peresepan Maksimal
20	ramipril	
	1. tab 2,5 mg	30 tab/bulan.
	2. tab 5 mg	30 tab/bulan.
	3. tab 10 mg	30 tab/bulan.
21	telmisartan	
	<b>Untuk hipertensi yang intoleransi terhadap ACE inhibitor.</b>	
	1. tab 40 mg	30 tab/bulan.
	2. tab 80 mg	30 tab/bulan.
22	valsartan	
	<b>Untuk hipertensi yang intoleransi terhadap ACE inhibitor.</b>	
	1. tab 80 mg	30 tab/bulan.
	2. tab 160 mg	30 tab/bulan.
23	verapamil	
	1. tab 80 mg	90 tab/bulan.
	2. tab 240 mg	30 tab/ bulan.
<b>17.4 ANTIAGREGASI PLATELET</b>		
1	asam asetilsalisilat (asetosal)	
	1. tab 80 mg	30 tab/bulan.
	2. tab 100 mg	30 tab/bulan.
2	klopidogrel	
	<b>Hanya digunakan untuk pemasangan sten jantung.</b>	
	<b>Saat akan dilakukan tindakan PTCA diberikan 4-8 tab. Rumatan 1 tab/hari selama 1 tahun.</b>	
	<b>Pasien yang menderita <i>recent myocardial infarction, ischaemic stroke</i> atau <i>established Peripheral Arterial Disease (PAD)</i>.</b>	
	<b>Pasien yang menderita sindrom koroner akut : NON STEMI (<i>unstable angina</i>) dan STEMI.</b>	
	<b>Hati-hati interaksi obat pada pasien yang menggunakan obat-obat golongan <i>proton pump inhibitor (PPI)</i>.</b>	
	1. tab 75 mg	Saat akan dilakukan tindakan PTCA diberikan 4-8 tab. Maintenance 1 tab/hari selama 1 tahun.
3	silostazol	
	<b>Hanya untuk kasus <i>peripheral artherial disease (PAD)</i> dan pasien yang tidak dapat diberikan asam asetil salisilat.</b>	
	1. tab 100 mg	60 tab/bulan.
<b>17.5 TROMBOLITIK</b>		
1	alteplase	
	1. serb inj 50 mg/vial	1 vial/kasus.

No	Sub kelas Terapi/Nama Generik/Sediaan/Kekuatan/Restriksi	Peresepan Maksimal
	<b>Hanya untuk :</b>	
	<b>Infark miokard akut di ICCU dalam waktu 4,5 jam.</b>	
	<b>Stroke infark dalam waktu kurang dari 3 jam.</b>	
2	streptokinase	
	1. serb inj 1,5 juta UI/vial	1 vial/kasus.
<b>17.6 OBAT untuk GAGAL JANTUNG</b>		
1	bisoprolol	
	<b>Hanya untuk gagal jantung kronis dengan penurunan fungsi ventrikular sistolik yang sudah terkompensasi.</b>	
	1. tab 2,5 mg	30 tab/bulan. Maks: 10 mg/hari
	2. tab 5 mg	60 tab/bulan.
2	digoksin	
	1. tab 0,25 mg	30 tab/bulan.
	<b>Hanya untuk gagal jantung dengan atrial fibrilasi atau sinus takikardia.</b>	
3	furosemid	
	1. Tab 40 mg	90 tab/bulan. Kronis: 90 tab/bulan. PRB: 30 tab/bulan.
4	kaptopril	
	1. tab 12,5 mg	90 tab/bulan.
	2. tab 25 mg	90 tab/bulan.
	3. tab 50 mg	90 tab/bulan.
5	karvedilol	
	<b>Hanya untuk gagal jantung kongestif kronik.</b>	
	1. tab 6,25 mg	Maks 50 mg/hari 90 tab/bulan.
6	ramipril	
	1. tab 5 mg	30 tab/bulan.
	2. tab 10 mg	30 tab/bulan.
7	spironolakton	
	1. tab 25 mg	30 tab/bulan.
<b>17.7 OBAT untuk SYOK KARDIOGENIK dan SEPSIS</b>		
1	dopamin	
	<b>Hanya untuk syok kardiogenik, dekompensasi kordis akut dan syok septik.</b>	
	<b>Tidak untuk syok hipovolemik.</b>	
	1. inj 40 mg/mL	5 vial/hari.
<b>17.8 ANTIHIPERLIPIDEMIA</b>		
1	fenofibrat	
	<b>Hanya untuk hipertrigliseridemia dengan kadar trigliserida &gt; 250 mg/dL.</b>	
	1. kaps 100 mg	30-60 kaps/bulan.
	2. kaps 300 mg	30 kaps/ bulan.

No	Sub kelas Terapi>Nama Generik/Sediaan/Kekuatan/Restriksi	Peresepan Maksimal
2	gemfibrozil	
	<b>Hanya untuk hipertrigliseridimia.</b>	
	<b>Tidak dianjurkan diberikan bersama statin.</b>	
	1. kaps 300 mg	60 kaps/bulan.
2. kaps 600 mg	60 kaps/bulan.	
3	kolestiramin	
	1. serb, 4 g	4 sachet.
4	pravastatin	
	a) <b>Hanya untuk hiperlipidemia dengan kadar LDL &gt;160 mg, pada penyakit jantung koroner dan diabetes mellitus disertai makroalbuminuria.</b>	
	b) <b>Pemberian selama 6 bulan, selanjutnya harus dievaluasi kembali.</b>	
	1. tab 10 mg	30 tab/bulan.
	2. tab 20 mg	30 tab/bulan.
5	simvastatin	
	<b>Sebagai terapi tambahan terhadap terapi diet pada pasien hiperlipidemia dengan:</b>	
	a) <b>kadar LDL &gt;160 mg/dL untuk pasien tanpa komplikasi diabetes melitus/PJK.</b>	
	b) <b>kadar LDL &gt;100 mg/dL untuk pasien PJK.</b>	
	c) <b>kadar LDL &gt;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.</b>	
	1. tab sal 10 mg	30 tab/bulan.
	2. tab sal 20 mg	30 tab/bulan.
<b>18. OBAT TOPIKAL untuk KULIT</b>		
<b>18.2 ANTIBAKTERI</b>		
1	natrium fusidat	
	1. salep 20 mg/g	1 tube/kasus.
	2. krim 20 mg/g	1 tube/kasus.
2	perak sulfadiazin	
	<b>Hanya untuk luka bakar.</b>	
1. krim 1%	1 tube/kasus.	
<b>18.3 ANTIFUNGI</b>		
1	antifungi, kombinasi :	
	a asam benzoat	6%
	b asam salisilat	3%
	1. Salep	1 pot/kasus.
2	ketokonazol	
	1. krim 2%	2 tube/kasus.
	2. scalp sol 2%	1 btl/kasus.
	<b>Hanya untuk dermatofitosis yang berat.</b>	
3	klotrimazol	
	1. tab vaginal 100 mg	6 tab/kasus.
4	mikonazol	
	1. serb 2%	1 btl/kasus.
	2. krim 2%	2 tube/kasus.

No	Sub kelas Terapi/Nama Generik/Sediaan/Kekuatan/Restriksi		Peresepan Maksimal
5	nistatin		
	1.	tab vaginal 100.000 UI/ tab	7-10 tab/kasus
<b>18.4 ANTIINFLAMASI dan ANTIPURITIK</b>			
1	betametason		
	1.	krim 0,5 mg/g	1 tube/kasus.
	2.	krim 0,1%	1 tube/kasus.
	3.	salep 0,1%	1 tube/kasus.
2	desoksimetason		
	1.	krim 0,25%	1 tube/kasus.
	2.	salep 0,25%	1 tube/kasus.
	3.	gel 0,05%	1 tube/kasus.
3	diflukortolon valerat		
	1.	salep berlemak 0,1%	1 tube/kasus.
4	flusinolon asetonid		
	1.	krim 0,025%	1 tube/kasus.
	2.	salep 0,025%	1 tube/kasus.
5	hidrokortison		
	1.	krim 1%	2 tube/kasus.
	2.	krim 2,5%	2 tube/kasus.
<b>18.5 ANTISKABIES dan ANTIPEDIKULOSIS</b>			
1	permetrin		
	1.	krim 5 %	2 tube/kasus.
2	salep 2-4, kombinasi :		
	a	asam salisilat 2%	
	b	belerang endap 4%	
	1.	salep	1 pot/kasus.
<b>18.6 KAUSTIK</b>			
2	polikresulen		
	<b>Untuk servisit.</b>		
	1.	lar	1 btl/kasus.
<b>18.7 KERATOLITIK dan KERATOPLASTIK</b>			
1	urea		
	1.	krim 10 %	1 tube/kasus.
<b>20. LARUTAN ELEKTROLIT, NUTRISI, dan LAIN-LAIN</b>			
<b>20.1 ORAL</b>			
1	kalium klorida		
	1.	tab siap larut 300 mg	
	2.	tab SR 600 mg	90 tab/bulan.
2	kalium aspartat		
	1.	tab 300 mg	90 tab/bulan.
3	natrium bikarbonat		
	1.	tab 500 mg	90 tab/bulan.
4	kalsium polistirena sulfonat		
	<b>Khusus pasien dengan gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa.</b>		

No	Sub kelas Terapi>Nama Generik/Sediaan/Kekuatan/Restriksi	Peresepan Maksimal
	<b>Maks selama 5 hari sampai dengan dialisa dilakukan.</b>	
	1. ktg 5 g	15-30 gram/hr dibagi dalam 2-3 kali pemberian. Maks selama 5 hari sampai dengan dialisa dilakukan.
5	<i>zinc</i>	
	<b>Untuk anak usia &lt; 2 tahun.</b>	
	1. sirup 10 mg/mL	2 btl/kasus.
<b>21. OBAT MATA</b>		
<b>21.1 ANESTETIK LOKAL</b>		
1	tetrakain	
	1. tts mata 0,5%	1 btl/kasus.
<b>21.2 ANTIMIKROBA</b>		
1	amfoterisin B	
	1. salep mata 1%	1 tube/kasus.
	2. salep mata 3%	1 tube/kasus.
2	asiklovir	
	<b>Hanya untuk kasus keratitis herpetiformis.</b>	
	1. salep mata 3%	1 tube/kasus.
3	gentamisin	
	1. salep mata 0,3%	1 tube/kasus.
	2. tts mata 0,3%	1 btl/kasus.
4	natamisin	
	1. tts mata 50 mg/mL	2 strip/kunjungan.
	<b>Hanya untuk kasus keratomikosis.</b>	
5	moksifloksasin	
	1. tts mata 0,5%	1 btl/kasus.
<b>21.3 ANTIINFLAMASI</b>		
1	betametason	
	1. tts mata 1 mg/mL	1 btl/kasus.
2	prednisolon	
	<b>Hanya untuk kasus transplantasi kornea atau infeksi berat (uveitis atau panuveitis).</b>	
	1. tts mata 10 mg/mL	1 strip/kasus.
<b>21.4 MIDRIATIK</b>		
1	atropin	
	1. tts mata 0,5%	1 btl/kasus.
2	homatropin	
	1. tts mata 2%	1 btl/kasus.
3	tropikamid	
	1. tts mata 1%	1 btl/kasus.
<b>21.5 MIOTIK dan ANTIGLAUKOMA</b>		
1	asetazolamid	
	<b>Tidak diberikan dalam jangka panjang.</b>	
	<b>Hati-hati pemberian pada pasien dengan gangguan</b>	

No	Sub kelas Terapi>Nama Generik/Sediaan/Kekuatan/Restriksi		Peresepan Maksimal
	<b>fungsi ginjal.</b>		
	1.	tab 250 mg	50 tab/bulan.
2	latanoprost		
	<b>Hanya untuk pasien yang tidak memberikan respon pada timolol.</b>		
	1.	tts mata 0,005%	1 btl/bulan.
	2.	tts mata 0,01%	1 strip/15 hari.
3	pilocarpin		
	1.	tts mata 2%	2 btl/bulan.
4	timolol		
	1.	tts mata 0,25%	2 btl/bulan.
	2.	tts mata 0,5%	2 btl/bulan.
5	travoprost		
	<b>Hanya untuk pasien yang tidak memberikan respon dengan timolol.</b>		
	1.	tts mata 0,004%	1 btl/bulan.
<b>21.6 LAIN-LAIN</b>			
1	dinatrium edetat		
	1.	tts mata 0,35%	1 btl/kasus.
2	karboksimetilselulosa		
	1.	tts mata	1 btl/bulan.
3	kombinasi:		
	a	natrium klorida	8,664 mg
	b	kalium klorida	1,32 mg
	1.	tetes mata 2,5 mg/mL	1 btl/bulan.
<b>22. OKSITOSIK</b>			
1	metilergometrin		
	1.	inj 0,2 mg/mL	5 amp/hari.
2	oksitosin		
	1.	inj 10 UI/mL	5 amp/kasus.
<b>23. PSIKOTROPIKA</b>			
<b>23.1 ANTIANSIETAS</b>			
1	alprazolam		
	a)	<b>Hanya dapat diresepkan oleh Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa dan Internist Psikosomatik.</b>	
	b)	<b>Hanya untuk kasus :</b>	
		<b>-Panic attack</b>	
		<b>-Panic disorder</b>	
	1.	tab 0,5 mg	Maks 2 minggu/kasus, 30 tab/bulan.
	2.	tab 1 mg	Maks 2 minggu/kasus, 30 tab/bulan.
2	klobazam		
	1.	tab 10 mg	60 tab/bulan.
3	lorazepam		
	1.	tab 0,5 mg	30 tab/bulan.

No	Sub kelas Terapi/Nama Generik/Sediaan/Kekuatan/Restriksi		Peresepan Maksimal
	2.	tab 1 mg	30 tab/bulan.
	3.	tab sal 2 mg	30 tab/bulan.
<b>23.2 ANTIDEPRESI dan ANTIMANIA</b>			
1	amitriptilin		
	1.	tab sal 25 mg	60 tab/bulan.
2	fluoksetin		
	1.	kaps 10 mg	30 kaps/bulan.
	<b>Untuk :</b>		
	a)	<b>depresi mayor</b>	
	b)	<b>gangguan <i>obsessive compulsive</i></b>	
	2.	kaps 20 mg	30 kaps/bulan.
3	maprotilin HCl		
	1.	tab sal 25 mg	30 tab/bulan.
	2.	tab sal 50 mg	30 tab/bulan.
<b>23.3 ANTI OBSESI KOMPULSI</b>			
1	klomipramin		
	a)	<b>Cataplexy yang berhubungan dengan <i>narcolepsy</i></b>	
	b)	<b>gangguan <i>obsessive compulsive</i></b>	
	1.	tab 25 mg	30 tab/bulan.
<b>23.4 ANTIPSIKOSIS</b>			
1	flufenazin		
	<b>Hanya untuk monoterapi rumatan pada pasien schizoprenia yang tidak dapat menggunakan terapi oral.</b>		
	1.	inj 25 mg/mL (i.m.)	1 amp/ 2 minggu.
2	haloperidol		
	1.	tab 0,5 mg	90 tab / bulan.
	2.	tab 1,5 mg	90 tab / bulan.
	3.	tab 5 mg	90 tab / bulan.
	4.	inj 5 mg/mL (i.m.)	1 amp / 2 minggu.
	<b>Untuk agitasi akut.</b>		
	<b>Untuk kasus kedaruratan psikiatrik (tidak untuk pemakaian jangka panjang).</b>		
	5.	inj 50 mg/mL	1 amp / 2 minggu.
	<b>Hanya untuk monoterapi rumatan pada pasien schizoprenia yang tidak dapat menggunakan terapi oral.</b>		
3	klorpromazin		
	1.	tab sal 100 mg	90 tab/bulan.
4	klozapin		
	<b>Hanya untuk pengobatan psikosis yang sudah resisten terhadap antipsikotik lain.</b>		
	1.	tab 100 mg	90 tab/bulan.
	<b>Hanya untuk schizoprenia yang resisten/intoleran.</b>		

No	Sub kelas Terapi>Nama Generik/Sediaan/Kekuatan/Restriksi	Peresepan Maksimal
	<b>Lakukan cek leukosit secara berkala (hati-hati agranulositosis).</b>	
5	olanzapin	
	1. tab sal 5 mg	60 tab/bulan.
	a) <b>Monoterapi schizophrenia.</b>	
	b) <b>Adjunctive treatment pada kasus bipolar yang tidak memberikan respon dengan pemberian litium atau valproat.</b>	
	2. tab sal 10 mg	60 tab/bulan.
	a) <b>Monoterapi schizophrenia.</b>	
	b) <b>Adjunctive treatment pada kasus bipolar yang tidak memberikan respon dengan pemberian litium atau valproat.</b>	
6	risperidon	
	a) <b>Monoterapi schizophrenia.</b>	
	b) <b>Adjunctive treatment pada pasien bipolar yang tidak memberikan respon dengan pemberian lithium atau valproat.</b>	
	1. tab sal 1 mg	60 tab/bulan.
	2. tab sal 2 mg	60 tab/bulan.
	3. tab 3 mg	60 tab/bulan.
7	trifluoperazin	
	1. tab sal 5 mg	60 tab/bulan.
8	quetiapin	
	1. tab SR 200 mg	60 tab/bulan.
	a) <b>Untuk schizoprenia.</b>	
	b) <b>Untuk pasien bipolar yang tidak memberikan respon terhadap pemberian lithium atau valproat.</b>	
	2. tab SR 300 mg	30 tab/bulan.
	3. tab SR 400 mg	30 tab/bulan.
<b>23.5 OBAT untuk ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)</b>		
1	metilfenidat	
	1. tab SR 10 mg	30 tab/bulan.
<b>23.6 OBAT untuk GANGGUAN BIPOLAR</b>		
1	valproat	
	1. tab sal 250 mg	30 tab/bulan.
	2. tab SR 500 mg	30 tab/bulan.
	3. tab sal enterik 200 mg	30 tab/bulan.
<b>24. RELAKSAN OTOT PERIFER dan PENGHAMBAT KOLINESTERASE</b>		
<b>24.1 PENGHAMBAT dan PEMACU TRANSMISI NEUROMUSKULER</b>		
1	atrakurium	
	<b>Hanya untuk tindakan anestesi dan pasien ICU yang memerlukan karena menggunakan ventilator.</b>	

No	Sub kelas Terapi/Nama Generik/Sediaan/Kekuatan/Restriksi		Peresepan Maksimal
	1.	inj 25 mg/2,5 mL	4 amp/kasus. kecuali kasus Tetanus di ICU.
<b>24.2 OBAT untuk MIASTENIA GRAVIS</b>			
1	piridostigmin		
	1.	tab sal 60 mg	120 tab/bulan.
<b>25. OBAT untuk SALURAN CERNA</b>			
<b>25.1 ANTASIDA dan ANTIULKUS</b>			
1	lansoprazol		
	1.	kaps 30 mg	30 tab/ bulan.
	<b>Untuk terapi jangka pendek pada kasus tukak lambung, tukak duodenum, dan refluks esofagitis. Diberikan 1 jam sebelum makan.</b>		
	2.	inj 30 mg/ mL	1-3 amp/hari maks 3 hari.
	<b>Untuk pasien IGD atau rawat inap dengan riwayat perdarahan saluran cerna.</b>		
2	omeprazol		
	1.	kaps 20 mg	30 tab/ bulan.
	<b>Untuk terapi jangka pendek pada kasus tukak lambung, tukak duodenum dan refluks esofagitis.</b>		
	<b>Diberikan 1 jam sebelum makan.</b>		
	2.	inj 40 mg/10 mL	1-3 amp/hari, maks 3 hari.
	<b>Untuk pasien IGD atau rawat inap dengan riwayat perdarahan saluran cerna.</b>		
3	ranitidin		
	1.	tab 150 mg	60 tab/bulan.
	2.	inj 25 mg/2 mL	2 amp/hari.
<b>25.2 ANTIEMETIK</b>			
1	metoklopramid		
	1.	sir 5 mg/5 mL	1 btl/kasus.
	2.	drop botol 10 mL	1 btl/kasus.
	3.	inj 5 mg/mL	10 amp/kasus.
2	ondansetron		
	<b>tab : Pencegahan mual dan muntah pada kemoterapi dan radioterapi.</b>		
	<b>inj : Untuk mencegah muntah pada pemberian kemoterapi yang <i>highly emetogenic</i>.</b>		
	1.	tab 4 mg	maksimal 3 tab pasca kemoterapi/ post radioterapi.
	2.	tab 8 mg	
	3.	inj 2 mg/mL	inj diberikan 1 amp sebelum kemoterapi.
<b>25.3 ANTIHEMOROID</b>			

No	Sub kelas Terapi/Nama Generik/Sediaan/Kekuatan/Restriksi		Peresepan Maksimal
1	antihemoroid, kombinasi:		
	a.	bismut subgalat 150 mg	
	b.	heksaklorofen 2,5 mg	
	c.	lidokain 10 mg	
	d.	seng oksida 120 mg	
	e.	sup ad 2 g	
	1.	sup	10 sup/kasus.
<b>25.4 ANTISPASMODIK</b>			
1	atropin		
	1.	inj 0,25 mg/mL (i.m./i.v./s.k.)	3 amp/hari.
	2.	inj 1 mg/mL (i.m./i.v./s.k.)	3 amp/hari.
2	hiosina butilbromida		
	1.	inj 20 mg/mL	3 amp/hari.
		<b>Perhatian terhadap kejadian takikardi (colonoscopy).</b>	
<b>25.6 KATARTIK</b>			
1	bisakodil		
	1.	tab sal 5 mg	15 tab/kasus.
	2.	sup 5 mg	3 sup/kasus.
	3.	sup 10 mg	3 sup/kasus.
2	kombinasi:		
	a.	parafin	
	b.	gliserin	
	c.	fenolftalein	
	1.	susp	1 btl/kasus.
3	natrium fosfat		
	1.	btl, 133 mL	1 btl/tindakan.
<b>25.7 OBAT untuk ANTIINFLAMASI</b>			
1	mesalazin		
	<b>Untuk episode akut colitis ulcerativa dan colitis ulcerativa yang hipersensitif terhadap sulfonamida.</b>		
	1.	tab sal 250 mg	60 tab/bulan.
2	sulfasalazin		
	<b>Hanya untuk colitis ulcerativa.</b>		
	1.	kapl sal enterik 500 mg	60 tab/bulan.
<b>25.8 LAIN-LAIN</b>			
1	asam ursodeoksikholat		
	1.	kaps 250 mg	60 kaps/bulan.
2	oktreotid		
	<b>Hanya untuk variceal bleeding.</b>		
	<b>Penggunaan maksimal 2x24 jam kemudian pasien dirujuk.</b>		
	1.	inj 0,1 mg/mL	Penggunaan maksimal 2x24 jam kemudian pasien dirujuk .
<b>26. OBAT untuk SALURAN NAPAS</b>			

No	Sub kelas Terapi>Nama Generik/Sediaan/Kekuatan/Restriksi	Peresepan Maksimal	
<b>26.1 ANTIASMA</b>			
1	budesonid		
	1.	serbuk inh 100 mcg/dosis	Asma persisten ringan-sedang : 1 tbg/bulan Asma persisten berat : 2 tbg/bulan (harus melampirkan hasil pemeriksaan spirometri).
	<b>Tidak untuk serangan asma akut.</b>		
	<b>Harus melampirkan hasil pemeriksaan spirometri.</b>		
	2.	ih 200 mcg/dosis	Asma persisten berat : 2 tbg/bulan (harus melampirkan hasil pemeriksaan spirometri) Asma persisten berat : 2 tbg/bulan (harus melampirkan hasil pemeriksaan spirometri).
	<b>Harus melampirkan hasil pemeriksaan spirometri.</b>		
3.	cairan inh 0,25mg/mL	Hari pertama maks 5 vial/hari, selanjutnya 2 vial/hari.	
<b>Hanya untuk serangan asma akut.</b>			
2	budesonid-formoterol ( <i>fixed combination</i> )		
	1.	inh 80/4,5 mcg	Asma persisten ringan-sedang : 2 tbg/bulan Asma persisten berat : 3 tbg/bulan (harus melampirkan hasil pemeriksaan spirometri).
	<b>a) Untuk terapi rumatan pada penderita asma.</b>		
<b>b) Tidak diindikasikan untuk bronkhospasme akut.</b>			

No	Sub kelas Terapi>Nama Generik/Sediaan/Kekuatan/Restriksi		Peresepan Maksimal
	2.	inh 160/4,5 mcg	Asma persisten ringan-sedang : 2 tbg/bulan Asma persisten berat dan PPOK berat : 3 tbg/bulan (harus melampirkan hasil pemeriksaan spirometri).
	a)	<b>Untuk terapi rumatan pada penderita asma atau terapi rumatan pada PPOK.</b>	
	b)	<b>Tidak diindikasikan untuk bronkospasme akut.</b>	
	c)	<b>Penggunaan jangka panjang memerlukan pemeriksaan spirometri.</b>	
3	fenoterol HBr		
	<b>Hanya untuk serangan asma akut.</b>		
	1.	aerosol 100 mcg/puff	1 tbg / 1 bulan.
4	flutikason propionat		
	<b>Tidak untuk rumatan terapi asma.</b>		
	1.	cairan ih 0,5 mg/dosis	Hari pertama maks 5 vial/hari, selanjutnya 2 vial/hari.
5	ipratropium bromida		
	<b>Untuk pasien PPOK dengan exacerbasia akut.</b>		
	<b>Tidak untuk jangka panjang.</b>		
	1.	inh 20 mcg/puff	1 tbg/bulan.
6	kombinasi :		
	a.	ipratropium bromida	0,5 mg
	b.	salbutamol	2,5 mg
	<b>Hanya untuk :</b>		
	a)	<b>Serangan asma akut</b>	
	b)	<b>Bronkospasme yang menyertai PPOK</b>	
	c)	<b>SOPT (Sindrom Obstruksi Pasca Tuberkulosis)</b>	
	1.	nebules	Hari pertama maks 8 vial/hari, hari selanjutnya maks 4 vial/hari. Kasus ICU maks 10 vial/hari.
7	salbutamol		
	1.	cairan ih 0,1%	Hari pertama maks 8 vial/hari, selanjutnya maks 4 vial/hari. Kasus di ICU maks 10 vial/hari.
<b>Hanya untuk serangan asma akut dan atau bronkospasme yang menyertai PPOK, SOPT (Sindrom Obstruksi Pasca Tuberkulosis).</b>			

No	Sub kelas Terapi>Nama Generik/Sediaan/Kekuatan/Restriksi		Peresepan Maksimal
	2.	aerosol 100 mcg	Asma persisten ringan-sedang, SOPT : 1 tbg/bulan. Asma persisten berat dan PPOK: 2 tbg/bulan (harus melampirkan hasil pemeriksaan spirometri).
		<b>Hanya untuk serangan asma akut dan atau bronkospasme yang menyertai PPOK, SOPT (Sindrom Obstruksi Pasca Tuberkulosis).</b>	
		<b>Harus melampirkan hasil pemeriksaan spirometri.</b>	
	3.	serb ih 200 mcg/kaps + rotahaler	1 x sebulan.
8	teofilin		
	1.	tab SR 300 mg	30 tab/bulan.
9	terbutalin		
	1.	sir 1,5 mg/5 mL	1 btl/kasus.
	2.	inj 0,5 mg/mL	4 amp/hari.
		<b>Hanya untuk serangan asma akut dan/atau PPOK.</b>	
	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.
		<b>Hanya untuk serangan asma akut dan/atau PPOK.</b>	
	4.	serb ih 0,5 mg/dose	1 tbg / bulan.
		<b>Hanya untuk serangan asma akut dan/atau PPOK.</b>	
10	kombinasi:		
	a.	salmeterol 25 mcg	
	b.	flutikason propionat 50 mcg	
	<b>Tidak diberikan pada kasus asma akut.</b>		
	1.	inh 50 mcg/puff	1 tbg / 1 bulan.
11	kombinasi :		
	a.	salmeterol 50 mcg	
	b.	flutikason propionat 100 mcg	
	<b>Tidak diberikan pada kasus asma akut.</b>		
	1.	inh 100 mcg/puff	2 tbg / 1 bulan
12	kombinasi :		
	a.	salmeterol 50 mcg	
	b.	flutikason propionat 250 mcg	
	<b>Tidak diberikan pada kasus asma akut.</b>		
	1.	inh 250 mcg/puff	1 tbg/bulan.

No	Sub kelas Terapi>Nama Generik/Sediaan/Kekuatan/Restriksi	Peresepan Maksimal
<b>26.3 EKSPEKTORAN</b>		
1	n-asetil sistein	
	<b>Hanya untuk pasien rawat inap dengan <i>exacerbasi</i> akut.</b>	
1.	ih 100 mg/mL	3 amp/hari selama 10 hari.
<b>26.4 OBAT untuk PENYAKIT PARU OBSTRUKSI KRONIS</b>		
1	ipratropium bromida	
	<b>Untuk pasien PPOK dengan <i>exacerbasi</i> akut.</b>	
	<b>Tidak untuk jangka panjang.</b>	
1.	inh 20 mcg	1 tbg/bulan.
2	tiotropium	
	<b>satu paket berisi 30 tablet dan 1 handihaller.</b>	
	1. kaps 18 mcg + handihaller	1 x setahun.
2.	kaps 18 mcg, refill	30 tab/bulan.
<b>26.5 LAIN-LAIN</b>		
1	beractant	
	<b>Hanya untuk IRDS (<i>Idiopathic Respiratory Distress Syndrome</i>) pada neonatus.</b>	
1.	susp 25 mg/mL (intratekal)	1 amp/ pasien.
<b>27. OBAT yang MEMPENGARUHI SISTEM IMUN</b>		
<b>27.1 SERUM dan IMUNOGLOBULIN</b>		
1	hepatitis B imunoglobulin (human)	
	<b>Untuk bayi baru lahir dengan ibu HBsAg positif.</b>	
1.	inj 0,5 mL	1 syringe/kasus.
2	<i>human tetanus imunoglobulin</i>	
	<b>Untuk:</b>	
	a) <b>Luka baru terkontaminasi pada pasien dengan riwayat vaksinasi tetanus yang tidak diketahui/tidak lengkap.</b>	
	b) <b>Manifestasi tetanus secara klinis.</b>	
1.	inj 250 UI (i.m.)	2 amp/kasus.
3	serum anti bisa ular :	
	<b>Khusus daerah tertentu.</b>	
	<b>Disimpan pada suhu 2-8° C.</b>	
	A.B.U.II (khusus ular dari Papua).	
1.	inj (i.m./i.v.)	1 vial/ kasus.
<b>28. OBAT untuk TELINGA, HIDUNG, dan TENGGOROKAN</b>		
1	flutikason furoat	
	<b>Pemberian hanya pada pagi hari dengan dosis 1 kali sehari.</b>	
1.	intranasal spray	1 btl / bulan.
2	karbogliserin	
	1. tts telinga 10 %	1 btl/kasus.
3	oksimetazolin	
	1. tts hidung 0,025%	1 btl/kasus.
	2. tts hidung 0,050%	1 btl/kasus.
4	triamsinolon asetonid	
	1. nasal spray 55 mcg/puff	1 btl / bulan.

No	Sub kelas Terapi/Nama Generik/Sediaan/Kekuatan/Restriksi	Peresepan Maksimal
<b>29. VITAMIN dan MINERAL</b>		
1	kalsium karbonat	
	1. tab 500 mg	90 tab/ bulan.
2	piridoksin (vitamin B6)	
	1. tab 10 mg	30 tab/bulan.
	2. tab 25 mg	30 tab/bulan.
3	sianokobalamin (vitamin B12)	
	1. tab 50 mg	30 tab/bulan.
4	tiamin (vitamin B1)	
	1. tab 50 mg	30 tab/bulan.

## 7. Peresepan Antibiotik

- a. Peresepan antibiotik harus mengacu dan sesuai dengan ketentuan yang tercantum dalam Fornas.
- b. Antibiotik hanya diresepkan apabila kecurigaan infeksi disebabkan oleh bakteri.
- c. Antibiotik lini pertama harus dipilih untuk mengatasi infeksi yang bersifat umum.
- d. Pemberian antibiotik per-oral harus diutamakan apabila pasien dalam keadaan sadar, dapat minum dan menelan. Pemberian per-oral dapat dikecualikan pada pasien yang mengalami infeksi berat dan memerlukan efek terapi segera untuk penyelamatan nyawa. Mengurangi penggunaan antibiotik intravena dapat menurunkan resiko infeksi nosokomial secara signifikan.
- e. Terapi antibiotik secara empirik harus didasarkan pada data surveilans bakteri pathogen penyebab infeksi di Rumah Sakit setempat.
- f. Untuk infeksi berat, misalnya sepsis atau yang disebabkan oleh polimikroba dapat diberikan antibiotik spektrum luas lini-3 dan dalam bentuk kombinasi. Namun, prinsip deeskalasi harus dilakukan secara bijak, yaitu:
  - (1) Sesaat sebelum antibiotika lini-3 diberikan, dilakukan pengambilan spesimen darah untuk pemeriksaan kultur dan sensitivitas.
  - (2) Setelah hasil kultur dan sensitivitas diperoleh, segera mengganti dengan antibiotik lini-1 yang sesuai dengan hasil pemeriksaan kultur dan sensitivitas.

(3) Antibiotik yang diberikan secara intravena harus segera diganti dengan pemberian oral segera setelah kondisi pasien membaik dan memungkinkan untuk diberikan antibiotik per-oral.

8. Peresepan Obat Program Rujuk Balik terdiri dari:

a. Obat Utama

Obat Utama adalah obat kronis yang diresepkan oleh dokter spesialis/sub spesialis di Faskes Rujukan Tingkat Lanjut dan tercantum pada Fornas untuk obat Program Rujuk Balik dengan tanda (\*) di belakang nama dan sediaan obatnya.

b. Obat Tambahan

Obat tambahan adalah obat yang mutlak diberikan bersama obat utama untuk mengatasi penyakit penyerta atau mengurangi efek samping akibat obat utama. Daftar Obat tambahan merujuk pada aturan yang telah ditetapkan.

Contoh: Pemberian Vitamin B6 pada pasien TB yang mendapatkan terapi OAT.

### E. Pembiayaan Obat PRB dan Kronis

1. Obat PRB

Harga obat Program Rujuk Balik yang ditagihkan kepada BPJS Kesehatan mengacu pada harga dasar obat sesuai *e-catalogue* ditambah biaya pelayanan kefarmasian. Besarnya biaya pelayanan kefarmasian sebagaimana dimaksud adalah faktor pelayanan kefarmasian dikali harga dasar obat sesuai *e-catalogue*. Besarnya biaya obat yang ditagihkan ke BPJS merupakan harga dasar obat ditambah faktor pelayanan, dengan formula sebagai berikut :

**Biaya Obat = Harga Dasar Obat (*e-catalogue*) + (Harga dasar Obat x Faktor Pelayanan)**

Faktor Pelayanan Kefarmasian seperti tercantum pada tabel berikut:

Harga Dasar Satuan Obat	Faktor Pelayanan Kefarmasian
< Rp. 50.000,-	0,28
Rp.50.000,- sampai dengan Rp.250.000,-	0,26

Harga Dasar Satuan Obat	Faktor Pelayanan Kefarmasian
Rp 250.000,- sampai dengan Rp 500.000,-	0,21
Rp 500.000,- sampai dengan Rp 1.000.000,-	0,16
Rp 1.000.000,- sampai dengan Rp 5.000.000,-	0,11
Rp 5.000.000,- sampai dengan Rp 10.000.000,-	0,09
≥ Rp 10.000.000,-	0,07

**Contoh Perhitungan 1 obat dalam resep:**

Apabila harga obat sesuai dengan *e-catalogue* adalah Rp 1.000,- /tablet.

Misalnya pasien membutuhkan obat dengan aturan pakai 2 x1 tab untuk 30 hari, maka:

Biaya Obat : 60 tablet x Rp 1.000,- = Rp 60.000,-

Faktor Pelayanan : Rp 60.000,- x 0,28 =Rp 16.800,-

Maka biaya yang ditagihkan untuk 1 obat tersebut:

Rp 60.000,- + Rp 16.800,- = Rp 76.800,-

2. Obat Penyakit Kronis

Harga Obat pada penyakit kronis yang ditagihkan oleh instalasi farmasi di FKRTL atau apotek kepada BPJS Kesehatan mengacu pada harga dasar obat sesuai *e-catalogue* ditambah biaya pelayanan kefarmasian. Besarnya biaya pelayanan kefarmasian sebagaimana dimaksud adalah faktor pelayanan kefarmasian dikali harga dasar obat sesuai *e-catalogue*. Besarnya biaya obat yang ditagihkan ke BPJS Kesehatan merupakan harga dasar obat ditambah faktor pelayanan, dengan formula sebagai berikut :

**Biaya Obat = Harga Dasar Obat + (Harga dasar Obat x Faktor Pelayanan)**

Faktor Pelayanan Kefarmasian seperti tercantum pada tabel berikut:

Harga Dasar Satuan Obat	Faktor Pelayanan Kefarmasian
< Rp 50.000,-	0,28

<b>Harga Dasar Satuan Obat</b>	<b>Faktor Pelayanan Kefarmasian</b>
Rp 50.000,- sampai dengan Rp 250.000,-	0,26
Rp 250.000,- sampai dengan Rp 500.000,-	0,21
Rp 500.000,- sampai dengan Rp 1.000.000,-	0,16
Rp 1.000.000,- sampai dengan Rp 5.000.000,-	0,11
Rp 5.000.000,- sampai dengan Rp 10.000.000,-	0,09
≥ Rp 10.000.000,-	0,07

**Contoh Perhitungan :**

Obat penyakit kronis di FKRTL yang diklaim maksimum untuk 1 (satu) bulan sesuai indikasi medis dengan ketentuan sebagai berikut :

- Biaya obat minimum untuk 7 hari ditanggung dalam paket Ina CBGs
- Biaya obat maksimum untuk 23 hari ditagihkan pada BPJS Kesehatan dengan rincian sebagai berikut:

Apabila harga obat di *e-catalogue* adalah Rp 1.000,-/tablet

Pasien membutuhkan obat dengan aturan pakai 2 x1 tab untuk 23 hari, maka jumlah obat yang dibutuhkan adalah : 2 tab x 23 hari = 36 tablet

Biaya Obat : 36 tablet x Rp 1.000,- = Rp 36.000,-

Faktor Pelayanan: Rp 36.000,- x 0,28 =Rp10.080,-

Maka biaya yang ditagihkan:

Rp 36.000,- + Rp10.080,- = Rp 46.080,-

## **BAB IV**

### **PEMANTAUAN DAN EVALUASI**

Penerapan Fornas perlu dipantau dan dievaluasi secara terus menerus. Pemantauan dan evaluasi dilakukan untuk menilai ketaatan dan dampak penerapan Fornas dalam pelaksanaan JKN. Pemantauan dan evaluasi keluaran dan dampak penerapan Fornas, menggunakan Instrumen Pemantauan dan Evaluasi yang telah disiapkan. Melalui instrumen tersebut diharapkan dapat diidentifikasi berbagai potensi permasalahan sehingga dapat disiapkan strategi antisipasi yang efektif dalam hal penggunaan, ketersediaan, proses administrasi, dan kemungkinan kesenjangan antara ketersediaan dan kebutuhan.

Pemantauan dan evaluasi terhadap penerapan Fornas dilakukan oleh Direktorat Jenderal yang bertanggung jawab di bidang kefarmasian, pelayanan kesehatan, pengendalian dan pencegahan penyakit serta BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi, dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sesuai tugas dan fungsi masing-masing.

#### **A. Monitoring penggunaan obat**

1. Monitoring penggunaan obat akan dilakukan bersamaan antara Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan, Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan (BUK), dan hal-hal tertentu dengan BPJS Kesehatan yang terintegrasi dengan sistem kesehatan.
2. Instalasi Farmasi Rumah Sakit wajib melaporkan penggunaan obat kepada Ditjen Binfar dan Alkes menggunakan Sistem Informasi Rumah Sakit atau sistem informasi lain yang digunakan.
3. Untuk Puskesmas dan jaringannya, laporan penggunaan obat terintegrasi dengan sistem pelaporan yang sudah berjalan.
4. Untuk Apotek melaporkan penggunaan obat kepada Ditjen Binfar dan Alkes menggunakan sistem informasi yang tersedia.
5. Laporan efek samping obat dilakukan oleh tenaga kesehatan dengan mengisi Formulir Pelaporan Efek Samping Obat sebagaimana contoh Formulir 3 terlampir.

## **B. Monitoring ketersediaan obat (evaluasi kinerja)**

Monitoring ketersediaan obat dilakukan oleh Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan dan/atau BPJS Kesehatan dengan mekanisme prosedur monitoring.

## **C. Penanganan keluhan**

1. Keluhan terkait dengan penggunaan obat dapat disampaikan pada Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan melalui alamat email [layanan.obat@kemkes.go.id](mailto:layanan.obat@kemkes.go.id), selanjutnya keluhan ini akan direspons oleh Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian dan bila diperlukan akan berkonsultasi dengan Tim Evaluasi Komnas Fornas.
2. Dalam hal faskes mengalami kendala ketersediaan obat sebagaimana yang tercantum pada *e-catalogue*, maka dapat dilaporkan pada Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan melalui Direktorat Bina Obat Publik dengan alamat email: [e\\_katalog@kemkes.go.id](mailto:e_katalog@kemkes.go.id) atau telepon: 081281753081 dan (021)5214872.

Laporan keluhan terkait ketersediaan obat harus disertai dengan informasi:

- Nama, sediaan dan kekuatan obat yang kosong.
- Tempat kejadian (nama dan alamat kota/kabupaten dan provinsi, depo farmasi/apotek/instalasi farmasi Rumah Sakit pemesan obat) yang mengalami kendala.
- Tanggal pemesanan obat.
- Hasil konfirmasi kepada pihak distributor setempat.
- Hal-hal lain yang terkait, misal terjadi kekosongan obat.

Selanjutnya keluhan atas ketersediaan obat akan direspons oleh Direktorat Bina Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan sesuai dengan permasalahannya.

3. Keluhan dapat juga disampaikan kepada BPJS Kesehatan Kantor Cabang setempat atau kepada BPJS Kesehatan Kantor Pusat melalui alamat email [keluhan.obat@bpjs-kesehatan.go.id](mailto:keluhan.obat@bpjs-kesehatan.go.id).

## **BAB V**

### **PENUTUP**

Dalam mendukung upaya pelayanan kesehatan yang bermutu dalam pelaksanaan JKN, penggunaan obat mengacu kepada Fornas dapat meningkatkan efektifitas dan efisiensi pengobatan sehingga tercapai penggunaan obat rasional melalui pemilihan jenis obat yang bermanfaat, aman dan terjangkau berdasarkan bukti ilmiah terkini.

Melalui penggunaan obat yang sesuai dengan Fornas diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat yang rasional serta menjamin ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan obat dalam rangka menunjang keberhasilan pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. Untuk itu diperlukan komitmen dan kerjasama berbagai pihak yang terkait sehingga pelayanan kesehatan semakin optimal dan dapat dirasakan manfaatnya oleh seluruh rakyat Indonesia.

Diharapkan pelayanan kesehatan bagi penduduk melalui program JKN ini dapat dilaksanakan dengan sebaik-baiknya untuk mewujudkan masyarakat yang sehat secara mandiri dan berkeadilan.

Ditetapkan di Jakarta  
Pada tanggal 12 Desember 2014

DIREKTUR JENDERAL  
BINA KEFARMASIAN DAN ALAT KESEHATAN

ttd

Dra. MAURA LINDA SITANGGANG, PhD  
NIP. 19580503 198303 2 001

**FORMULIR USULAN OBAT****Usulan dari****Nama Instansi :****Alamat lengkap :****No Telp/Fax :**

NO	KELAS TERAPI*)	NAMA OBAT**)	BENTUK SEDIAAN DAN KEKUATAN	KEMASAN	PERUBAHAN		ALASAN ***)
					(+)	(-)	

Keterangan:

\*) Kelas terapi sesuai dengan Fornas

\*\*) Nama obat dicantumkan dalam nama generik

\*\*\*) Berdasarkan literatur/acuan/pustaka terpercaya

\*\*\*) Dilampirkan literatur/acuan/pustaka terkait

.....20...

Cap/tanda tangan

Nama terang

NIP.

RUMAH SAKIT .....

Alamat:  
Telp/Fax:

*FORMULIR PERMINTAAN KHUSUS OBAT NON FORMULARIUM*

- I. Nama Generik :
- II. Nama Dagang & Pabrik :
- III. Bentuk & Kekuatan Sediaan :
- IV. Pasien :
- V. Indikasi :
- VI. Alasan Permintaan :
- VII. Jumlah yang diminta :

Jakarta,  
Dokter yang meminta,

( ..... )  
NIP

Rekomendasi Komite Farmasi dan Terapi:

.....  
.....

....., .....20...  
Ketua KFT

(.....)  
NIP.

Menyetujui,

Kepala Komite Medik

Direktur Rumah Sakit

(.....)  
NIP.

(.....)  
NIP.

<b>FORMULIR PELAPORAN EFEK SAMPING OBAT</b>			<b>Kode Sumber Data:</b>	
<b>PENDERITA</b>				
Nama (Singkatan) .....	Umur: .....	Suku : .....	Berat Badan : .....	Pekerjaan : .....
<b>Kelamin (beri tanda X) :</b>  Pria ..... <input type="checkbox"/>  Wanita: ..... <input type="checkbox"/>  Hamil ..... <input type="checkbox"/>  Tidak hamil..... <input type="checkbox"/>  Tidak Tahu..... <input type="checkbox"/>		<b>Penyakit Utama :</b>     <b>Penyakit/kondisi lain yang menyertai (beri tanda X):</b> <input type="checkbox"/> Gangguan Ginjal <input type="checkbox"/> Kondisi medis lainnya <input type="checkbox"/> Gangguan Hati <input type="checkbox"/> Faktor Industri, pertanian, kimia <input type="checkbox"/> Alergi <input type="checkbox"/> Lain-lain		<b>Kesudahan Penyakit Utama (Beri Tanda X):</b>  <input type="checkbox"/> Sembuh <input type="checkbox"/> Meninggal <input type="checkbox"/> Sembuh dengangejala sisa <input type="checkbox"/> Belum sembuh <input type="checkbox"/> Tidak Tahu

**EFEK SAMPING OBAT (E.S.O)**

<b>Bentuk/manifestasi E.S.O. yang terjadi:</b>	<b>Saat/Tanggal mula terjadi:</b>	<b>Kesudahan E.S.O. (beri tanda X):</b> Tanggal: .....  <input type="checkbox"/> Sembuh <input type="checkbox"/> Meninggal <input type="checkbox"/> Sembuh dengangejala sisa <input type="checkbox"/> Belum sembuh <input type="checkbox"/> Tidak Tahu
<b>Riwayat E.S.O. yang pernah dialami:</b>		

**OBAT**

Nama Nama Dagang>Nama Generik/Pabrik/IF)	Bentuk sediaan	No. Bets	Beri tanda X untuk obat yang dicurigai	Pemberian				Indikasi Penggunaan
				Cara	Dosis/ Waktu	Tgl. Mulai	Tgl. Akhir	
1. ....	.....	.....	.....					
2. ....	.....	.....	.....					
3. ....	.....	.....	.....					
4. ....	.....	.....	.....					
5. ....	.....	.....	.....					
6. ....	.....	.....	.....					
7. ....	.....	.....	.....					
8. ....	.....	.....	.....					
9. ....	.....	.....	.....					
10. ....	.....	.....	.....					

<b>Keterangan tambahan</b> (misalnya : kecepatan timbulnya Efek Samping Obat, reaksi setelah obat dihentikan, pengobatan yang diberikan untuk mengatasi ESO)	<b>Data Laboratorium</b> (bila ada)   <b>Tgl. Pemeriksaan :</b>
--	--

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

Tanda Tangan Pelapor

(.....)

**RAHASIA****PELAPORAN EFEK SAMPING OBAT****KIRIMAN BALASAN**

Kepada Yth,  
 Direktorat Jenderal Bina Kefarmasian & Alkes  
 Kementerian Kesehatan RI  
 Jl. H.R Rasuna Said Blok X5 Kavling 4-9 Jakarta 12950  
 Telp. : (021) 5201590 pswt 2029, 8011  
 Fax : (021) 5203878  
 Email : layanan\_obat@depkes.go.id

**PENGIRIM**

Nama :  
 Keahlian :  
 Alamat :  
 Nomor Telepon :

**PENJELASAN**

1. Hasil evaluasi dari semua informasi yang terkumpul akan digunakan sebagai bahan untuk melakukan penilaian kembali obat yang beredar masuk didalam Fornas serta untuk melakukan penyesuaian yang diperlukan.
2. Umpan balik akan dikim kepada pelapor.

**ALGORITMA NARANJO**

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

**NARANJO PROBABILITY SCALE:**

**Score****Category**

9+

Highly probable

5-8

Probable

1-4

Possible

0-

Doubtful

## Daftar Singkatan

5 FU	: 5-fluoro urasil
ad	: tambahkan
ADHD	: <i>Attention Deficit Hyperactivity Disorder</i>
ALT	: alanin aminotransferase
amp	: ampul
APTT	: <i>Activated Partial Thromboplastin Time</i>
BB	: Berat Badan
BCLL/ AML	: <i>B-cell Chronic Lymphocytic Leukemia / Acute Myeloid Leukemia</i>
BCR-ABL	: <i>Breakpoint Cluster Region- ABL (gene)</i>
btl	: botol
Ca Colon	: Kanker kolon
CAN	: <i>Chronic Allograft Nephropathy</i>
cc	: <i>cubic centimetre</i>
CD 4	: <i>Cluster of differentiation 4</i>
CD117	: reseptor dengan aktivitas tirosin kinase, penanda tumor stromal gastrointestinal
CD20	: suatu penanda untuk Limfona Non Hodgkin
CKD	: <i>chronic kidney Disease</i>
CMV	: <i>Cyto Megalo Virus</i>
dIm	: dalam
DNA	: <i>deoxyribonucleic acid</i>
DPT	: Difteri Pertusi Tetanus
DVT	: <i>Deep Vein Thromboembolism</i>
EGFR	: <i>Epidermal Growth Factor Receptor</i>
ER	: <i>Estrogen Receptors</i>
ESBL	: <i>Extended-Spectrum Beta-Lactamase</i>
FLAG	: <i>Fludarabine, high-dose cytarabine and Granulocyte Colony Stimulating Factor</i>
g	: gram
GBq	: Gigabecquerel
GIST	: Gastrointestinal Stromal Tumor
Hb	: hemoglobin
HBeAg	: Hepatitis B e Antigen
HBsAg	: <i>Hepatitis B Surface Antigen</i>
HBr	: Hidrogen Bromida
HBV	: <i>Hepatitis B Virus</i>
HCl	: Hidroklorida
HD	: hemodialisa
HER2	: <i>Human Epidermal Growth Factor Receptor 2</i>
i.m.	: intra muskuler
i.v.	: intra vena
i.v. bolus	: intra vena bolus
ICCU	: <i>Intensive Cardiology Care Unit</i>
ICU	: <i>Intensive Care Unit</i>
ih	: inhalasi
inf	: infus
inj	: injeksi
INR	: <i>International Normalized Ratio</i>
ISH	: <i>In Situ Hybridization</i>
IUD	: <i>Intra Uterine Device</i>
kapl salut	: kaplet salut
kaps	: kapsul
kaps lunak	: kapsul lunak
KDT/FDC	: Kombinasi Dosis tetap/ <i>Fixed Dose Combination</i>
kg BB	: kilo gram Berat Badan
KGEH	: Konsultan Gastro Enterologi Hepatologi

kombipak	: Paket Kombinasi untuk pengobatan pada tahap intensif dan tahap lanjutan Tuberkulosis
KRAS	: gen penyebab kanker ketika bermutasi
ktg	: kantung
lar. Inf	: larutan infus
lar. Oral	: larutan oral
lar. Rektal	: larutan rektal
LGK/CML	: Leukemia Granulostik akut/ <i>Chronic Myeloid Leukemia</i>
LLA/ALL	: Leukemia Limfoblastik Akut/ <i>Acute Lymphoblastic Leukemia</i>
m <sup>2</sup>	: meter persegi
MBq	: Megabecquerel
mcg	: mikro gram
mg	: mili gram
mIU	: mikro <i>International Unit</i>
mL	: mili liter
mm	: mili meter
mm <sup>3</sup>	: mili meter kubik
MRSA	: <i>Methicilli-resistant Staphylococcus aureus</i>
MRSE	: <i>Methicilli-resistant Staphylococcus epidermidis</i>
NSCLC	: <i>Non Small Cell Lung Cancer</i>
OAT	: Obat Anti Tuberkulosis
ODHA	: Orang Dengan HIV/AIDS
p.v.	: paravertebral
PAD	: <i>Peripheral Arterial Disease</i>
PJK	: Penyakit Jantung Koroner
PP	: Puskesmas Perawatan
PPI	: <i>Proton Pump Inhibitor</i>
PR	: <i>Progesterone Receptors</i>
PSA	: <i>Prostate Spesific Antigen</i>
PTCA	: <i>Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty</i>
RICE	: <i>Rituximab (mabthera), Ifosfamide, Carboplatin, Etoposide</i>
s.k.	: sub kutan
serb	: serbuk
serb. Inj	: serbuk injeksi
SI	: <i>International System of Units</i>
sir	: sirup
sir. Kering	: Sirup Kering
sup	: supositoria
susp	: suspensi
tab	: tablet
tab disp	: tablet <i>dispersible</i>
tab ER	: tablet <i>Extended Release</i>
tab sal	: tablet salut
tab sal enterik	: tablet salut enterik
tab <i>scored</i>	: tablet <i>scored</i>
tab SR	: tablet <i>Sustained Release</i>
tab vaginal	: tablet vaginal
TB MDR	: <i>Tuberculosis Multi Drug Resistant</i>
TK 1	: Tingkat 1
TK 2	: Tingkat 2
TK 3	: Tingkat 3
tts	: tetes
UGD	: Unit Gawat Darurat
UI	: Unit Internasional
USG	: <i>Ultrasonography</i>
VTE	: <i>Venous Thrombo Embolism</i>



**DAFTAR KONTRIBUTOR**  
**PEDOMAN PENERAPAN FORNAS**

1. Dra. Maura Linda Sitanggung, Direktur Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan
2. Drs. Bayu Teja Muliawan, Apt, M. Pharm, MM, Direktur Bina Pelayanan Kefarmasian
3. Dra. Engko Sosialine M, Apt, M.Biomed, Direktur Bina Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan
4. Prof. dr. Iwan Dwiprahasto, M. MedSc., PhD
5. Prof. dr. Rianto Setiabudy, Sp.FK
6. Prof. DR. dr. Armen Muchtar, Sp.FK (K)
7. Prof. Dr. Taralan Tambunan, Sp.A (K)
8. Prof. Dr. Hanafi B. Trisnohadi, Sp.PD, KKV, FINASIM
9. Prof. DR. dr. Sarwono Waspadji, Sp.PD (KEMD)
10. Dr. Dede Gunawan, Sp.S
11. Dr. Erwin Astha Triyono, Sp.PD, KPTI
12. Dr. Wulyo Rajabto, Sp.PD
13. DR. Erna Kristin, Apt,
14. Drs. Ansharuddin, Apt, BPJS Kesehatan
15. Anggrainny Kumalasari, S.Si., Apt, BPJS Keseshatan
16. Tati Hayati Denayati, S.Si., Apt, BPJS Kesehatan
17. Kayun Kasmidi, SKM, *National casemix centre* (NCC)
18. Nursal, SH, M.Hum, Biro Hukum dan Organisasi.
19. Indah Febrianti, SH, Biro hokum dan Organisasi.
20. Dr. KM. Taufik, MMR, Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar.
21. Drg. Dewi Kartini Sari , Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar.
22. Dr. Monika Saraswati Sitepu, Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar
23. Drg. Indra Dharmawan, Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar
24. Dr. Wita Nursanthi, MARS, Direktorat Bina Upaya Kesehatan Rujukan
25. DR. Kalsum Komaryani, MPPM, Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan
26. Cici Sri Suningsih, SH, M.Kes, Sekretariat Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan
27. Yudy Yudistira, SH., M. Hum, Sekretariat Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan
28. Dr. Zorni Fadia, Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian
29. Dra. Hidayati Mas'ud, Apt, Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian

30. Drs. Ellon Sirait, Apt., MM, Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian
31. Dra. Dara Amelia, Apt., MM, Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian
32. Sari Mutiarani, S.Si., Apt, Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian
33. Dra. Ardiyani, Apt, M.Si, Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian
34. Dra. Vita Picola Haloho, Apt, Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian
35. Sri Bintang Lestari, S.Si, Apt, M.Si, Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian
36. Helsy Pahlemy, S.Si, Apt, Direktorat Bina Pelayanan kefarmasian
37. Endah Septni Restiati, S. Farm., Apt, Direktorat Bina Pelayanan kefarmasian
38. Vitri Sariati, AMF, Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian
39. Ria Astuti, S. Farm., Apt, Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian
40. Ernizar, S. Farm., Apt, Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian
41. Medina Yuslihani, S. Farm., Apt, Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian